



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A Associação implícita e explícita
entre álcool e família**

Maria Morais

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA TERESA GARCIA-MARQUES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA TERESA GARCIA-MARQUES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Teresa Garcia-Marques, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Nota: Esta dissertação foi escrita ao abrigo do Antigo Acordo Ortográfico

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar à minha orientadora Teresa Garcia-Marques por ter confiado em mim e por ser persistente, paciente e objectiva. O seu conhecimento e tranquilidade foram constantemente inspiradores e motivadores. Transmitindo-me sempre uma vontade de fazer e saber. Obrigada Teresa.

Quero agradecer às minhas colegas e amigas Rute e Raquel por toda a ajuda e apoio ao longo destes anos. Fizeram a diferença.

Aos co-investigadores: à minha Mãe que me ajudou a não perder o foco, em alturas de cansaço e desmotivação o teu optimismo e pragmática foram imprescindíveis. Ao meu Pai cujo incentivo se manteve inalterável durante todos estes anos e que me mostrou os seus “anjos” em alturas em que a ansiedade aumentava. À minha Madrinha por estar sempre presente para mim. Ao meu irmão Manel por partilhar comigo as suas dúvidas e inquietações relativamente à sua tese, fizeste-me sentir que não estava sozinha em momentos de turbulência mental, e que quando não atingimos a perfeição, podemos sim dar o nosso melhor. Vou sempre sentir que a tese será sempre um trabalho inacabado.

RESUMO

O álcool é uma substância cujo consumo pode assumir diferentes significados e consequências, se por um lado existem consumos que são mantidos adequadamente, outros existem que são de risco. A presente investigação tem como objectivo estudar o papel que a família poderá ter nos consumos através de uma medida implícita, tendo sido criado para o efeito um IAT álcool-família.

A amostra constituiu-se por um total de 127 participantes, 39 do género masculino e 88 do feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 74 anos. Os participantes realizaram o IAT álcool-família e responderam à Escala Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens, ao Questionário Vontade de Beber e ao AUDIT. Pela análise correlacional concluiu-se que os Padrões de Consumo correlacionam-se com o IAT e com a Ansiedade, Depressão e Stress, sendo que quanto maior a associação álcool-família maior o risco de consumo; e quanto mais Ansiedade, Depressão e Stress maior o consumo de risco também. Através da regressão linear posteriormente realizada verifica-se que o género, a ansiedade e o IAT são preditores dos Padrões de Consumo.

No final são discutidos os limites da investigação e apresentadas propostas para estudos futuros.

Palavras-chave: IAT álcool-família; padrão de consumo.

ABSTRACT

Alcohol is a substance of which its use may assume different meanings, such as an adequate or a hazardous use. The present investigation has the purpose of study the role that family may play in alcohol use through an implicit measure. For that purpose an alcohol-family IAT was created.

The sample consisted of a total of 127 participants with 39 males and 88 females with ages between 18 and 74. The participants completed the alcohol-family IAT and answered to 21 items Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Desire to Drink Questionnaire and Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Through correlational analysis we conclude that Consumption Pattern correlates with IAT and also with Anxiety, Depression and Stress, meaning that the strongest the alcohol-family association the bigger is the consumption risk; and the more Anxiety, Depression and Stress the bigger the consumption risk. Afterwards a regression analysis was made and it was verified that Consumption Patterns are predicted by gender, anxiety and IAT.

In the end limits of the investigation are discussed and future investigations are suggested.

Key-words: alcohol-family IAT; consumption pattern.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
O consumo de bebidas alcoólicas	10
Associação álcool-família.....	13
O IAT ou Teste de Associação Implícita.....	15
O presente estudo.....	18
MÉTODO	19
Participantes.....	19
Delineamento	19
Instrumentos.....	19
<i>Teste de Associação Implícita – IAT papel-e-lápis</i>	19
<i>Questionário Associação Explícita - QVB</i>	21
<i>Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21</i>	21
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT</i>	22
Procedimento	23
RESULTADOS	25
Estudo das propriedades das medidas.....	25
Caracterização da amostra: padrões de consumo, ansiedade e depressão.	26
Relação entre as variáveis: Análise Correlacional.....	30
Regressão Linear: prever os padrões de consumo	31
Regressão Linear: prever a associação Álcool-Família.....	32
Estudo de casos.....	34
DISCUSSÃO	36
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	47
ANEXO A – Mitos e Consequências Álcool.....	48
ANEXO B – Revisão da Literatura	50

ANEXO C – Questionários	77
ANEXO D – Cotação do IAT – Teste de Associação Implícita	87
ANEXO E – Tabelas da Estatística Descritiva da Amostra	88
ANEXO F – Análise das Qualidades Métricas das Escalas	89
ANEXO G – Tabelas da Estatística Descritiva das Escalas	113
ANEXO H – Análise de Regressão Linar Múltipla.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Mapa Correlacional entre as variáveis Medida Explícita, IAT, Ansiedade, Depressão, Stress e Padrões de Consumo.....	30
Tabela 2. Variáveis inseridas/removidas do modelo	32
Tabela 3. Variáveis inseridas/removidas no modelo de regressão Variável Dependente: IAT	33
Tabela 4. Impacto da variável PCxGénero no modelo anterior.....	33
Tabela 5. Participantes com pontuações elevadas no AUDIT.....	34
Tabela 6. Participantes com dependência de álcool	35
Tabela 7. Participantes com Familiares com Problemas Ligados ao Álcool.....	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico em % do Padrão de Consumo dos participantes	27
Figura 2. Gráfico em % da distribuição dos níveis de Ansiedade, Depressão e Stress	27
Figura 3. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto Familiar	28
Figura 4. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto Social.....	28
Figura 5. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto de Trabalho	29
Figura 6. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto Individual	29
Figura 7. Histograma do Teste de Associação Implícita álcool-família.....	30

LISTA DE SIGLAS

AUDIT – Alcohol Use Disorder Identity Test

FPLA – Familiares com Problemas Ligados ao Álcool

IAT – Teste de Associação Implícita

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

QVB – Questionário de Vontade de Beber

INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas representa um hábito com raízes ancestrais, ocupando já nas civilizações antigas um papel importante associado a práticas rituais. Na evolução da sociedade ocidental, embora o uso do vinho persista na simbologia da religião católica, os rituais deram lugar a hábitos de cariz social. O álcool assumiu desde sempre um papel importante nas práticas comunitárias (Afonso de Deus, 2002). Hoje não é possível conceber um casamento ou baptizado onde não haja álcool com abundância. Apesar dos malefícios desta substância, existe a crença generalizada de que o álcool mata a sede, é um bom digestivo e dá força (ver Figura 1, Anexo A) (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

Várias são as tentativas para caracterizar os consumidores, principalmente os excessivos e os dependentes (ver revisão da literatura, Anexo B) mas as condições de consumo de uma substância psicoactiva como o álcool configuram-se tanto como um problema de saúde mental, como de saúde pública e os efeitos nocivos do consumo são complexos e descrevem um *continuum* que varia com a intensidade (frequência de uso e quantidade consumida) e a duração do consumo (Nunes de Miranda, Simpson, Medeiros de Azevedo, & Costa, 2006). No entanto, menos são os estudos que procuram perceber a que contextos sociais este hábito de consumo fica associado.

São várias as referências de uma associação do consumo de álcool com hábitos familiares (Abbey, Smith, & Scott, 1993; Ary, Tildesley, Hops, & Andrews, 1993; Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Schäfer, 2011; Paz & Colossi, 2013; Varghese, 2017). Estes estudos sugerem como possível que o contexto familiar pode ser relevante para padrões excessivos de consumo de álcool. No entanto não existe até hoje evidência de que um contexto familiar torna o conceito de álcool mais disponível na mente de um indivíduo. Neste trabalho procuramos testar essa associação mental, avaliando como ela ocorre em indivíduos com diferentes padrões de consumo, explorando como estes se associam a factores de saúde mental como ansiedade, depressão e *stress*. Para o efeito procuramos caracterizar brevemente o consumo de álcool e o seus padrões relacionados com diferentes quadros clínicos de ansiedade, depressão e *stress*.

Seguidamente focamos a relação família-álcool e definimos a utilização do *Implicit Association Test* (Banaji & Greenwald, 1994; Lemm, Lane, Sattler, Khan, & Nosek, 2008)

como método para medir o nível desta associação mental, com vista a estudar a sua relevância nos padrões de consumo de álcool.

O consumo de bebidas alcoólicas

Portugal mantém um consumo por pessoa com mais de 15 anos de 12,9 litros de álcool puro por ano (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016). Verifica-se uma relação entre o consumo de álcool e mais de 200 doenças, com consequências agudas e crónicas graves (ver Figura 2, Anexo A). Sendo o cérebro um dos principais órgãos afectados pela acção do álcool e sabendo que o seu desenvolvimento atinge apenas a maturação completa aos 25 anos (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), compreende-se a gravidade do consumo dos adolescentes, especialmente quando investigações já realizadas demonstram que adolescentes com episódios de embriaguez apresentam uma diminuição do volume cerebral com consequências na aprendizagem, raciocínio, atenção, tomada de decisão e memória (Giedd, 2004 citado por Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

Verifica-se que 8,4%% da população apresenta um consumo abstinente, 63,6% um consumo de baixo risco e 2,8% um consumo de risco/nocivo. É de 0,8 a percentagem de consumidores de risco elevado/dependentes alcoólicos (SICAD, 2018). O consumo de risco elevado ou dependência é superior entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 35 e os 74 anos. O número médio de anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool foi de 13,6 anos (13,7 nos homens e 11,7 nas mulheres).

A diferença entre géneros é expressiva, o que se traduz posteriormente por uma maior presença do consumo sem risco ou de baixo risco nas mulheres e de maior expressividade do consumo de elevado risco ou dependência nos homens. O consumo abusivo ou dependente foi bastante mais elevado entre os homens (9,1%) que entre as mulheres (2,5%). Entre 2012 e 2016/17 verifica-se um aumento desta prevalência em ambos os géneros mas sobretudo nas mulheres.

O álcool é a substância psicoactiva com maior prevalência de consumo ao longo da vida em Portugal. Em 2016 foram registadas 2515 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool, o valor mais elevado dos últimos cinco anos (SICAD, 2018). Em 2017, dos 977 óbitos positivos para o álcool e com informação sobre a causa de morte registados, 36% foram atribuídos a acidentes (incluídos os de viação), 33% a morte natural, 17% a suicídio e 5% a intoxicação alcoólica. Dos 170 mortos em acidente de viação, 80% eram condutores, 14% peões e 6%

passageiros, sendo que este valor registado em 2017 foi o mais elevado nos últimos cinco anos (SICAD, 2018). Em 2017 houve 19848 crimes por condução com Taxa de Álcool no Sangue (TAS) $\geq 1,2$ g/l, representando 38% do total de crimes contra a sociedade e 6% da criminalidade registada em 2017. Dados recentes relativamente aos meses de Janeiro, Fevereiro e Março (PSP, 2019) demonstram que já foram efectuadas 1609 detenções por condução sob o efeito de álcool e 76292 contra-ordenações detectadas de condução sob influência de álcool.

O consumo de álcool é conceptualizado num *continuum* que vai desde a abstinência até à dependência. Isto significa que um mesmo individuo possa apresentar diferentes tipos de consumo ao longo do tempo e que pode existir um agravamento de sintomas sugerindo também um *continuum* de gravidade e não um estado de “tudo-ou-nada” (Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016). A Organização Mundial de Saúde (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) propõe medir este padrão através de questões direccionadas para a frequência e quantidade de consumo, sintomas de dependência e consequências de consumo, relativamente aos últimos 12 meses. No contexto de classificação dos Problemas Ligados ao consumo de Álcool (PLA), a Organização Mundial de Saúde considera as seguintes cinco tipologias: abstinência, consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo e dependência.

Estes diferentes padrões relacionam-se com características individuais de ansiedade, a depressão e o *stress* (Bharati, Matcheswalla, Umate, & Jaiswal, 2017; Ferreira & Moutinho, 2013; Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007; Rezende, 2000; Schäfer, 2011; Varghese, 2017; Vicente, Nunes, Vinas, Freitas, & Saraiva, 2001; Wong, Chan, Cheng, Lo, Ma, & Wong, 2017). Estados afectivos negativos como a ansiedade e depressão são muitas vezes co-morbilidades com Problemas Ligados ao Álcool (PLA) (Palmisano & Pandey, 2017).

A *ansiedade* é um estado emocional orientado para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, em que o individuo se sente tenso e alarmado de forma desagradável. A experiência subjectiva é marcada por medo, insegurança e expectativa face ao perigo eminente, real ou percebido (Carvalho Teixeira, 2010; Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015). A ansiedade considerada normal tem uma função mobilizadora e adaptativa, face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica, tratando-se de uma

resposta emocional natural, explicável em função do estímulo que a desencadeia. Quando patológica deixa de ter qualidades adaptativas, aparece sem relação com estímulos externos ou é desproporcional ao estímulo que a desencadeia, não sendo o nível de perigo real (Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015). A ansiedade patológica afecta o funcionamento cognitivo e tem repercussões a nível corporal. A ansiedade leve/moderada parece prevalecer sobre a ansiedade grave nos consumidores excessivos; enquanto a ansiedade grave parece prevalecer nos consumidores dependentes (Vicente, Nunes, Vinas, Freitas, & Saraiva, 2001).

A *depressão* é o conjunto de manifestações psicológicas e físicas caracterizadas pela tristeza subjacente (Carvalho Teixeira, 2010). As manifestações incluem humor deprimido, perturbações psicomotoras, auto-desvalorização, perturbações do sono e apetite. No quadro das várias indicações que podemos encontrar na literatura sobre as perturbações psíquicas subjacentes, relativamente a PLA, a referência à depressão assume um relevo particular (Afonso de Deus, 2002) especialmente por todos os significados que pode assumir, entre eles um para-suicídio (Gabbard, 2006). Existe uma prevalência de depressão em indivíduos dependentes de álcool (Ferreira & Moutinho, 2013), no entanto reacções depressivas podem estar relacionadas com a própria intoxicação, não sendo claro o que surge primeiro (Bharati, Matcheswalla, Umate, & Jaiswal, 2017), mas sabendo que também num quadro depressivo o consumo de álcool é uma agravante. E ainda que a presença de depressão durante a manutenção da abstinência (em indivíduos com uma dependência de álcool) é um factor de risco de recaída (Bharati, Matcheswalla, Umate, & Jaiswal, 2017; Ferreira & Moutinho, 2013).

O *stress* pode ser entendido como um processo complexo gerado por uma resposta não específica de um indivíduo a um *stressor* interno ou externo. A resposta de *stress* produz alterações fisiológicas, cognitivas e comportamentais e depende da discrepância entre a forma como o indivíduo percepção o stressor e como percepção a sua capacidade para lidar com o mesmo. Factores de *stress* experienciados na população geral estão associados com um aumento de risco de consumo de álcool e com PLA (para revisão ler Keyes, Hatzenbuehler, & Hasin, 2011).

Ainda que os estudos mencionados contem maioritariamente com populações clínicas, torna-se evidente a existência de uma relação entre a ansiedade, a depressão e o *stress* e o consumo problemático de álcool. Espera-se a portanto a existência de uma relação entre o

Padrão de Consumo e a Ansiedade, Depressão e Stress e que consumos já considerados de risco apresentem níveis de Ansiedade, Depressão ou Stress acima do normal.

Associação álcool-família

Os padrões de consumo de álcool de um indivíduo têm alguma da sua génese na história de vida familiar dos indivíduos. Encontram-se várias investigações que sustentam uma ligação entre os consumos de álcool e a família. Por todos os domínios, genético, clínico e sistémico, a família mantém um papel importante na origem e manutenção dos consumos (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Ferreira & Moutinho, 2013; Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007; Paz & Colossi, 2013; Schäfer, 2011; Rezende, 2000; Schenker & Minayo, 2004; Varghese, 2017). Uma das vias possíveis é uma aprendizagem que associa o contexto familiar com o consumo de álcool, quer por ser observado repetidamente a relação dos familiares com o álcool ou porque é o contexto onde o indivíduo sente a necessidade de consumo.

Neste trabalho procuramos perceber se este contexto promove um registo mnésico da associação álcool-família. O estudo de associações mnésicas tem suporte em modelos como o desenvolvido por Anderson (Anderson, 1983) que postula a criação de uma rede associativa, que determina a activação de um constructo num momento específico em que um dos seus elementos é activado. A rede associativa define-se por nódulos conceptuais interconectados, na qual postulamos que se encontre o conceito, e sentimentos associados, de “álcool”. Este conceito estará associado a outros nódulos que representam informações que foram historicamente relacionadas com o mesmo. A Teoria de Dispersão de Activação, postula que quando um nódulo é activado esta activação dispersa-se pelos seus associados (Wiers, et al., 2002). Isto significa que se existe uma associação álcool-família a mera presença de uma pista que active o conceito família poderá activar o de álcool e todos os seus outros associados (podendo consoante o hábito induzir o comportamento de beber).

Algumas investigações como as de Cooper, Russel, Skinner, Frone, & Mudar (1992) e Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik (2015) baseiam-se na Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (1971) sugerindo que os adolescentes estão expostos a mensagens de vários contextos sociais relativamente à aceitação e desejabilidade do consumo de álcool e colocam hipóteses relativamente aos factores de risco do consumo de álcool nos contextos família, amigos e colegas. De acordo com esta teoria (Bandura, 1971) os indivíduos aprendem ao observarem os seus modelos (pais, amigos, colegas, professores, média) vários

comportamentos e as suas consequências. Ao observarem os seus modelos, desenvolvem representações cognitivas que podem ser evocadas quando tomam decisões à cerca do seu próprio comportamento. Por exemplo, em contextos sociais, onde os modelos demonstram que o consumo de álcool é frequente, normativo e socialmente desejável é mais provável que os adolescentes desenvolvam representações cognitivas mais favoráveis face ao consumo de álcool (Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015).

A importância da família para os padrões de consumo do indivíduo sugere que para alguns indivíduos o contexto familiar é um que activa o conceito de álcool. Destacam-se cinco formas como a família pode contribuir para que a associação álcool-família seja activada. À luz das teorias revistas, da teoria da dispersão de activação (Collins & Loftus, 1975), da memória implícita (Baddeley, Eysenck, & Anderson, 2009; Neath & Surprenant, 2003) e aprendizagem social (Bandura, 1971; Cooper, Russel, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Gilligan & Kypri, 2012; Kam, Basinger, & Abendschein, 2015; Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015) entende-se que existem processamentos e aprendizagens involuntárias que podem contribuir para a manutenção de determinadas crenças e comportamentos, como o consumo de álcool (ver revisão da literatura, Anexo B).

- *A história familiar de alcoolismo*: Compreende-se que a presença de alcoolismo na família possa ter impacto no consumo de álcool e teoricamente que essa presença active uma associação álcool-família, i.e., quando se pensa em álcool pensa-se em família;

- *Celebrações*: Compreende-se então que o facto de o álcool ser uma presença em celebrações e que estas sejam realizadas em família, a frequência com que alguém presencia tais encontros poderá ser facilitadora de uma associação álcool-família;

- *Consumo percebido*: Compreende-se então que o consumo que é percebido, i.e., a quantidade e frequência, seja facilitador de uma activação de uma associação álcool-família;

- *Tipo de consumo percebido*: Entende-se que os momentos em que os familiares recorrem a bebidas alcoólicas possam ter um impacto diferente sobre como os consumos são percebidos e integrados na memória. Ou seja, poderá não ser apenas o “quanto” consomem mas o “quando” consomem que pode facilitar a associação álcool-família;

- *Desejo de beber álcool incentivado por conflitos familiares*: Outra razão possível para alguém associar o álcool à família poderá ser o facto do próprio consumo ser incentivado por conflitos familiares/momentos de stress. Especialmente se este tipo de comportamento tiver sido observado e reforçado na própria família;

- *Atitudes dos familiares*: Compreende-se portanto que a existência de mais atitudes e normas pró e contra o álcool possam activar a associação álcool-família;

Neste sentido é provável que uma associação álcool-família esteja de alguma forma relacionada com os padrões de consumo de álcool. Assim este trabalho visa medir a associação álcool-família a um nível individual e perceber se estas associações se diferenciam consoante os padrões de consumo. Para isso recorreu-se ao IAT.

O IAT ou Teste de Associação Implícita

Estudos da Teoria de Cognição Implícita (TCI) sugerem dois componentes da cognição: um componente implícito da cognição, que representa o efeito de associações na memória espontaneamente solicitadas por circunstâncias motivacionais e/ou situacionais; e o segundo, um componente explícito da cognição que representa cognições susceptíveis a introspecção e processos de tomada de decisão (Wiers, et al., 2002).

O Teste de Associação Implícita é um teste originalmente computadorizado, criado em 1998 por Greenwald, McGhee, & Schwartz, utilizado para estudar a força das relações associativas entre conceitos e representações cognitivas. Tem sido utilizado como medida implícita para aceder aos mais variados constructos tais como atitudes, crenças ou estereótipos, em várias áreas de investigação (clínica, organizacional, política) para além da cognição social (Lane, Banaji, Nosek, & Greenwald, 2007; Oliveira & Miranda, 2012). Ou seja, o método de associação implícita poderá revelar atitudes ou outras associações automáticas, mesmo para sujeitos que preferem não expressarem essas atitudes (Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). O IAT assenta na assunção de que é mais fácil dar uma resposta comportamental (pressionar uma tecla) quando esta reflecte dois conceitos associados entre si, do que quando os mesmos exigem respostas diferentes (Greenwald et al., 1998; Oliveira & Miranda, 2012). De facto esta tarefa surge à luz da Cognição Implícita Social que combina métodos e conceitos sociais e de memória implícita “(...) *This article’s strategy is to identify parallels of method and findings between the domains of social cognition and implicit memory (...) the methods of research on implicit memory, in particular, are applicable to the implicit attitude, self-esteem, and stereotype phenomena (...)*” (Greenwald & Banaji, 1995, pp. 6, 20).

O termo implícito assume no IAT dois significados: o primeiro traduz-se no facto de ser uma tarefa/medida implícita/indirecta, i.e., aquando a tarefa os sujeitos desconhecem o seu

objectivo (em contraste com as medidas explícitas). E o segundo significado prende-se com o termo de memória implícita, no sentido de existirem associações conscientemente inacessíveis. Esta ideia não é recente e já Ebbinghaus (1885, p.2; cit. por Neath & Surprenant, 2003) afirmava que experiências passadas podem ser retidas sem consciência. E foi maioritariamente com este sentido que os criadores do teste de associação implícita adoptaram o termo “implícito” “(...) *We borrow the term implicit from recent research on memory in which that term describes effects attributed to unreportable residues of prior experiences*” (Banaji & Greenwald, 1994, p. 55), reforçando a possibilidade de existência de uma aprendizagem implícita “*the process by which knowledge about the rule-governed complexities of the stimulus environment is acquired independently of conscious attempts to do so*” (Reber, 1989, p.219 cit. por Neath & Surprenant, 2003). Compreende-se, portanto, que estruturas e padrões de informação altamente complexos podem ser aprendidos muitas vezes sem consciência do indivíduo, ou, arrisca-se dizer, de forma involuntária (Neath & Surprenant, 2003, p. 144).

A premissa na qual o IAT se baseia são os pressupostos do Princípio da Dispersão da Activação (Oliveira & Miranda, 2012). Ora, o Modelo de Dispersão da Activação foi proposto inicialmente por Collins e Loftus (1975) (Neath & Surprenant, 2003; Baddeley, Eysenck, & Anderson, 2009) e assume que a memória semântica está organizada de acordo com a relacionabilidade ou distanciamento semântico. Os níveis de activação na rede reflectem o grau de associação entre as representações existentes e as fontes de activação, variando a velocidade de processamento da informação em função do nível de activação. Assim, o estímulo “traça” agirá como fonte de activação e vai facilitar de forma mais rápida a activação da categoria “insectos” do que a de “flores”, o que poderá explicar a maior rapidez de categorização do estímulo na categoria no IAT (Oliveira & Miranda, 2012), significando uma maior aproximação entre os dois conceitos. Resumidamente, de acordo com este modelo, sempre que uma pessoa vê, ouve ou pensa sobre um conceito, o nódulo apropriado na memória é activado.

A aplicação do Teste de Associação Implícita como medida implícita cresceu significativamente na literatura, não só em cognição social implícita, mas como também noutras áreas de investigação (Oliveira & Miranda, 2012) para uma revisão ver Lane, Banaji, Nosek, & Greenwald, 2007), mas especialmente utilizado na literatura de “atitudes” para fornecer um método de avaliação de associações avaliativas não-conscientes ou automáticas (Palfai & Ostafin, 2003).

A Teoria da Cognição Implícita é uma alternativa para a compreensão da motivação do consumo do álcool e outras substâncias. Esta abordagem defende que o padrão de activação de conceitos na memória influencia o comportamento propriamente dito. De acordo com a TCI associações na memória são estabelecidas e fortalecidas através de experiências repetitivas com o álcool e outras substâncias. Fortes associações na memória entre um comportamento e o resultado (desse comportamento) ou entre um comportamento e o estímulo são associações altamente motivacionais no consumo de álcool (por exemplo, beber uma cerveja e sentir-se relaxado, ver um amigo e beber), i.e., os pensamentos sobre o consumo são automaticamente activados através de experiências repetidas com álcool e estímulos específicos (Wiers, et al., 2002).

Entre as variadas aplicações que o presente teste teve, existem várias investigações que utilizam o Teste de Associação Implícita no contexto de consumo de álcool (Houben & Wiers, 2009; Kilwein, Bernhardt, Stryker, & Lobby, 2017; Palfai & Ostafin, 2003; Wiers, et al., 2016; Wiers, Woerden, Smulders, & Jong, 2002). Numa investigação realizada por Palfai e Ostafin (2003) os autores pretenderam examinar a associação álcool-comportamento de aproximação, entre consumidores abusivos. Os tempos de resposta a este IAT relacionaram-se com episódios de consumo abusivo, quantidade por ocasião, dificuldade em controlar o consumo e urgência na antecipação de consumo. Mas de forma interessante estes não se relacionaram com frequência de consumo, pensamentos sobre consumir e urgência em contextos não sinalizados. Tal pode significar que o IAT está a aceder a representações na memória que são particularmente importantes para determinar respostas de aproximação aos estímulos do álcool mas que são menos informativas relativamente ao processo que influenciam decisões sobre se colocarem em ambientes relacionados ao álcool. No entanto, outra investigação onde o IAT é utilizado no contexto do consumo de álcool como a de Wiers, et al. (2016) revela que os pacientes dependentes de álcool tiveram associações mais fortes entre palavras relacionadas com álcool e palavras de “aproximação” comparativamente com palavras de “evitamento”, quando comparados com o grupo de controlo não-dependente. E que a força da associação “álcool-aproximação” era positivamente associada com a história dos consumos ao longo da vida, sugerindo que estas associações estão directamente associadas com o comportamento de consumo.

Em todos estes trabalhos o conceito de uma estrutura de rede de informação é utilizado para caracterizar as representações de memória que estão subjacentes aos estados motivacionais do consumo de álcool. Esta perspectiva conceptualiza que as redes cognitivo-

motivacionais contêm informações sobre estímulos relacionados com as substâncias, reforço de expectativas e formas de respostas, e é a activação destas redes que vai mediar a utilização de substâncias, sendo que padrões de consumo desadaptativos podem ser entendidos como informações relacionadas à substância, mais extensas, mais bem integradas e portanto mais prováveis de serem ativadas em resposta a estímulos, podendo dominar outros sistemas de resposta (para revisão ler Palfai & Ostafin, 2003).

Neste trabalho estende-se esse conceito centrando-nos na família como um possível factor motivacional para induzir ou prevenir o consumo.

O presente estudo

A compreensão dos contextos que tornam o álcool acessível na mente fornece suporte a padrões de consumo que se podem revelar problemáticos e a um delineamento de um plano de prevenção que contribua para que consumos abstinentes/baixo risco não evoluam para consumos nocivos. Este estudo explora como as recentes investigações científicas sobre “representações mentais implícitas” que se definem como activações automáticas de redes cerebrais que representam associações entre constructos, podem ajudar neste diagnóstico.

O objectivo desta investigação é utilizar a capacidade que o IAT (*Implicit Association Test*) tem de nos fornecer evidência de uma associação entre representações mentais e explorar a possível associação que a representação de bebida alcoólica tem com o contexto familiar. Tal evidência permitirá perceber se o contexto familiar activa no individuo-alvo o conceito de bebida alcoólica. Sendo clara a existência de uma relação entre problemas ligados ao álcool e algumas psicopatologias, como a ansiedade, a depressão e o *stress* torna-se relevante inclui-las na presente investigação, principalmente dada a escassez de evidências destas e a sua relação com os padrões de consumo de álcool numa população geral.

O foco do estudo será colocado na associação implícita mental entre álcool e família. No entanto, paralelamente, aceder-se-á igualmente a uma associação explícita (consciente e deliberativamente respondida) entre o contexto familiar e o álcool, pela expressão directa da vontade de beber em diferentes contextos, entre eles os contextos familiares. Espera-se que estas duas formas de aceder à associação se correlacionem, ainda que esta relação apresente grande variabilidade em diferentes investigações (para revisão ver Hoffman, Gawronski, Gschwendner, Le, & Schmitt, 2005), mas ambas podem ajudar a compreender a relevância deste factor para o padrão de consumo dos indivíduos.

A investigação é pioneira quer nos seus propósitos, quer no desenvolvimento de um instrumento de medida implícita dirigido a esta associação. Assim os procedimentos que têm sido desenvolvidos relativamente a outro tipo de associação, são neste estudo adaptados à associação álcool-família. Assim, de entre as metodologias disponíveis, selecionou-se o IAT na versão papel-e-lápis. A versão criada pretende aceder ao grau de associação mental entre álcool e família (quando pensar em família está associado a pensar em álcool).

Não existem estudos que suportem a relação entre o IAT álcool-família e o Padrão de Consumo de uma população geral, assim pretende-se explorar a existência de uma relação entre o IAT álcool-família e a Medida Explícita; a relação entre o IAT álcool-família e o Padrão de Consumo; a relação entre o Padrão de Consumo e a Medida Explícita e a relação entre o IAT álcool-família e a Ansiedade, a Depressão e o Stress.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 127 voluntários dos quais 39 são do género masculino (30.2%) e 88 do género feminino (69.3%) (Tabela 1, Anexo E)) com idades compreendidas entre os 18 e 74 anos ($M=37.73$; $DP=14.9$) (Tabela 2, Anexo E)). Quanto ao processo de amostragem, os participantes foram selecionados através do processo *snowball*.

Delineamento

Este é um estudo não-experimental e tem um delineamento correlacional, pois destina-se a avaliar a relação entre um conjunto de diferente tipo de variáveis individuais (Ribeiro, 2008).

Instrumentos

Teste de Associação Implícita – IAT papel-e-lápis

Para o presente estudo e com base nas investigações científicas que sugerem metodologias de avaliação implícita e estudam a sua validade e fiabilidade, foi criado um teste de associação implícita no formato papel-e-lápis, para a aceder à associação álcool-família (1, Anexo C). Originalmente o IAT (*Implicit Association Test*) foi criado por Greenwald, McGhee, & Schwartz (1998) realizado em computadores. Mais tarde foi criada uma outra

versão, papel-e-lápis (Hardin & Sinclair, 2001; Lemm, Lane, Sattler, Khan, & Nosek, 2008). Estas medidas têm como pressupostos de que o que está representado mentalmente guia o comportamento dos indivíduos facilitando-lhe o comportamento. O que não tem representação, sendo passível de ser executado, tem implicações temporais e implicações na eficiência de desempenho (número de erros). A medida tira partido destes pressupostos criando condições que ora acedem à facilitação ora à dificuldade de desempenho dependendo da associação mental previamente criada. O teste criado é uma nova versão, que combina o formato papel-e-lápis e o computacional: sendo que o inquérito vai ser realizado *online*, portanto em computador/telemóvel/ipad mas em vez de serem cotados os TR, será imposto um limite de 20 segundos.

O teste será assim composto por oito tarefas: quatro fases-aprendizagem e quatro fases-teste. Nas fases-aprendizagem pede-se aos participantes para assinalarem a categoria a que as palavras correspondem: uma tarefa com as categorias *bebida com álcool/bebida sem álcool*, sendo que na segunda tarefa se invertem as posições *bebida sem álcool/bebida com álcool*. E duas tarefas com as categorias *familiar/não familiar*, invertendo-se também as posições.

As quatro fases-teste são as que serão contabilizadas nos resultados. Os testes 1 e 3 são os incongruentes agrupando-se as quatro categorias, sendo que no lado esquerdo estão agrupadas “bebidas com álcool/não familiar” e no lado direito “bebidas sem álcool/familiar”. No teste 3 mantêm-se as categorias agrupadas da mesma maneira, invertendo-se apenas as posições. Os testes 2 e 4 são os congruentes agrupando-se as quatro categorias sendo que no lado esquerdo se encontram “bebidas com álcool/familiar” e no lado direito “bebidas sem álcool/não familiar”. No teste 4 mantêm-se agrupadas da mesma maneira, invertendo-se apenas as posições.

É controlado o tempo de resposta dos participantes de forma a ser utilizado o número de respostas correctas como índices informativos da associação mental implícita sob a fórmula o produto da diferença da raiz quadrada $\kappa - \gamma \sqrt{\kappa - \gamma}$ (Lemm, Lane, Sattler, Khan, & Nosek, 2008), sendo que κ é o número mais elevado de A ou B (A tarefa congruente; B tarefa incongruente) e o γ o número mais baixo de A ou B (Anexo D). Os resultados provenientes da fórmula são interpretados como quanto mais afastados de “0” maior a associação.

Questionário Associação Explícita - QVB

Foi criado um questionário para aceder à expressão explícita e directa da vontade que o individuo tem de beber em diferentes contextos, entre eles os contextos familiares (2, Anexo C). Este questionário de auto-preenchimento é composto por 16 perguntas, agrupadas em quatro contextos diferentes, contexto individual, laboral, social e familiar. Cada contexto é composto por 4 afirmações situacionais, sendo que duas se reportam ao presente, uma à antecipação da situação e uma após a situação. Por exemplo: “Quando estou sozinho, sinto...”; “Quando sei que me vou encontrar com os meus amigos, sinto...” e “Depois do trabalho, sinto...”. Para os participantes responderem ao questionário foi utilizada uma escala *tipo likert* que varia entre 1 “pouca vontade de beber” e 5 “muita vontade de beber”.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21

A Escala Ansiedade Depressão e Stress (*EADS-21*) foi originalmente concebida por Lovibond & Lovibond (1995), tendo sido posteriormente aferida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Esta escala pretende avaliar sintomas emocionais negativos, através de três dimensões: Ansiedade, Depressão e Stress (3, Anexo C). Assim, este instrumento de auto-preenchimento é composto por 21 itens, sendo cada dimensão representada por 7 itens. As suas categorias de resposta baseiam-se numa escala *tipo likert* que varia de 0 “não se aplicou nada a mim” a 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

A EADS assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja assume que as diferenças na depressão, ansiedade e *stress* experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito severo”. Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as escalas do seguinte modo: a depressão principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Para se obter a classificação proposta pelos autores, deve-se multiplicar os resultados desta escala por 2 (pois a classificação está de acordo com a proposta pela escala original constituída por 42 itens) e considera-se depressão normal com valores entre 0 e 9; ligeira 10-

13, moderada 14-20, severa 21-27 e muito severa ≥ 28 . A ansiedade normal situa-se entre 0 e 7, ligeira 8-9, moderada 10-14, severa 15-19 e muito severa ≥ 20 . O *stress* considerado normal encontra-se entre os valores 0-14, ligeiro 15-18, moderado 19-25, severo 26-33 e o stress muito severo ≥ 34 .

No que concerne à consistência interna aferida para a versão portuguesa, a dimensão da ansiedade apresentou um *alpha* de Cronbach de 0.74, a depressão de 0.85 e o stress de 0.81. Na versão original apresentada por Lovibond & Lovibond (1995), os valores da consistência interna foram de 0.84, 0.91 e 0.90 para a ansiedade, depressão e stress, respectivamente.

Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT

O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1989 tendo sido realizada a versão portuguesa deste questionário por Cunha (2002). Este questionário (4, Anexo C) pretende detectar diferentes níveis de consumo de álcool através de 3 dimensões: caracterização do consumo (3 itens), sintomas de dependência (3 itens) e consequências do consumo (4 itens). Assim este instrumento de auto-preenchimento é composto por 10 itens, sendo que cada item é cotado com uma pontuação de 0 a 4, determinando uma pontuação total de 0 a 40, considerando-se que uma pontuação entre 0-7 é indicativa de um consumo abstinente ou de baixo risco, uma pontuação igual ou superior a 8 é indicativa de um consumo de risco, igual ou superior a 16 é indicativo de um consumo nocivo e igual ou superior a 20 é indicativo de dependência.

Este teste permite a diferenciação de cinco tipos de consumo: a *abstinência*, abstinência do consumo de álcool independentemente do motivo; *consumo de baixo risco*, padrão de consumo associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais; *consumo de risco*, padrão de consumo ocasional ou continuado que se persistir aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o consumidor; *consumo nocivo*, padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais, acompanhado ou não de consequências sociais negativas e *dependência*, padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após um consumo repetido de álcool. Inclui o desejo intenso de consumir, descontrolo sobre o uso, manutenção do consumo independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras actividades e obrigações e aumento de tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016). Para efeito de apresentação de

resultados e discussão, os dados provenientes deste questionário vão passar a ser designados pela variável Padrões de Consumo (PC).

Procedimento

Para se proceder à recolha de dados, os participantes foram contactados através da rede social *Facebook* e *e-mail*, onde lhes era enviado uma pequena descrição do estudo e o contexto em que estava a ser realizado juntamente com o *link* de acesso ao questionário. Assim que o questionário era acedido, era feita uma introdução ao estudo, com uma estimativa de duração de tempo e informação sobre o anonimato e confidencialidade dos resultados. Após concordarem em participar, sempre antes das tarefas e dos questionários eram dadas as instruções. Foi decidida a seguinte ordem:

- 1º o *Teste de Associação Implícita* com as seguintes instruções para a tarefa total “*A tarefa que se segue consiste em assinalar palavras na categoria correcta. A tarefa conta com 2 fases de Aprendizagem e Teste. Lembre-se apenas que as categorias podem mudar de lado.*”. Para as fases-aprendizagem: “*Assinale se a bebida pertence às categorias bebidas sem álcool ou bebidas com álcool. Tente ser o mais rápido possível, não deverá demorar mais de 20 segundos: assinale o máximo de palavras que conseguir*” e “*Assinale se a pessoa pertence às categorias familiar ou não familiar.*” Para as fases-teste: “*As categorias vão ser agora agrupadas em 2. Se a palavra for uma bebida então indique se pertence a bebidas com álcool ou bebidas sem álcool. Se a palavra for uma pessoa então se pertence a Familiar ou Não familiar. Atenção às categorias que podem trocar de lado.*”.
- 2º a *Escala de Depressão, Ansiedade e Stress* com as instruções “*Por favor leia cada uma das próximas afirmações e assinale o quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.*”.
- 3º o *Questionário de Vontade de Beber* com as instruções “*Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale numa escala de 1 a 5 o quanto cada situação reflecte o que sente ser a sua vontade de beber. Não há respostas certas ou erradas. A sua opinião é que conta.*”.
- 4º o *AUDIT* com as instruções “*De seguida serão colocadas questões acerca do seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Assinale a opção que melhor corresponde*

à sua situação. Não há respostas certas ou erradas. Responda de forma aberta e honesta.”.

No final, antes de submeterem o questionário, era solicitado aos participantes que respondessem a algumas questões sobre eles (5, Anexo C). Em média cada participante demorou 20 minutos a responder ao questionário.

RESULTADOS

Estudo das propriedades das medidas

Questionário de Vontade de Beber – QVB

Com o objectivo de estudar a medida explícita de associação de álcool a um contexto específico realizou-se, através do programa *IBM-SPSS 22* uma Análise Factorial Exploratória (1.2.1, Anexo F) das respostas aos itens associados a cada um dos quatro contextos definidos bem como a sua consistência interna. Para o “Contexto Familiar” obteve-se um KMO de 0.68 e um *alpha de Cronbach* de 0.84 tendo-se extraído 1 factor que explica 69% da variância. Na dimensão “Contexto Social” obteve-se um KMO de 0.74 e um *alpha de Cronbach* de 0.79, tendo-se extraído 1 factor que explica 62% da variância. Na dimensão “Contexto Individual” obteve-se um KMO de 0.80 e um *alpha de Cronbach* de 0.87, tendo-se extraído 1 factor que explica 73% da variância. Finalmente na dimensão “Contexto Trabalho” obteve-se um KMO de 0.76 e um *alpha de Cronbach* 0.71, tendo-se extraído 1 factor que explica 56% da variância.

Para trabalharmos os resultados foi criada uma variável “ME” (Medida Explícita) entre álcool e família, que traduz os resultados dos participantes quanto à associação entre o álcool e a vontade de consumir álcool em contexto familiar.

Escala Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21

Com o objectivo de perceber as características das medidas fornecidas pela EADS-21, realizou-se uma Análise Factorial Confirmatória (2.2.1, Anexo F) através do programa AMOS. Esta AFC sugere que os itens da EADS-21 apresentam pesos factoriais elevados (>0.5), à excepção dos itens 2, 4 e 5. E foram encontradas várias observações com valores de Mahalanobis d-squared que as sugerem como *outliers*, não tendo sido excluídos da amostra dado o seu elevado número (iria comprometer as restantes análises) Os valores de assimetria (<3) e achatamento (<7), com excepção dos itens 4 e 20, apresentam valores que são considerados adequados para o pressuposto de normalidade.

Após a análise do índice de modificação foram correlacionados alguns itens nos mesmos factores, concluindo um modelo da EADS-21 que apresenta índices de qualidade de ajustamento fraco ($\chi^2/df=1.627$; CFI=0.915; GFI=0.821; RSMEA=0.071); $P[rsmea \leq 0.05] < 0.001$; MECVI=3.28.

Por o modelo tri-factorial original ajustado a nossa amostra de 127 participantes ter uma qualidade de ajustamento fraco realizou-se uma Análise Factorial Exploratória (2.2.2, Anexo F) para verificar como se agrupam os itens nos nossos dados. Da análise factorial exploratória da escala total obteve-se um KMO de 0.91 e um *alpha de Cronbach* de 0.93. Os resultados sugerem no entanto a presença de uma solução de quatro factores que explicam 43% da variância. Quando analisados os quatro factores verifica-se a existência de componentes de baixo valor e valores negativos pelo que a concentração dos itens revela-se apenas num só factor permitindo-se concluir uma desadequação dos mesmos face à escala original.

Deste modo procedeu-se a uma análise factorial exploratória para cada dimensão como proposto pelos autores para se tentar averiguar qual a dimensão que poderá estar a impedir uma adequação do modelo. Para a Ansiedade obteve-se um KMO de 0.74 e um *alpha de Cronbach* de 0.72. Para a dimensão Depressão um valor de KMO de 0.88 e de *alpha de Cronbach* de 0.88 e para a dimensão Stress um valor de KMO de 0.88 e um *alpha de Cronbach* de 0.85. Quando analisadas as dimensões individualmente verifica-se a existência de um 2º factor na dimensão correspondente à Ansiedade.

As análises das qualidades métricas da escala EADS-21 revelam um fraco ajustamento da sua estrutura tri-partida. Ainda assim, a confiabilidade de cada dimensão encontra-se dentro dos valores desejados (*alpha de Cronbach* > 7) pelo que foram computadas as médias para a análise dos restantes dados com a devida precaução. Nas análises optou-se por separar as dimensões esperadas teoricamente, tendo porém em conta a contaminação dos dados por esta falha de ajustamento.

Caracterização da amostra: padrões de consumo, ansiedade e depressão.

Relativamente à idade do 1º consumo, as idades variam entre os 8 e os 34 anos. Nenhum participante recorreu a um serviço (médico, psiquiátrico, psicológico) para desintoxicação e reabilitação dos consumos de álcool. 83.7% não está a tomar actualmente medicação, 7.8% toma anti-depressivos, 6.2% encontra-se a tomar ansiolíticos/indutor de sono e 0.8% encontra-se a tomar um anti-psicótico. 22.5% têm um familiar com PLA (problemas ligados ao álcool. 9.3% trabalha directamente com alguém da família. 57.4% quando pensa em família, pensa na família de origem (pais, irmãos, avós, tios...), 29.5% na família de origem e família constiuída e 11.6% na família constituída (companheiro, filhos, netos...) (ver Anexo G).

Padrão de Consumo e Ansiedade, Depressão e Stress

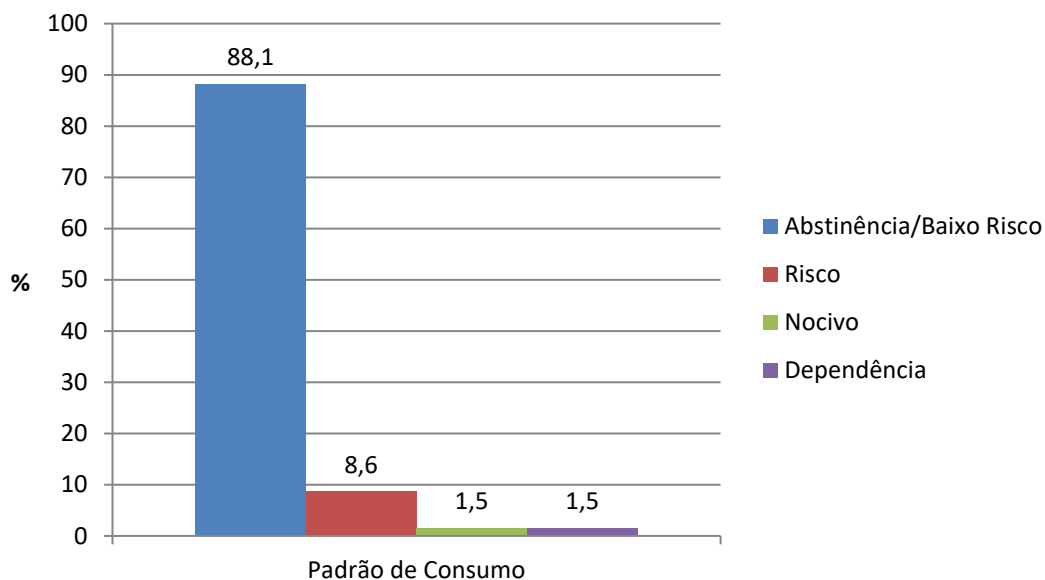


Figura 1. Gráfico em % do Padrão de Consumo dos participantes

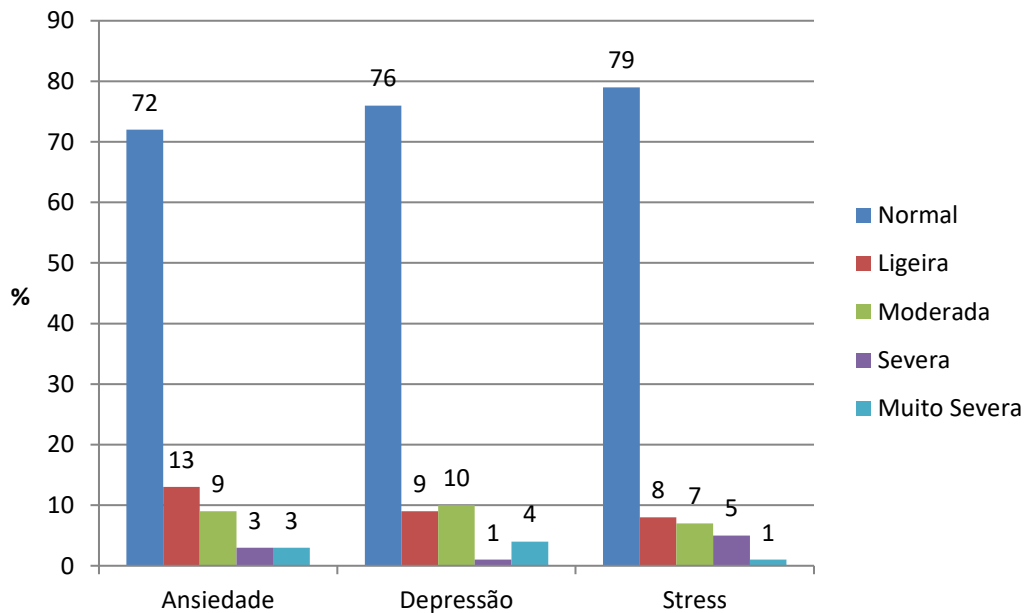


Figura 2. Gráfico em % da distribuição dos níveis de Ansiedade, Depressão e Stress

Distribuição da vontade de beber dos participantes em diferentes contextos

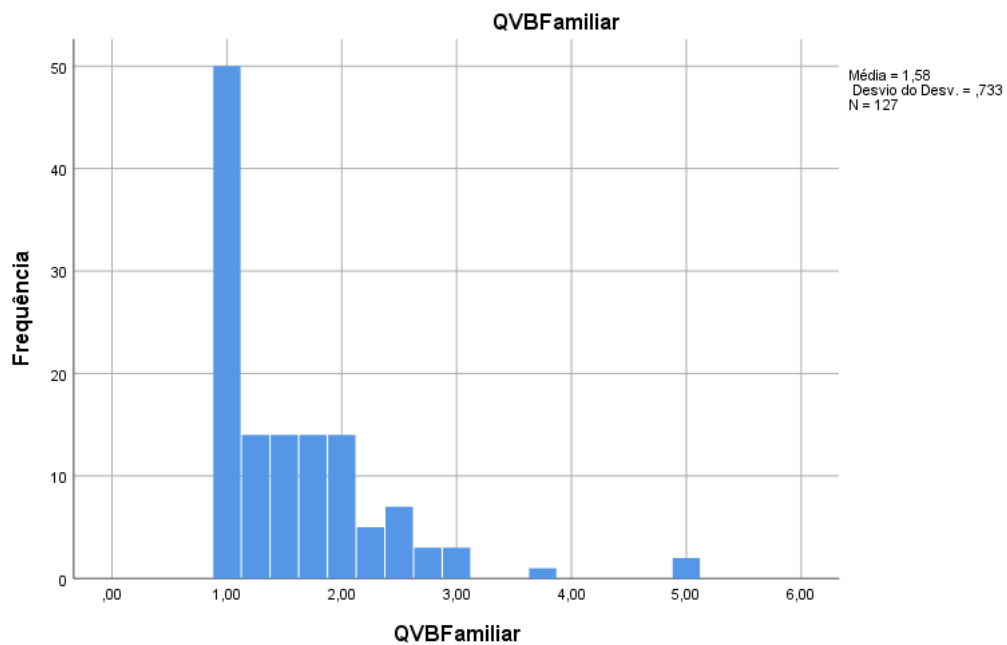


Figura 3. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto Familiar

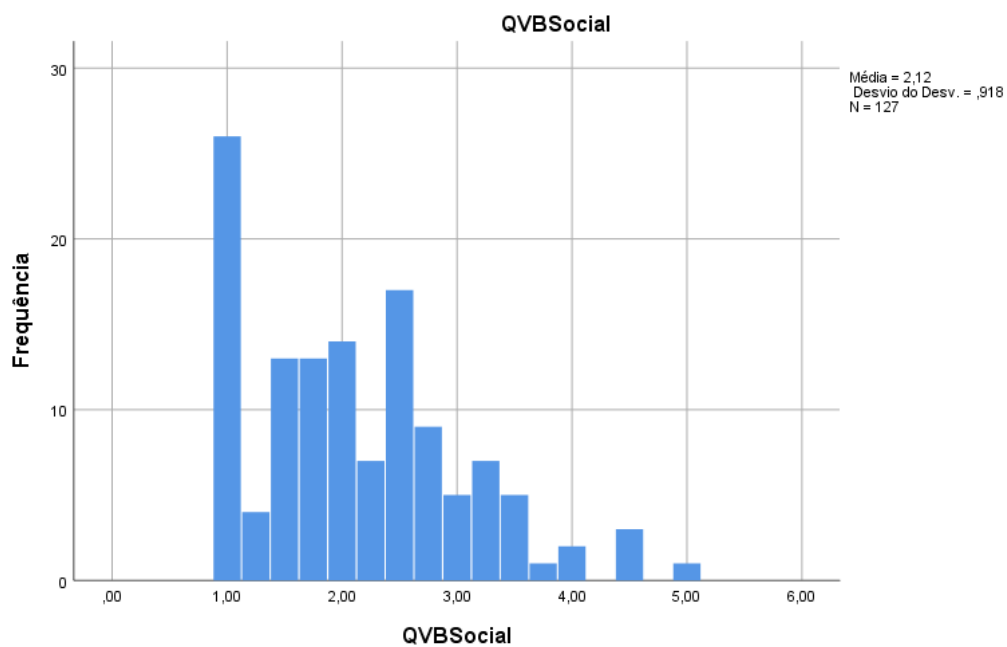


Figura 4. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto Social

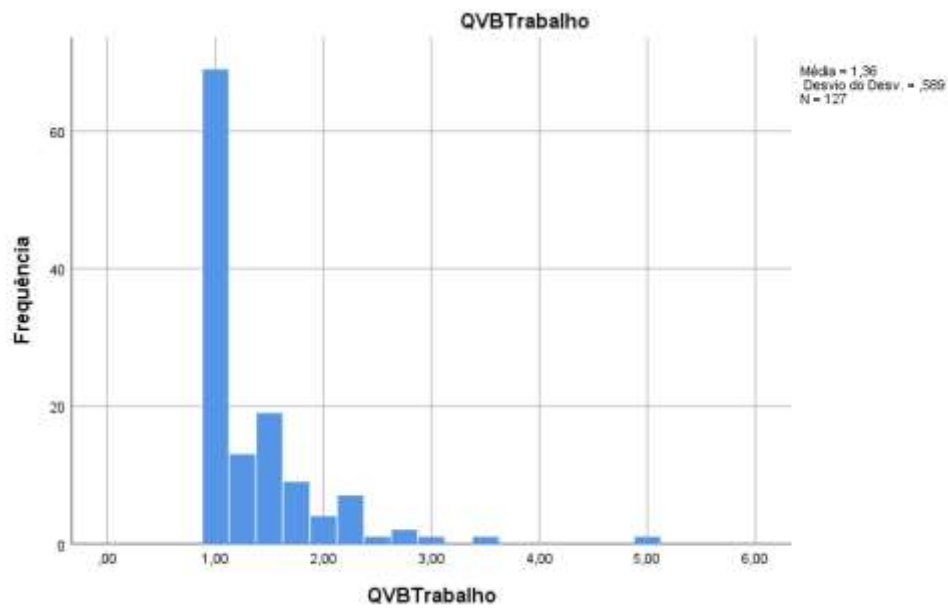


Figura 5. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto de Trabalho

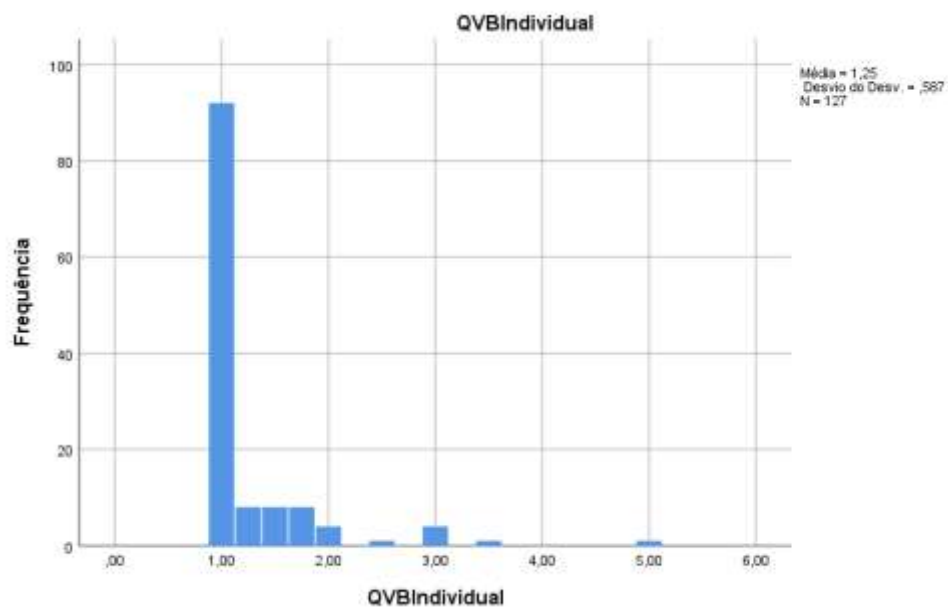


Figura 6. Distribuição da vontade de beber dos participantes em Contexto Individual

Níveis de associação álcool-família

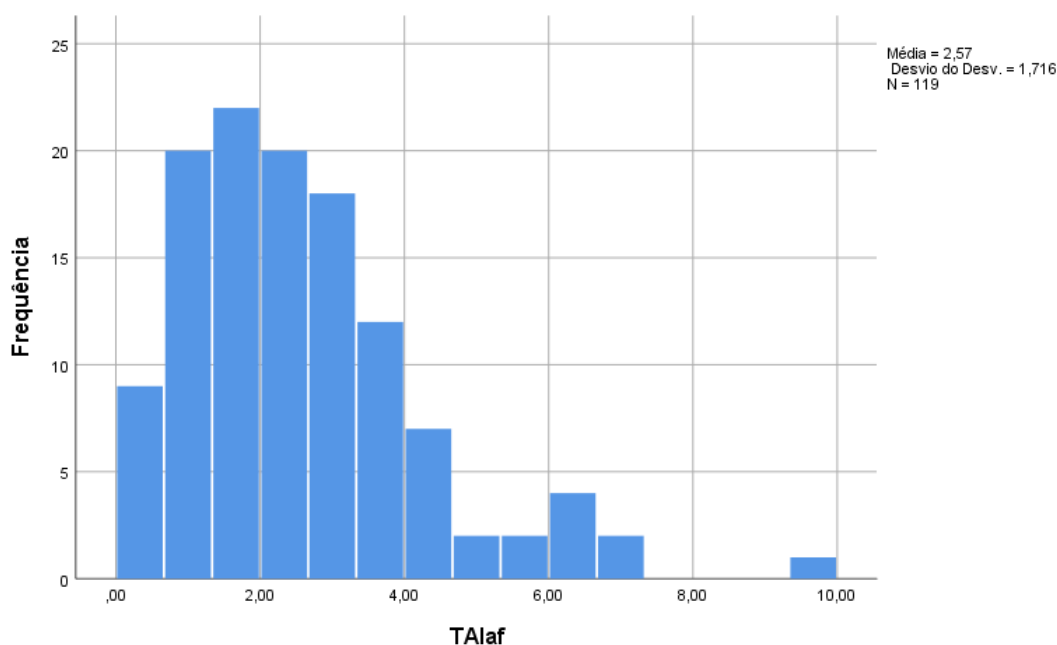


Figura 7. Histograma do Teste de Associação Implícita álcool-família

Relação entre as variáveis: Análise Correlacional

Com o objectivo de perceber a relação entre as variáveis em estudo correlacionaram-se todas as medidas entre si.

Tabela 1. Mapa Correlacional entre as variáveis Medida Explícita (ME), IAT, Ansiedade, Depressão, Stress e Padrões de Consumo (PC)

	ME	IAT	Ansiedade	Depressão	Stress	PC
ME		-.11($p=.21$)	.15 ($p=.08$)	.14 ($p=.09$)	.10 ($p=.25$)	.08 ($p=.35$)
IAT			.02 ($p=.81$)	.02 ($p=.75$)	.08 ($p=.37$)	.22*($p=.01$)
Ansiedade				.79**($p=.00$)	.76**($p=.00$)	.23**($p=.00$)
Depressão					.69**($p=.00$)	.19*($p=.03$)
Stress						.19*($p=.02$)
PC						

Nota. * O valor é significativo para $p < .05$ e ** O valor é significativo para $p < .01$

A leitura da Tabela 1 permite perceber que apenas a Medida Explícita (vontade de beber) não contribui para se perceber o padrão de consumo dos indivíduos. Todas as outras medidas estão significativamente correlacionadas com o Padrão de Consumo, estando no entanto também correlacionadas entre si. A medida de associação implícita (IAT) e a Medida Explícita (vontade de beber) estão relacionadas entre si, mas de uma forma negativa e apenas marginalmente significativa. A vontade de beber apenas surge como tendencialmente ($p=.08$; $p=.09$) relacionada com o grau de ansiedade e depressão expresso pelo indivíduo, sendo os indivíduos mais ansiosos e deprimidos são os que associam mais o consumo ao contexto familiar.

Verificou-se que as três variáveis Ansiedade, Depressão e Stress se encontram relacionadas entre si e também com os Padrões de Consumo, sendo a Ansiedade que se destaca, sendo que quanto maior a ansiedade, a depressão e o *stress* maior o consumo de risco. E que os Padrões de Consumo também se correlaciona positivamente com o IAT álcool-família, sendo que uma associação implícita entre álcool-família mais forte reflecte um maior consumo de risco. Isto significa que as variáveis psicopatológicas e o IAT podem contribuir para a compreensão dos Padrões de Consumo dos participantes, destacando-se a ausência de uma relação significativa entre o IAT e Ansiedade, Depressão e Stress, o IAT e o Padrão de Consumo relacionam-se independentemente dessas três variáveis.

Regressão Linear: prever os padrões de consumo

Para verificar a contribuição individual de cada variável para o padrão de consumo, controlando a interferência das restantes introduziram-se as variáveis como preditores conjuntas do consumo. O Modelo de Regressão Linear Múltipla mais preditivo foi estimado através do método *Stepwise backward*. O objectivo deste modelo de regressão é averiguar qual a variável que está a ter impacto nos Padrões de Consumo, dado que se correlaciona com outras variáveis – Ansiedade, Depressão e Stress e IAT. Adicionalmente estuda-se como a variável “Género” e “FPLA” (Familiar com Problemas Ligados ao Álcool) podem interferir neste modelo.

Tabela 2. Variáveis inseridas/removidas do modelo

Modelo	Variáveis Inseridas/Removidas ^a		Método			
	Variáveis inseridas	Variáveis removidas				
R=.376	1ª Gênero, 2ª Ansiedade e 3ª IAT	FPLA Depressão Stress	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq .050, Probabilidade de F a ser removido \geq .100).			
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.	
	B	Erro	Beta			
(Constante)	5.703	.619		9.211	.000	
Gênero	-2.567	.747	-.304	-3.435	.001	
(Constante)	5.170	.653		7.917	.000	
Gênero	-2.853	.745	-.338	-3.827	.000	
Ansiedade	.299	.133	.199	2.252	.026	
(Constante)	3.967	.852		4.654	.000	
Gênero	-2.643	.740	-.313	-3.570	.001	
Ansiedade	.287	.131	.190	2.190	.031	
IAT	.424	.197	.186	2.148	.034	

Controlando para o efeito simultâneo de todas as variáveis, verificamos que o Padrão de Consumo é diferente dependendo do Gênero e que é predito pelo nível de Ansiedade do sujeito e da associação implícita entre álcool-família. As variáveis Gênero, IAT e Ansiedade, predizem significativamente e independentemente os Padrões de Consumo dos indivíduos explicando 16% da sua variabilidade ($R^2=.142$) (1.3, Anexo H).

Regressão Linear: prever a associação Álcool-Família

Para verificar que variáveis poderão estar a prever o tipo de associação medido pelo IAT álcool-família, calculou-se um modelo de regressão incluindo as variáveis “Gênero” e “FPLA”, Ansiedade, Depressão e Stress, controlando para o Padrão de Consumo.

Na Tabela 3 podemos verificar que a única variável preditora na associação álcool-família é a variável Padrão de Consumo.

Pela análise da mesma tabela percebemos que o IAT álcool-família é explicado apenas pelo Padrão de Consumo. Esta conclusão pode ser confirmada pelos valores do teste-t ($t(118)=2.536$; $p<.05$) (2.4, Anexo H) e pelo coeficiente positivo ($B=0.229$) (2.5, ANEXO F), o que indica que quanto maior o risco do padrão de consumo maior a associação implícita álcool-família. A variável Padrões de Consumo explica 0.4% da variabilidade do IAT ($R^2=.04$) (2.3, Anexo H).

Tabela 3. Variáveis inseridas/removidas no modelo de regressão Variável Dependente: IAT

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método			
	PadrõesConsumo	Género FPLA Ansiedade Depressão Stress	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq .050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq .100$).			
R=. 229						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	2.172	.220		9.880	.000
	PadrõesConsumo	.100	.040	.229	2.536	.013

Com o objectivo de perceber se a relação entre Padrão de Consumo e a associação álcool-família é constante para os dois géneros, testou-se o seu efeito moderador. Foi criada uma nova variável “PCxGénero” para se tentar compreender se o género poderia moderar o efeito dos Padrões de Consumo no IAT álcool-família (tabela 4), e podemos observar pelo valor de Beta ($B= -.097$) não significativo que não se verifica.

Tabela 4. Impacto da variável PCxGénero no modelo anterior

		Coeficientes ^a				
		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.
Modelo		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	2.218	.225		9.852	.000
	PadrõesConsumo	.119	.044	.271	2.701	.008
	PCxGenero	-.055	.058	-.097	-.961	.338

Estudo de casos

Considerou-se pertinente destacar os resultados de alguns participantes a fim de se poder explorar os resultados e incentivar investigações futuras.

Dos 127 participantes, catorze apresentam um consumo de álcool já problemático – onze participantes com um consumo de risco, dois com um consumo nocivo e dois com um consumo dependente (para um participante com consumo dependente não foi possível obter resultados do IAT).

Tabela 5. Participantes com pontuações elevadas no AUDIT

	Idade	Género	Med.*	EADS	PC	FPLA
Associação álcool-família mais fraca ≤ 2.57						
1	19	♀	-	AS; SS	Risco	-
2	20	♀	-	AL	Risco	-
3	28	♂	-	-	Risco	-
4	40	♂	-	-	Nocivo	-
5	41	♀	-	-	Risco	-
Associação álcool-família mais forte > 2.57						
6	19	♀	Sim	AS;DM; SM	Dependência	-
7	19	♀	Sim	AM; DMS; SL	Risco	-
8	25	♀	-	AM, DM, SS	Risco	Sim
9	29	♂	-	AL	Risco	-
10	29	♂	-	-	Risco	Sim
11	34	♂	-	-	Nocivo	Sim
12	45	♂	-	AM, DL, SL	Risco	-
13	50	♂	Sim	AL, DL	Risco	Sim
14	54	♂	-	-	Risco	-

**Med.* Toma de medicação; *EADS* Escala Ansiedade, Depressão e Stress; *PC* Padrão de Consumo; *FPLA* Familiares com Problemas Ligados ao Álcool. *AL, AM, AS*: Ansiedade Ligeira, Ansiedade Moderada, Ansiedade Severa; *DL, DM, DS, DMS*: Depressão Ligeira, Moderada, Severa e Muito Severa; *SL, SM, SS*: Stress Ligeiro, Stress Moderado e Stress Severo;

Analisando a Tabela 5 rapidamente se destacam nos participantes que mais fortemente associam álcool-família ($M=2.57$; $DP=1.71$) a prevalência da Ansiedade, Depressão e *Stress* e dos participantes com FPLA. No entanto os resultados já demonstraram que não existe uma relação entre o IAT e a EADS. Outro dado que se destaca é o facto de a população ser constituída maioritariamente por participantes do género feminino, no entanto prevalecem os participantes do género masculino como os que mais pontuaram no AUDIT, com destaque

para os participantes que apresentam já um consumo dependente serem do género feminino (Tabela 6).

Tabela 6. Participantes com dependência de álcool

PC	Idade	Género	Med.	EADS	IAT	FPLA
Dependência	19	♀	Sim	AS; DM; SM	4.57	Não
Dependência	38	♀	Sim	AMS; DMS, SS *1	-	Não

**PC* Padrão de Consumo; *Med.* Medicação; *EADS* Escala Ansiedade, Depressão e Stress; *IAT* Teste de Associação Implícita; *FPLA* Familiares com Problemas Ligados ao álcool.

*1 *AS e AMS* Ansiedade Severa e Ansiedade Muito Severa; *DM e DMS* Depressão Moderada e Depressão Muito Severa; *SM e SS* Stress Moderado e Stress Severo.

Ao observar a Tabela 7 podemos verificar que dos 27 participantes com FPLA apenas quatro mantêm um consumo de risco e uma associação álcool-família forte. A maioria dos participantes (85%) com um familiar com problemas ligados ao álcool mantêm um consumo abstinente/baixo risco, o que significa, podemos reflectir, que ter um FPLA não se constitui como factor único para um consumo problemático nem para a existência de uma associação álcool-família.

Tabela 7. Participantes com Familiares com Problemas Ligados ao Álcool

27 participantes com FPLA	IAT		PC
	13	Forte	Abstinência/Baixo Risco
10	Fraco	Abstinência/Baixo Risco	
4	Forte	Risco/Nocivo	

**IAT* Teste de Associação Implícita álcool-família; *PC* Padrão de Consumo

DISCUSSÃO

O consumo de álcool constitui-se como uma preocupação nos dias hoje, especialmente o uso desadequado que tem impacto na vida do próprio e na dos outros. As variadas doenças que surgem dos consumos (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016), os acidentes de viação e as mortes causadas (SICAD, 2018) devem constituir-se como factores importantes numa perspectiva preventiva, especialmente quando constatamos uma nova tipologia *binge drinking* que se define como “consumo esporádico excessivo de 5 a 6 bebidas no homem e de 4 a 5 bebidas nas mulheres, numa única ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de consequências adversas” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016, p. 6) que é apresentado como padrão de consumo prevalente dos adolescentes e jovens adultos (15-34 anos) (SICAD, 2018).

Naturalmente por ser uma substância socialmente aceite, muitas vezes o seu consumo é feito sem grandes restrições ao que pode ser uma aprendizagem pelos mais novos. Nesta investigação destacou-se a possibilidade da família transmitir crenças, valores e comportamentos que podem facilitar uma associação mental implícita álcool-família que se relacione com o padrão de consumo. Esta associação pode verificar-se para além da existência de um familiar com problemas ligados ao álcool, como se constatou, pois vários factores (por exemplo celebrações, consumo percepcionado, tipo de consumo percepcionado, consumo incentivado por conflitos familiares e atitudes familiares, mencionadas na revisão de literatura) podem contribuir para a existência dessa associação que por sua vez poderá contribuir para um agravamento no consumo de álcool. Uma associação poderá ser mantida por exemplo pela existência de experiências positivas e negativas e padrões adequados e desadequados. Ainda que seja uma literatura bastante extensiva, esta investigação tentou alinhar diferentes teorias de diferentes áreas e oferece talvez uma nova maneira de olhar o papel que a família mantém nos consumos, pois reforça a percepção de quem os toma. Ou seja, sabemos que no que concerne a consumos problemáticos e/ou moderados, factores biológicos, sociais e psicológicos contribuem para um terreno fértil do desenvolvimento de consumos nocivos (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007; Schäfer, 2011).

Difícilmente se pode negar a contribuição da base genética para o desenvolvimento de um consumo de álcool nocivo já que filhos de pais alcoólicos têm duas a cinco vezes maior

probabilidade de desenvolverem a mesma problemática na adultícia (Nigg, et al., 2004), mas investigações com crianças adoptadas (Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1996) contribuíram para um olhar mais holístico “(...) *genetic effects can be muted in protective environments and become more pronounced in adverse environments. Peer relationships, parental monitoring, and adverse childhood events are often studied as examples of protective and adverse micro-level factors that interact with genetic variants.*” (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016, p. 138). No entanto, a literatura é vasta e vastas são as investigações que procuram factores que contribuam para consumos problemáticos, sugerindo que existe uma variabilidade imensa, tenta-se responder à questão, porque é que alguns desenvolvem consumos problemáticos e outros não?

Neste trabalho a atenção é dada à percepção de cada indivíduo, utilizando-se um método que permite abordar indiretamente a percepção do indivíduo naquele que é um dos contextos (familiar) mais abordados nesta literatura do álcool, sendo que no fundo esse poderá ser um dos factores que possa contribuir para tal variabilidade. Tanto quanto se sabe, existem testes de associação implícita relacionados com álcool e outros relacionados com a família (Endendijk, Groeneveld, Berkel, Hallers-Haalboom, Mesman, & Bakermans-Kranenburg, 2013), e apenas um que investiga as cognições implícitas e explícitas relacionadas com o álcool nas crianças (Pieters, Van der Vorst, Engels, & Wiers, 2010) mas não existe nenhum cujo os conceitos-alvo sejam álcool e família onde esta seja integrada como parte da rede motivacional em contextos de consumo de substâncias e adições.

O objectivo da presente investigação é o de compreender se uma medida implícita entre álcool e família poderia ajudar a perceber o padrão de consumo dos participantes. Os dados do estudo correlacionado sugerem que sim: existe uma relação entre a medida implícita e os padrões de consumo e entre os padrões de consumo e a ansiedade, a depressão e o *stress*. De acordo com os dados do estudo da regressão compreendemos que é a associação implícita que tem capacidade preditiva no padrão de consumo dos participantes, dado que uma maior associação entre álcool e família reflecte níveis mais elevados de consumo. Como os dados demonstram, este efeito ocorre de igual forma para homens e mulheres, o que é interessante visto que os dois géneros apresentam padrões de consumo diferentes (SICAD, 2018).

O Teste de Associação Implícita entre álcool-família procurou aceder a tal associação numa população geral. Com efeito quando nos referimos à existência de uma associação, não é em termos de ausência ou existência: quanto mais afastado de “0” maior a associação,

portanto referimo-nos a associações mais fracas e mais fortes. A população em análise evidenciou um consumo maioritariamente abstinente/baixo risco com associações mais fortes ou mais fracas, sendo o que os nossos resultados demonstram é que quanto mais forte for a associação maior o consumo de risco. Este é um dado importante pois para além de nos indicar que a associação não é apenas influenciada pela existência de um familiar com problemas ligados ao álcool, vem reforçar o papel da família no padrão de consumo, contrariamente ao que expressam explicitamente (através do QVB).

Por outro lado, quanto maior o consumo de risco mais forte a associação álcool-família. Este dado é também importante porquanto os resultados também demonstram que quanto maior a associação mais elevado o risco, parecendo que enfrentamos dados contraditórios, ou apenas aparentemente esclarecedores. Não obstante, podemos reflectir sobre o que ambos significam. O facto de o consumo de risco aumentar a associação álcool-família, pode dever-se ao facto de um consumo de risco causar consequências a nível familiar (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Varghese, 2017), mantendo presente a associação álcool-família. Os que mantêm consumos problemáticos de álcool apresentam muitas vezes consequências a nível familiar, sendo muito destacado o alcoolismo como uma doença familiar, a família sofre com os consumos problemáticos (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Cyrino, Araujo, Camila dos Santos, & Baptista, 2016; Paz & Colossi, 2013; Schäfer, 2011; Varghese, 2017).

A relação entre a medida implícita e explícita é marginalmente existente. De facto ao longo do presente trabalho é destacado o carácter comparativo das duas medidas, implícita e explícita, como formas diferentes de aceder à mesma informação. O propósito da criação do Questionário de Vontade de Beber (QVB) foi precisamente para se poder investigar o tipo de relação entre duas medidas diferentes: explícita/directa (QVB) e implícita/indirecta (IAT). Se por um lado o resultado dos presentes dados parece ir de encontro ao que seria esperado teoricamente: uma relação quase inexistente entre as duas medidas pode reflectir a premissa “o que as pessoas expressam é diferente do que pensam”, por outro lado não. A literatura destaca uma variabilidade relacional entre as duas medidas (para revisão ver Hofmann, Gawronski, Gschwenner, Le, & Schmitt, 2005; Nosek, 2007), na qual o esperado seria a existência de uma relação, pois ainda que as medidas reflectem acessos diferente, pretendem aceder ao mesmo constructo.

Reflectindo sobre os dados do presente estudo, em primeiro lugar as medidas estão a aceder a constructos distintos, ainda que relacionados, i.e., o QVB procura conhecer a vontade dos

participantes consumirem bebidas alcoólicas em diferentes contextos e o IAT procura aceder à existência de uma associação álcool-família. Em segundo lugar os pressupostos de normalidade do QVB não foram satisfeitos e por último parece que relações negativas entre estas as duas medidas acontecem quando as amostras são reduzidas (Nosek, 2007). Os dados parecem não permitir a elaboração de um efeito que se refira à medição de um mesmo constructo de duas formas diferentes. Sugere-se para investigações futuras a criação de uma medida explícita que facilite a associação álcool-família.

A relação entre o Padrão de Consumo e a Ansiedade, a Depressão e o Stress era esperada, especialmente a relação com o Stress, já que estudos realizados numa população normal demonstram uma relação entre o *stress* e o aumento do risco do consumo e PLA (Keyes, Hatzenbuechler, & Hasin, 2011). Ainda que a presente amostra seja constituída maioritariamente por participantes com um padrão de consumo abstinente/baixo risco, de acordo com os dados do estudo de caso, dos quinze que apresentam um consumo já problemático, nove apresentam ansiedade, depressão ou *stress* acima dos valores considerados, pela escala, normais.

O estudo correlacional demonstrou que o Padrão de Consumo relaciona-se com a Ansiedade, a Depressão e o *Stress*, sendo que quanto maior a severidade psicopatológica maior o consumo de risco, indo de encontro ao realçado na investigação de Wong, Chan, Cheng, Lo, Ma, & Wong (2017), que a severidade da adição encontra-se significativamente associada com a severidade dos problemas emocionais. Mas a Ansiedade destaca-se pela sua capacidade preditiva no Padrão de Consumo, sendo que níveis mais elevados de ansiedade reflectem níveis mais elevados de consumo. A maior parte da literatura que investiga o álcool e psicopatologias, até onde se conhece, é constituída por populações clínicas. É certo que uma dificuldade encontrada nesta literatura é estabelecer uma causalidade, e muitas vezes a questão que se coloca é: o que surge primeiro? O consumo de álcool problemático ou a psicopatologia? Especialmente relativamente à ansiedade, esta é realçada como consequência do consumo e abordada frequentemente em contexto de sintoma de privação (Gabbard, 2006). Neste sentido o presente estudo foi capaz de estabelecer uma relação entre o consumo e as psicopatologias, destacando-se o carácter preditivo da ansiedade, numa população geral. No entanto, um estudo recente realizado por Galvão, Pinheiro, Gomes, & Ala (2017) em Bragança, Portugal, com estudantes do ensino superior, demonstra não existir uma relação entre os padrões de consumo e ansiedade, depressão e stress. O estudo utilizou as mesmas medidas utilizadas nesta investigação, o AUDIT e a EADS-21. Ainda assim, alerta-se

precaução para a interpretação deste resultados, pois este efeito pode não ser garantido e deve ser no futuro confirmado, dado a análise das qualidades métricas da EADS-21 não ter apresentado resultados satisfatórios.

Ainda que a amostra da investigação seja maioritariamente constituída por participantes do género feminino, os participantes que apresentam um padrão de consumo de risco/nocivo são maioritariamente do género masculino o que vem confirmar os dados mais recentes do SICAD (2018) de uma prevalência de um consumo abstinente ou de baixo risco nas mulheres e uma maior expressividade de um consumo de risco nos homens. No entanto, ainda que o consumo abusivo e dependente seja bastante mais elevado nos homens que nas mulheres, os dois participantes da presente investigação que apresentaram um consumo dependente são do género feminino.

A presente investigação encontra alguns limites significativos, nomeadamente a validade da Escala Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e do Questionário Vontade de Beber (QVB). No mesmo seguimento o IAT utilizado foi o formato papel-e-lápis mas realizado *online*. Sendo um limite que deve ser ultrapassado é a aplicação do IAT através do programa Qualtrics que tornou a cotação da prova extremamente complexa, reduzindo a sua precisão. Este é um formato que, até onde sabemos, não foi ainda realizado e como tal pode revelar enviesamentos que ainda não foram analisados na literatura (o tempo de resposta, processo de cotação do índice de associação, etc...) pelo que no futuro o formato desejado seria o original, computadorizado, com o programa adequado. Ainda, a diferença entre géneros não é representativa pois a amostra é constituída maioritariamente pelo género feminino e por ter sido realizado *online* a população pode não ser apenas portuguesa.

Ainda que não tenha sido demonstrada uma relação significativa entre o IAT e a ansiedade, depressão e *stress*, no futuro sugere-se testar o possível efeito moderador da ansiedade, depressão e *stress* na relação entre o IAT e Padrão de Consumo. Poderá ser também pertinente realizar um estudo longitudinal com participantes em reabilitação dos seus consumos e explorar se associações mais fortes entre álcool-família se relacionam com a manutenção de abstinência ou com recaída. Ainda a utilização do IAT com diferentes famílias poderá revelar a existência de diferentes níveis de associação. Se por um lado podemos verificar que apenas um número mínimo de participantes com FPLA mantém uma associação mais forte, por outro compreendemos que poderão existir outros factores que contribuem para tal associação, sendo que de acordo com os dados apresentados torna-se pertinente explorar os

mesmos, pois quanto mais forte for a associação maior o consumo de risco. O que torna este IAT extremamente relevante para a exploração das razões pelas quais esta associação é mantida e portanto contribuir preventivamente que padrões abstinentes e de baixo risco evoluam para consumos problemáticos.

REFERÊNCIAS

- Abbey, A., Smith, M., & Scott, R. (1993). The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: an interactional approach. *Addict. Behav* , 659-670.
- Afonso de Deus, A. (2002). *O alcoolismo: uma forma de desistência da vida*. Lisboa: ISPA.
- Anderson, J. (1983). A spreading activation theory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* , 1-35.
- Ary, D., Tildesley, E., Hops, H., & Andrews, J. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *The International Journal of the Addictions* , 853-880.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *Audit. The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care* , 2^a. Geneva, Suíça: World Health Organization.
- Baddeley, A., Eysenck, M., & Anderson, M. (2009). *Memory*. Nova Iorque: Psychology Press.
- Banaji, M., & Greenwald, A. (1994). Implicit stereotyping and prejudice. *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium* , 7, 55-76.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. Nova Iorque: General Learning Press.
- Bharati, A., Matcheswalla, Y., Umate, M., & Jaiswal, S. (2017). Mechanism of coping in patients of alcohol dependence and its correlation with anxiety, depressive symptoms. *International Journal of Advances in Medicine* , 508-513.
- Carvalho Teixeira, J. (2010). *Introdução à psicopatologia geral* (2^a Edição ed.). Lisboa: ISPA.
- Chartier, K., Thomas, N., & Kendler, S. (2016). Interrelationship between family history of alcoholism and generational status in the prediction of alcohol dependence in US Hispanics. *Psychological Medicine* , 137-147.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1996). Type I and type II alcoholism: an update. *Alcohol Health and Research World* , 18-23.

- Collins, A., & Loftus, E. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review* , 407-428.
- Cyrino, L., Araujo, B., Camila dos Santos, C., & Baptista, L. (2016). A codependência familiar de indivíduos que fazem o uso abusivo de álcool. *Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas* , 457-470.
- Endendijk, J., Groeneveld, M., Berkel, S., Hallers-Haalboom, E., Mesman, J., & Bakermans-Kranenburg, M. (2013). Gender stereotypes in the family context: mothers, fathers and siblings. *Sex Roles* , 577-590.
- Ferreira, S., & Moutinho, L. (2013). Os novos caminhos da reabilitação alcoólica: uma proposta de intervenção. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente* , 49-63.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. São Paulo: Artmed.
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* , 8-12.
- Gilligan, C., & Kypri, K. (2012). Parent attitudes, family dynamics and adolescent drinking: qualitative study of the Australian parenting guidelines for adolescent alcohol use. *BMC Public Health* , 1-11.
- Greenwald, A., & Banaji, M. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review* , 4-27.
- Greenwald, A., McGhee, D., & Schwartz, J. (1998). Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology* , 74 (6), 1464-1480.
- Hofmann, W., Gawronski, B., Gschwenner, T., Le, H., & Schmitt, M. (2005). A meta-analysis on the correlation between the implicit association test and explicit self-report measures. *Personality and Social Psychology Bulletin* , 1369-1385.
- Jorge, M., Lopes, C., Sampaio, C., Veríssimo de Souza, L., Joseno da Silva, M., & Alves, M. (2007). Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à luz de Pimentel. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* , 34-43.

- Kam, J., Basinger, E., & Abendschein, B. (2015). Do adolescent perceptions of parents' alcohol consumption undermine or enhance what parents say about alcohol? The interaction between verbal and nonverbal messages. *Communication Research* , 1-29.
- Kendler, K., Ji, J., Edwards, A., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). An extended swedish national adoption study of alcohol use disorder. *Swedish Adoption Study of Alcohol Use Disorder* , 211-218.
- Keyes, K., Hatzenbuechler, M., & Hasin, D. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology* , 1-17.
- Lemm, K., Lane, K., Sattler, D., Khan, S., & Nosek, B. (2008). Assessing Implicit Cognitions with a Paper-Format Implicit Association Test. In M. Morrison, & T. Morrison (Edits.), *The Psychology of Modern Prejudice* (pp. 123-146). Nova Iorque, USA: Nova Science Publishers.
- Lynch, A., Coley, R., Sims, J., McPherran, L., & Mahalik, J. (2015). Direct and interactive effects of parent, friend and schoolmate drinking on alcohol use trajectories. *Psychology and Health* , 1183-1205.
- Neath, I., & Surprenant, A. (2003). *Human memory: An introduction to research, data, and theory*. Pensilvania: Thomson/Wadsworth.
- Nigg, J., Poon, E., Fitzgerald, H., Wong, J., Jester, J., Puttler, L., et al. (2004). Neuropsychological executive functioning in children at elevated risk for alcoholism: findings in early adolescence. *Journal of Abnormal Psychology* , 302-314.
- Nosek, B. (2007). Implicit-explicit relations. *Current Directions in Psychological Science* , 65-69.
- Nunes de Miranda, F., Simpson, C., Medeiros de Azevedo, D., & Costa, S. (2006). O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem* , 222-232.
- Oliveira, M., & Miranda, M. (2012). Paradigma: Teste de Associação Implícita. *Laboratório de Psicologia* , 10 (2), 235-249.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (Março de 2016). Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool .

- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 5 (2), 229-239.
- Palfai, T., & Ostafin, B. (2003). Alcohol-related motivational tendencies in hazardous drinkers: assessing implicit response tendencies using the modified-IAT. *Behaviour Research and Therapy* , 1149-1162.
- Palmisano, M., & Pandey, S. (2017). Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders. *Alcohol* , doi:10.1016/j.alcohol.2017.01.001, 1-47.
- Paz, F., & Colossi, P. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia* , 18(4), 551-558.
- Pieters, S., Van der Vorst, H., Engels, R., & Wiers, R. (2010). Implicit and explicit cognitions related to alcohol use in children. *Addictive Behaviors* , 471-478.
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças* , 16 (2), 148-163.
- PSP. (2019). *Actividade Operacional de Trânsito - Ano 2019*. Obtido em 5 de Abril de 2019, de Polícia de Segurança Pública: http://www.psp.pt/Pages/Transito/Transito_2019.aspx
- Schäfer, G. (2011). Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand* , 1-17.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública* , 20 (3), 649-659.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia*. Porto: Legis Editora.
- Schäfer, G. (2011). Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand* , 1-17.
- SICAD. (2018). *Relatório Anual 2017: a situação do país em matéria de álcool*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Varghese, J. (2017). Effect of family focused intervention on perceived stress, quality of life and relapse rate of clients with alcohol dependence syndrome. *International Journal of Nursing Education* , 9 (1), 91-96.

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

Wiers, R., Stacy, A., Ames, S., Noll, J., Sayette, M., Zack, M., et al. (2002). Implicit and explicit alcohol-related cognitions. *Alcoholism: Clinical and Experimental research* , 129-137.

Wong, M., Chan, E., Cheng, G., Lo, C., Ma, E., & Wong, R. (Janeiro de 2017). Multiple Expressions of Addiction: psychosocial correlates and clinical trajectories of treatment seekers . Estados Unidos.

ANEXOS

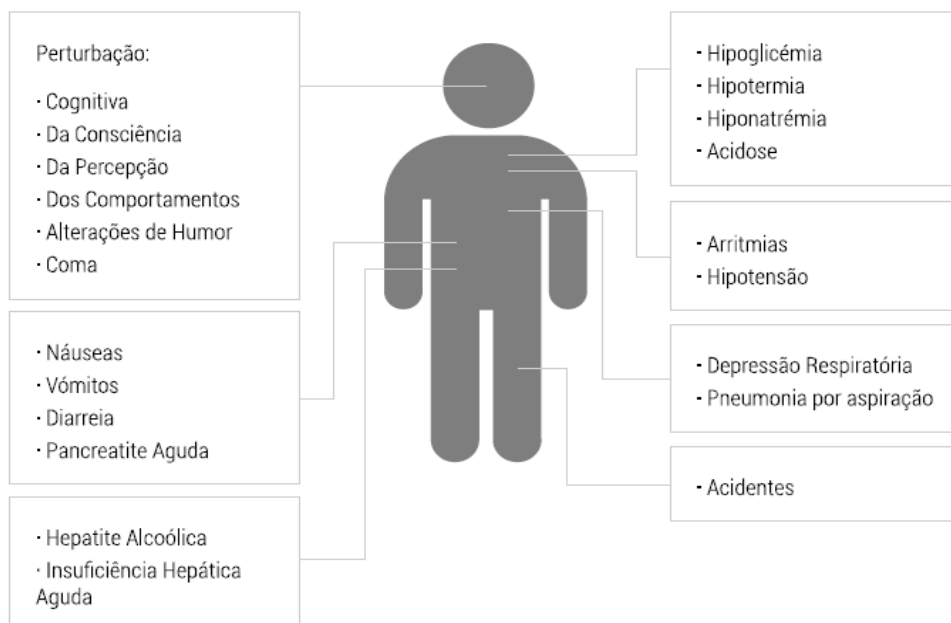
ANEXO A

Mitos e Consequências do álcool

<i>Mitos</i>	<i>Factos</i>
O álcool é um alimento	O álcool não é um alimento pois não tem valor nutritivo, uma vez que contém calorias inúteis para o funcionamento das células. O álcool não ajuda nas funções de edificação, construção e reconstrução do organismo. Dado o seu elevado teor calórico, pode contribuir para o excesso de peso.
O álcool aquece	O álcool produz uma sensação momentânea de calor dado que provoca uma dilatação dos vasos sanguíneos da pele. Esta deslocação de sangue provoca uma perda de calor interno, prejudicando o funcionamento de todos os órgãos. Na realidade, o álcool faz com que haja uma perda de energia.
O álcool facilita as relações sociais	Numa fase inicial e em pequenas quantidades, o álcool pode contribuir para uma desinibição, aumentando a cordialidade e o desejo de estar em relação com os outros. Nem sempre é fácil gerir a quantidade certa e, ultrapassando esse limite, o álcool pode contribuir para conflitos relacionais por falhas na comunicação e situações de agressividade.
O álcool dá força	O álcool tem uma ação excitante e anestésica, que disfarça o cansaço. Cria a ilusão de dar força após esforço físico ou intelectual. Contudo, a degradação do álcool no fígado gasta muita energia, pelo que o cansaço após o consumo ainda é maior.
O álcool mata a sede	A sensação de sede significa necessidade de ingerir água. Quando se ingere uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina aumentando a necessidade de água no organismo.
O álcool é um bom digestivo	O álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito mais rápidos e os alimentos passem para o intestino sem estar devidamente digeridos, dando a sensação de estômago vazio. O resultado é a falta de apetite e o aparecimento de gastrites e úlceras.
O álcool melhora o desempenho sexual	O álcool é um depressor do sistema nervoso central, mas numa fase inicial deixa a pessoa mais desinibida e pode favorecer o encontro sexual. Se o consumo for excessivo, o efeito pode ser contrário e a excitação dará lugar à sonolência. A inibição do sistema nervoso central pode bloquear o orgasmo e o desejo.
O consumo de café ajuda a diminuir a taxa de álcool no sangue	A diminuição da taxa de álcool no sangue depende exclusivamente do período de tempo, por isso, café, duche, ar fresco, atividade física e outros métodos não têm esse efeito.

Figura 1. Mitos e factos sobre o álcool (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016)

Consequências Agudas



Consequências Crônicas

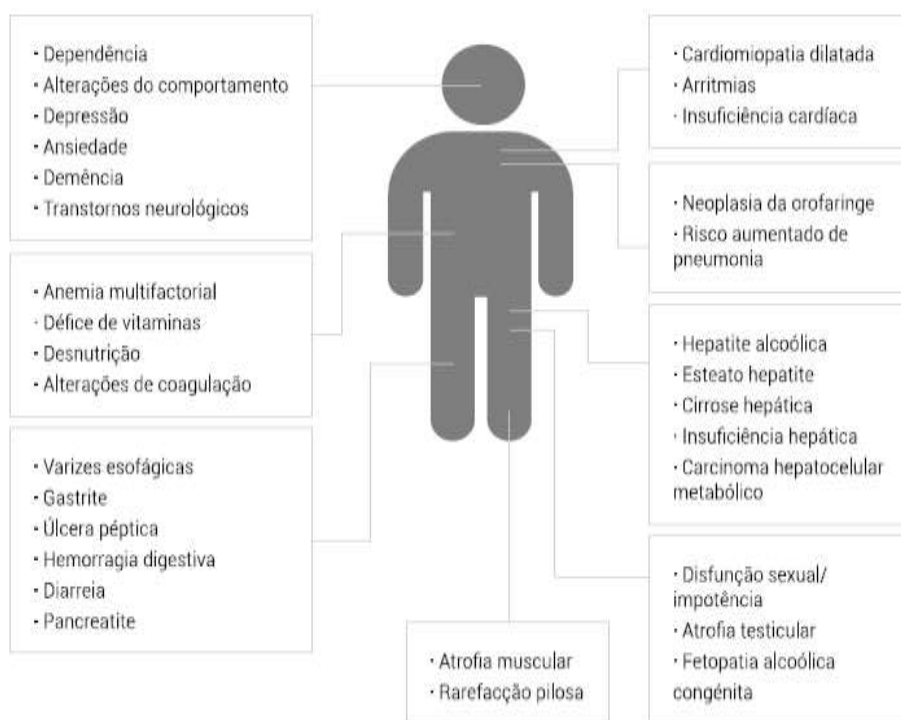


Figura 2. Consequências do álcool (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016)

ANEXO B

REVISÃO DA LITERATURA

Nesta investigação procuramos perceber se a existência de uma associação álcool-família se relaciona com diferentes padrões de consumo. Para o efeito foi realizada uma breve revisão da literatura relativamente ao álcool e ao seu consumo, contextualizando o consumo de álcool em Portugal. De seguida abordamos algumas das psicopatologias que acompanham muitas vezes os consumos de álcool, nomeadamente os consumos já problemáticos, como a ansiedade, a depressão e o *stress*. Depois focamos então o IAT e os seus fundamentos teóricos e a possibilidade de uma existência associativa implícita entre álcool e família: a realização de Testes de Associação Implícita no contexto de álcool; e conceitos de psicologia social que suportam a associação álcool-família sugerindo no final alguns factores, pensados para a presente investigação, que podem contribuir especificamente para os conceitos-alvo definidos.

Álcool

Bebidas alcoólicas

Considera-se uma bebida alcoólica uma bebida que, por fermentação, destilação ou adição um título alcoométrico superior a 0.5% de volume (regulamento CE nº110/2008 do parlamento europeu e do conselho de 15 de janeiro de 2008 cit. por Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016). As bebidas alcoólicas podem ser bebidas destiladas ou fermentadas, dependendo da sua origem. Bebidas fermentadas são por exemplo, o vinho, a cerveja, a cidra, com valores de graduação entre os 2 e os 13 graus. As bebidas destiladas são por exemplo, o rum, whisky, vodka, gin, aguardente de fruta, com valores de graduação entre os 15 e 55 graus. O volume de álcool pode ser convertido em gramas, sabendo que cada mililitro de álcool tem 0.8g de álcool puro. Assim considera-se um consumo de baixo risco no homem de 20g de álcool por dia e na mulher 10g por dia (aproximadamente duas e uma bebida padrão, respectivamente).

Evolução Compreensiva

O consumo de bebidas alcoólicas representa um hábito com raízes ancestrais, ocupando já nas civilizações antigas um papel importante associado a práticas rituais. Na evolução da sociedade ocidental, embora o uso do vinho persista na simbologia da religião católica, os rituais deram lugar a hábitos de cariz social. O álcool assumiu desde sempre um

papel importante nas práticas comunitárias. Hoje não é possível conceber um casamento ou batizado onde não haja álcool com abundância.

O enraizamento cultural das bebidas alcoólicas levou a uma tolerância social generalizada, mas quando consumido em excesso provoca alterações fisiológicas e comportamentos socialmente indesejáveis. Existe no entanto a crença generalizada de que o álcool mata a sede, o álcool é um bom digestivo e que o álcool dá força (ver anexo B) (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

Segundo Cooper (1987; cit. por Afonso de Deus, 2002; Gabbard, 2006)) até ao século XVIII prevalecia uma visão moralista sobre os alcoólicos, que estariam apenas interessados na procura de prazer. Este modelo moral considerava os alcoólicos como totalmente responsáveis pelo seu estado e tinha as suas raízes nas religiões fundamentalistas que acreditavam que o alcoolismo era um sinal de torpeza moral e estaria estritamente ligado à força de vontade i.e., com muita vontade, os alcoólicos poderiam parar os seus consumos. A noção de perturbação mental surge no século XVIII com Thomas Trotter, abrindo caminho para o modelo médico de dependência do álcool (Afonso de Deus, 2002). Estes primeiros estudos sobre os danos causados pelo consumo excessivo de álcool são exclusivamente médicos e centram-se nas lesões provocadas por essa substância nos órgãos e sistemas do corpo humano (Afonso de Deus, 2002), sendo os estudos das causas e consequências do consumo excessivo do álcool essencialmente biológicos.

No entanto em termos sociais, contribuíram para que o julgamento moral dos alcoólicos fosse progressivamente substituído por uma abordagem clínica. O alcoólico progressivamente perdeu o estatuto de viciado e passou a ser visto como doente. Um vício é um mau hábito condenável moralmente, sendo que dar uma conotação moral a uma doença é um reducionismo da pessoa que sofre, e ainda hoje em dia acontece. Para esta evolução do “alcoólico” contribuíram o movimento dos AA fundado em 1935 (Afonso de Deus, 2002; Soares, 2012; Gabbard, 2006). Saber se um alcoólico é um indivíduo mentalmente perturbado antes de iniciar o consumo excessivo de álcool e qual poderá ter sido a “disfunção” que conduziu a esse estado de dependência tem suscitado vários pontos de vista teóricos. A degradação física e psicológica, a perda da liberdade de opção face a um tipo de consumo que leva à destruição e em muitos casos à morte faz supor uma profunda alteração da personalidade que poderá estar na base desta patologia mas também poderá ser uma consequência do próprio consumo excessivo.

Hoje o consumo excessivo de álcool está inserido num contexto biopsicossocial, sendo influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Perante a facilidade do consumo e o incentivo social que o álcool recebe, o abuso instala-se, muitas vezes subtil e insinuosamente (Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007).

Diferentes olhares sobre a dependência do álcool

A caracterização de uma Síndrome de Dependência Alcoólica faz-se muitas vezes (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016) recorrendo ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*, em que o padrão problemático de uso de álcool é manifestado pelo menos por dois dos seguintes critérios, ocorrendo num período de 12 meses:

- o álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período mais longo do que pretendia;
- existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso do álcool;
- é gasta uma grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperar dos seus efeitos;
- *craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool;
- uso de álcool recorrente resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
- uso de álcool continuado apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool;
- desistência ou diminuição da participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso do álcool;
- uso do álcool recorrente em situações em que é fisicamente perigoso;
- o uso do álcool é continuado apesar de saber que tem um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool;
- Tolerância definida por qualquer um dos seguintes: uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool;
- Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes: uma síndrome de abstinência característica de álcool; o álcool (ou outra substância intimamente relacionada, tal

como uma benzodiazepina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

No entanto ao longo da história da alcoologia têm surgido várias tentativas para classificar os consumos de álcool em subgrupos ou tipologias.

Em 1967 Fouquet (cit. por Afonso de Deus, 2002) criou a noção de alcoologia, dando-lhe a seguinte definição: disciplina consagrada a tudo o que trata do mundo do álcool etílico; produção, conservação, distribuição, consumo normal ou patológico com as implicações desse fenómeno, causas e consequências a nível individual e colectivo.

A concepção multidisciplinar da alcoologia veio permitir novas abordagens teóricas e práticas. O estudo da etiologia do alcoolismo e as suas consequências deixou de ser exclusivamente médico, abrindo-se a outras ciências como a psicologia, a antropologia ou a sociologia (Afonso de Deus, 2002). Grande parte dos centros que se dedicam ao alcoolismo têm equipas multidisciplinares (Gabbard, 2006; Neto, Lambaz, Aguiar, & Chick, 2008) permitindo que os doentes alcoólicos possam ser recuperados no plano biológico, psicológico e social. No entanto a abordagem multidisciplinar da patologia alcoólica trouxe novas dificuldades na definição do comportamento de dependência do álcool pois cada paciente apresenta uma especificidade biopsicossocial (Afonso de Deus, 2002).

Em 1976 o conceito de síndrome de dependência alcoólica (SDA) foi proposto na tentativa de divulgar uma série de sintomas que se intensificam ao longo do tempo, sugerindo um *continuum* de gravidade e não um estado de “tudo-ou-nada” (Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007). Considera-se que a SDA é um fenómeno que depende da interacção de factores biológicos com factores culturais (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Schäfer, 2011) que determinam como o indivíduo se vai relacionar com a substância.

Jellinek (1960 cit. por Afonso de Deus, 2002) considera que existem essencialmente dois conjuntos de traços complementares que definem a dependência alcoólica: incapacidade para abstinência, mesmo durante uns dias, e a incapacidade para parar de beber, uma vez iniciado o hábito. Este autor distingue três fases sucessivas na evolução do alcoólico que se torna dependente: *uma fase assintomática*, durante vários anos marcada por um início insidioso de dependência onde as actividades sociais e familiares estão conservadas e as perturbações de carácter geralmente ausentes; *uma fase relativamente breve* onde se

desenvolve a perda do controlo da ingestão do álcool, os sujeitos abusam regularmente do álcool mas ainda não está dependente; *a fase do alcoolismo*, onde aparecem os primeiros sinais habituais de alcoolização crónica (tremores, agressividade, crimes, perturbações sexuais). Segundo este autor na etiologia do alcoolismo encontram-se características biológicas e psicológicas que conduzem a perda do controlo sobre o consumo de álcool.

Para Barnes 1979 (cit. por Afonso de Deus, 2002) os traços comuns da personalidade encontrados em alcoólicos dão lugar a uma personalidade que o autor denomina de *personalidade pré-alcoólica* e que seria a organização de base na qual se desenvolve a história alcoólica pessoal do sujeito. A personalidade pré-alcoólica caracteriza-se pelos seguintes traços: dependência face aos outros, impulsividade, fraqueza do Eu, hostilidade, dificuldade de identificação sexual, ansiedade e depressão. Segundo este autor, o álcool tem um papel importante na redução das sensações de mal-estar subjectivas. Esta personalidade pré-alcoólica baseia-se sobretudo nos traços de personalidade existentes antes da intoxicação avaliados em entrevistas clínicas realizadas a sujeitos que posteriormente se tornaram alcoólicos face a sujeitos que não vieram a apresentar dependências de tóxicos.

Já em 1992, Fernandez (cit. por Afonso de Deus, 2002) propõe uma tipologia que diferencia quatro subgrupos de alcoólicos: o *consumidor excessivo regular* que ingere regular e continuamente grandes quantidades de álcool, mais por adesão a determinado padrão social, para promoção de sentimentos de bem estar e consolidação de vivências agradáveis. Ainda que afecte a integração social e grupal, podem ser raros ou mesmo ausentes os episódios de embriaguez não existindo com nitidez uma perda de liberdade face a ingestão de álcool, mas sim a dificuldade em manter a abstinência.

O *consumidor doente psíquico*, bebe em excesso para obter vivências de exaltação ou extinção de um mundo psicopatológico, pode ser um modo de beber regular ou irregular, com ou sem embriaguez com predomínio de abuso ou dependência psicológica. A depressão e mesmo as psicoses afectivas são as causas que levam este tipo de alcoólicos a um consumo patológico.

O *consumidor alcoolómano*, os mecanismos etiológicos e de dependência são essencialmente psicológicos sendo o álcool consumido como evasão de uma situação existencial carregada de sentimentos penosos tais como a solidão ou isolamento, sentimentos de inferioridade ou desespero e de medo face ao futuro. Predomina neste caso a incapacidade de controlo sobre a quantidade de álcool ingerido.

O *consumidor alcoolizado*, caracteriza já um estado final comum aos três tipos anteriormente descritos e que resulta directamente dos efeitos do álcool no organismo, com uma marcada degradação da personalidade.

Uma nova tipologia proposta por Cloninger (1993) (cit. por Afonso de Deus, 2002; Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1996) considera a existência de dois subgrupos de alcoólicos, distintos na sintomatologia relacionada com o álcool, nas influências hereditárias e traços de personalidade.

O subgrupo designado por tipo I engloba os que iniciam os consumos depois dos 20 anos após um extenso período de exposição dum consumo excessivo que é socialmente encorajado e muitas vezes associado a circunstâncias externas. No subgrupo II, os sujeitos iniciam os consumos excessivos antes dos 20 anos. Este consumo é abrupto e geralmente associado a impulsividade, comportamentos de risco e antissocial, levando eventualmente a problemas com a autoridade. O autor elabora um modelo destacando três dimensões da personalidade que teriam uma base genética: procura da novidade (sensações, hiperactividade), fuga ao perigo (alguém que é cauteloso, inibido, envergonhado), dependência da recompensa (alguém que está sempre deseioso de ajudar os outros, sensível aos padrões sociais).

Os dois grupos propostos por Cloninger constituem uma boa classificação já que permitem olhar as características dos alcoólicos considerando a interação entre os factores biológicos, psicológicos e sociais. A heterogeneidade das manifestações apresentadas pelos sujeitos levou a que tivessem surgido várias classificações, cujo objectivo é a abordagem das diferentes variáveis biológicas, psicológicas e sociais que estariam na origem e contribuiriam para a manutenção da síndrome de dependência alcoólica.

As condições de consumo de uma substância psicoativa configuram-se tanto como um problema de saúde mental, como de saúde pública e os efeitos nocivos do consumo são complexos e descrevem um *continuum* que varia com a intensidade (frequência de uso e quantidade consumida) e a duração do consumo (Nunes de Miranda, Simpson, Medeiros de Azevedo, & Costa, 2006).

Em Portugal

Portugal apresenta um consumo por pessoa com mais de 15 anos de 12,9 litros de álcool puro por ano (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016). Verifica-se uma relação entre o consumo de álcool e mais de 200 doenças, com consequências agudas e crónicas graves (ver

anexo). Sendo o cérebro um dos principais órgãos afectados pela acção do álcool e sabendo que o seu desenvolvimento atinge apenas a maturação completa aos 25 anos (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), compreende-se a gravidade do consumo dos adolescentes, especialmente quando investigações já realizadas demonstram que adolescentes com episódios de embriaguez apresentam uma diminuição do volume cerebral com consequências na aprendizagem, raciocínio, atenção, tomada de decisão e memória (Giedd, 2004 cit. por Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

Vários estudos têm vindo a demonstrar que o consumo está a aumentar entre os jovens (Precioso, Correia, Sousa, & Samorinha, 2015) com uma intoxicação rápida e que geralmente surge associada a comportamentos anti-sociais e de risco, tais como conduzir carros e motos sob o efeito do álcool. Segundo Domingos Neto (1999, cit. por Afonso de Deus, 2002) este tipo de consumo que se tem vindo a manifestar na população jovem é uma espécie de consumo toxicómano do álcool com o qual pretendem o maior número de efeitos no menor tempo possível. No entanto para muitos é o início da instalação de um quadro de dependência alcoólica que os vai acompanhar ao longo da vida (Afonso de Deus, 2002).

Esta nova forma de consumo de bebidas alcoólicas contraria as primeiras classificações do tipo de alcoolismo, como as de Jellinek que considerava que numa primeira fase da intoxicação alcoólica os sujeitos mantinham um consumo de álcool com um início insidioso durante vários anos e só depois desenvolviam um quadro dependente.

O consumo de álcool apresenta subidas das prevalências ao longo da vida, quer entre a população total (15-74 anos) quer entre a população jovem adulta (15-34 anos), e entre homens e mulheres. Numa análise das durações dos consumos, entre a população consumidora e para cada substância psicoativa, observa-se que o álcool é a que apresenta uma maior duração média, numa carreira média de consumo de 25/26 anos.

Utilizando a versão completa do AUDIT(SICAD, 2018), verificou-se que 4,9% da população apresenta um consumo de bebidas alcoólicas sem risco, 37,1% um consumo de baixo risco e 12,6% um consumo de risco. É de 2,8 a percentagem de consumidores de risco elevado/dependentes alcoólicos. O consumo de risco elevado ou dependência é superior entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 35 e os 74 anos. O número médio de anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool foi de 13,6 anos (13,7 nos homens e 11,7 nas mulheres).

A diferença entre géneros é expressiva, o que se traduz posteriormente por uma maior presença do consumo sem risco ou de baixo risco nas mulheres e de maior expressividade do consumo de elevado risco ou dependência nos homens. O consumo abusivo ou dependente foi bastante mais elevado entre os homens (9,1%) que entre as mulheres (2,5%). Entre 2012 e 2016/17 verifica-se um aumento desta prevalência em ambos os géneros mas sobretudo nas mulheres.

O álcool é a substância psicoactiva com maior prevalência de consumo ao longo da vida em Portugal. Em 2016 foram registadas 2515 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool, o valor mais elevado dos últimos cinco anos. Em 2017, dos 977 óbitos positivos para o álcool e com informação sobre a causa de morte registados, 36% foram atribuídos a acidentes (incluídos os de viação), 33% a morte natural, 17% a suicídio e 5% a intoxicação alcoólica. Dos 170 mortos em acidente de viação, 80% eram condutores, 14% peões e 6% passageiros, sendo que este valor registado em 2017 foi o mais elevado nos últimos cinco anos.

Em 2017 houve 19 848 crimes por condução com TAS $\geq 1,2$ g/l, representando 38% do total de crimes contra a sociedade e 6% da criminalidade registada em 2017. E já em 2019 dados recentes da PSP (PSP, 2019) relativamente aos meses de Janeiro, Fevereiro e Março 1609 detenções foram efectuadas por condução sob o efeito de álcool, 73778 contra-ordenações detectadas de condução sob influência de álcool (<0.5 ; ≤ 1.19) e 2514 contra-ordenações detectadas de condução sob influencia de álcool (<0.20 ; ≥ 0.5).

Em 2017 foram registadas 302 sinalizações comunicadas às CPCJ e em processos instaurados em que crianças/jovens assumem ou são expostos a comportamentos relacionados com o consumo de bebidas que afetam o seu bem-estar e desenvolvimento, sendo os valores dos dois últimos anos os mais elevados do último quinquénio (SICAD, 2018).

A 31/12/2017 estavam em reclusão 233 indivíduos por crimes de condução em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas. 28% dos reclusos declararam estar sob o efeito de álcool quando cometeram o/os crime/s que motivaram a reclusão. Entre os crimes cometidos sob o efeito do álcool, destacaram-se o roubo, o furto e as ofensas à integridade física, seguindo-se-lhes os crimes de condução, homicídio e tráfico de drogas, sendo de um modo geral crimes mais violentos e com penas mais pesadas por comparação aos cometidos sob o efeito de drogas. Do total de ocorrências de violência doméstica participadas às Forças de Segurança, foi de 40,7% a proporção dos

casos com sinalização de problemas relacionados ao consumo de álcool por parte do denunciado (SICAD, 2018).

Ansiedade, Depressão e Stress

Um tema frequentemente abordado juntamente com o consumo de álcool são algumas psicopatologias como a ansiedade, a depressão e o *stress* (Bharati, Matcheswalla, Umate, & Jaiswal, 2017; Ferreira & Moutinho, 2013; Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007; Rezende, 2000; Schäfer, 2011; Varghese, 2017; Vicente, Nunes, Vinas, Freitas, & Saraiva, 2001; Wong, Chan, Cheng, Lo, Ma, & Wong, 2017). Estados afectivos negativos como a ansiedade e depressão são muitas vezes co-morbilidades com PLA (Palmisano & Pandey, 2017). Podemos então aproximar-nos a este tema de acordo com duas linhas: a função do álcool nos processos emocionais e a discussão interminável sobre o que surge primeiro, o quadro psicopatológico ou os consumos?

A *ansiedade* é um estado emocional orientado para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, em que o individuo se sente tenso e alarmado de forma desagradável. A experiência subjectiva é marcada por medo, insegurança e expectativa face ao perigo eminente, real ou percebido (Carvalho Teixeira, 2010; Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015). A ansiedade considerada normal tem uma função mobilizadora e adaptativa, face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica, tratando-se de uma resposta emocional natural, explicável em função do estímulo que a desencadeia. Quando patológica deixa de ter qualidades adaptativas, aparece sem relação com estímulos externos ou é desproporcional ao estímulo que a desencadeia, não sendo o nível de perigo real (Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015). A relação entre o consumo de álcool e ansiedade pode ser compreendida quando se percebe a função do consumo como mecanismo de *coping* e portanto, o consumo de álcool poderá ser feito para atenuar sintomas ansiosos. No entanto é muito comum, em dependentes que passam por desintoxicação, terem uma sintomatologia mais agravada inerente à síndrome de privação (Bharati, Matcheswalla, Umate, & Jaiswal, 2017).

Numa investigação (Bharati, Matcheswalla, Umate, & Jaiswal, 2017) realizada com participantes diagnosticados com síndrome de dependência alcoólica, os participantes apresentavam níveis moderados e altos de ansiedade, ficando por se compreender se os sintomas ansiosos se deviam à síndrome de privação ou se a ansiedade seria primária. Noutra

investigação (Wong, Chan, Cheng, Lo, Ma, & Wong, 2017), o grupo de participantes que se encontravam em tratamento para vários tipos de adições (álcool, jogo, etc.), comparativamente ao grupo de controlo, mantinham níveis significativamente elevados de traços de ansiedade, ainda, realçaram os autores, que a severidade da adicção encontra-se significativamente associada com a severidade dos problemas emocionais.

A ansiedade leve/moderada parece prevalecer sobre a ansiedade grave nos consumidores excessivos; enquanto a ansiedade grave parece prevalecer nos consumidores dependentes (Vicente, Nunes, Vinas, Freitas, & Saraiva, 2001). Investigadores apontam para este facto, que a ansiedade (e não só) frequentemente associada a pessoas com síndrome de dependência alcoólica seria uma consequência e não uma causa do transtorno (Vaillant, 1988 cit. por Gabbard, 2006). No entanto mantem-se controverso, pois estudos longitudinais sugerem que os factores de personalidade são relevantes na compreensão da vulnerabilidade ao alcoolismo (Gabbard, 2006).

A *depressão* é o conjunto de manifestações psicológicas e físicas caracterizadas pela tristeza subjacente (Carvalho Teixeira, 2010). As manifestações incluem humor deprimido, perturbações psicomotoras, auto-desvalorização, perturbações do sono e apetite. A tristeza normal é adequada aos acontecimentos vividos que a desencadeiam, não tendo repercussões a nível da eficiência cognitiva nem do funcionamento corporal: assume um carácter de reacção vivencial a acontecimentos de perda. Quando patológica pode ser reactiva sendo desproporcional ao estímulo que a desencadeou, com duração persistente e com invasão do funcionamento psicológico, ou mesmo sem relação com acontecimentos externos, dita endógena.

No quadro das várias indicações que podemos encontrar na literatura sobre as perturbações psíquicas subjacentes ao consumo de álcool a depressão assume um relevo particular (Afonso de Deus, 2002), especialmente por todos os significados que pode assumir. Podemos reflectir que alguém com depressão pode iniciar consumos de álcool, que podem ser de baixo risco ou agravar para um quadro mais dependente. Ou que alguém com consumos de baixo risco, de risco ou já com uma síndrome de dependência alcoólica desenvolva sintomas ou uma síndrome depressiva (Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi, Temple, & Fillmore, 1991).

Um estudo realizado por Hartka, et al. (1991) procurou compreender a relação entre o consumo de álcool e a depressão na população geral. O estudo é uma meta-análise com estudos longitudinais e conclui que o melhor preditor do consumo de álcool é o momento da

primeira medição e o mesmo para a depressão. A primeira medição do consumo (quantidade de álcool por ocasião) é preditora da última medição da depressão (mais forte para as mulheres). Ainda a curto prazo a depressão diminui com o consumo de álcool e a longo prazo a depressão tem um efeito positivo no consumo de álcool pelas mulheres, sendo que aumenta o consumo de álcool. De facto, é uma questão muito abordada, existindo uma co-morbidade, qual das patologias é primária. Por essa razão muitos estudos realizados incluem participantes com um consumo já nocivo ou dependente e portanto muito do que se conhece desta relação álcool-depressão aplica-se a consumos já excessivos. Sabe-se que 40% de consumidores dependentes vão experienciar depressão 1 ou 2 anos após síndrome de privação, “quando os alcoólicos ficam sóbrios e olham para trás para os destroços provocados pela sua existência como alcoólico normalmente se defrontam com uma boa dose de depressão” (Gabbard, 2006, p. 262)., que consumos excessivos aumentam ansiedade e disforia e que alterações no consumo provocam sintomas depressivos. No entanto importa tentar compreender se uma sintomatologia depressiva pode facilitar consumos que possam evoluir para uma dependência e se consumos, mesmo de baixo risco, poderão facilitar uma sintomatologia ou uma síndrome depressiva.

A dependência do álcool aumenta o risco de suicídio. Os comportamentos auto-destrutivos associados à dependência alcoólica facilitam a perspectiva dos consumos serem vistos como um para-suicídio e/ou suicídio indirecto já que de todos os suicídios 25% ocorrem em indivíduos alcoólicos, e a probabilidade de uma pessoa alcoólica se suicidar está entre 60 a 120 vezes mais do que uma pessoa que não apresenta doença psiquiátrica (Gabbard, 2006).

“Quando a depressão e o alcoolismo estão associados eles parecem ter um efeito sinérgico ou aditivo que resulta num nível desproporcionalmente alto de risco de suicídio agudo” (Gabbard, 2006, p. 262). Ainda, o álcool encontra-se associado a tentativas de suicídio mesmo em indivíduos não dependentes (Carvalho Teixeira, 2010) podendo traduzir um maior risco da relação álcool-depressão.

O *stress* pode ser entendido como um processo complexo gerado por uma resposta não específica de um individuo a um *stressor* interno ou externo. A resposta de *stress* produz alterações fisiológicas, cognitivas e comportamentais e depende da discrepância entre a forma como o individuo percepção o *stressor* e como percepção a sua capacidade para lidar com o mesmo.

Selye (Selye, 1951 cit. por Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015) descreveu a resposta orgânica aos stressores como Síndrome de Adaptação Geral, na qual se identificam três fases: o alerta, a resistência e a exaustão. A fase de alerta é a considerada a fase na qual o indivíduo ganha energia devido à produção de adrenalina, assegurando a sobrevivência. Na fase de resistência, o indivíduo tenta lidar automaticamente com os stressores de forma a manter a homeostasia. A última fase, de exaustão, ocorre quando os fatores de stresse persistem em frequência e intensidade, existindo uma quebra da resistência. É na fase de exaustão que surgem frequentemente perturbações físicas e psicológicas. Desta forma, pode-se afirmar que, em níveis moderados, o stresse capacita o indivíduo para lidar com situações de mudança e adversas; proporciona uma melhor percepção dessas situações e das suas consequências; permite um processamento mais rápido da informação e capacidade de resolução de problemas; e, aumenta a motivação, energia e produtividade. Em contrapartida, o *stress*, quando em níveis elevados, tem consequências sérias no bem-estar dos indivíduos resultando, com frequência, em cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, crises de ansiedade e de humor, e doenças físicas devido à diminuição do funcionamento imunitário (Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015).

Os que fazem um consumo de álcool num contexto social negativo para reduzir ansiedade e *stress* podem mais tarde integrar os critérios do DSM-V de Perturbação de consumo de álcool (Palmisano & Pandey, 2017), e em casos mais extremos, a exposição moderada ou severa a stressores psicossociais poderá aumentar a probabilidade de desenvolvimento de um padrão de consumo desadequado ou de recaída, especialmente nos consumos onde o álcool assume uma função de mecanismo de *coping* (Newman, Leonard, Arena, Almeida, & Miczek, 2018). Existem vários estudos que evidenciam a exposição e respostas ao *stress* como preditores do consumo de álcool que sugerem que indivíduos dependentes de álcool provavelmente lidam com estados afectivos negativos através do consumo (Newman, Leonard, Arena, Almeida, & Miczek, 2018).

Os problemas ligados ao álcool são mais diagnosticados em homens do que em mulheres possivelmente devido às diferenças de género na resposta ao *stress* ou diferenças nos mecanismos para lidar com eventos da vida stressantes. No entanto esta diferença tem vindo a diminuir, particularmente com os PLA associados com o *stress*, com estudos que mostram que as mulheres têm um maior risco de desenvolverem PLA após experienciarem repetidamente *stressores* moderados ou severos e que as mulheres têm maior probabilidade de recaírem num consumo nocivo em resposta a conflitos interpessoais ou estados emocionais

desagradáveis (Newman, Leonard, Arena, Almeida, & Miczek, 2018). No entanto, a literatura é consistente e factores de *stress* experienciados na população geral estão associados com um aumento de risco de consumo de álcool e com PLA (para revisão ler Keyes, Hatzenbuehler, & Hasin, 2011).

Teste de Associação Implícita

O que é o IAT

O Teste de Associação Implícita é um teste originalmente computadorizado, criado em 1998 por Greenwald, McGhee & Schwartz, utilizado para estudar a força das relações associativas entre conceitos e representações cognitivas. Tem sido utilizado como medida implícita para aceder aos mais variados constructos tais como atitudes, crenças ou estereótipos, em diversos contextos de investigação (clínica, organizacional, política) para além da cognição social (Oliveira & Miranda, 2012). O IAT assenta na assunção de que é mais fácil dar uma resposta comportamental (pressionar uma tecla) quando esta reflecte dois conceitos associados entre si, do que quando os mesmos exigem respostas diferentes. O efeito do IAT observa-se quando se comparam os tempos de reacção (TR) dos dois pares de conceitos, sendo os tempos de reacção mais rápidos para uma determinada combinação do que para outra (Oliveira & Miranda, 2012).

Fundamentos teóricos

O IAT foi originalmente construído por Greenwald, McGhee, & Schwartz (1998) “*este conjunto de experimentos de pensamentos dão lugar um modelo para um método, o teste de associação implícita, que é potencialmente útil para diagnosticar vastas estruturas associativas socialmente significativas*”. De facto esta tarefa surge à luz da Cognição Implícita Social que combina métodos e conceitos sociais e de memória implícita “*(...) This article’s strategy is to identify parallels of method and findings between the domains of social cognition and implicit memory (...) the methods of research on implicit memory, in particular, are applicable to the implicit attitude, self-esteem, and stereotype phenomena (...)*” (Greenwald & Banaji, 1995, pp. 6, 20). As atitudes implícitas são descritas como acções ou julgamentos que são controladas por activação de uma avaliação automática, sem consciência dessa causalidade. Ou como Greenwald e Banaji (1995, p.8) definiram “*traços introspectivamente não identificados (ou identificados de forma imprecisa) de experiências*

passadas que medeiam sentimentos, pensamentos ou acções favoráveis ou não favoráveis face a objectos sociais”.

Uma possível propriedade do IAT, sendo o que o destaca dos métodos explícitos, é que poderá resistir a estratégias pessoais para “esconder” resultados. Ou seja, o método de associação implícita poderá revelar atitudes ou outras associações automáticas, mesmo para sujeitos que preferem não expressarem essas atitudes (Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). Estudos da TCI sugerem dois componentes da cognição: um componente implícito da cognição, que representa o efeito de associações na memória espontaneamente solicitadas por circunstâncias motivacionais e/ou situacionais; e o segundo, um componente explícito da cognição que representa cognições receptivas a introspecção e processos de tomada de decisão (Wiers, et al., 2002).

De facto este teste relaciona-se com dois significados: o facto de ser uma medida implícita e indirecta, escapando portanto ao controlo directo e explícito de quem o completa, e implícita no sentido de aceder a associações que, estando fora da consciência, se revelam automáticas. As cognições implícitas e explícitas diferenciam-se pois as últimas são recordações deliberadas, crenças, considerações e outras introspecções enquanto as cognições implícitas influenciam a memória e o comportamento sem evocação explícita e introspecção (Wiers, et al., 2002).

De acordo com Hoffman, Gawronski, Gschwendner, Le, & Schmitt (2005) existem cinco razões para a variabilidade correlacional entre as medidas explícitas e implícitas:

- 1) As medidas implícitas controlam o efeito de desejabilidade social e assim as correlações são altas se os tópicos forem comuns (por exemplo, nas pesquisas de consumidores) e baixas quando os tópicos são socialmente sensíveis (por exemplo, estereótipos e preconceitos);
- 2) As representações implícitas podem diferenciar-se se estiverem acessíveis para introspecção, neste caso as correlações serão elevadas se participantes passarem muito tempo em introspecção nas medidas directas;
- 3) A terceira razão é quando se defende as medidas como representações independentes que diferem relativamente ao esforço cognitivo necessário para recuperar da memória. Portanto medidas implícitas reflectem representações antigas que são activadas automaticamente na presença de um estímulo relevante; e as medidas explícitas

- reflectem as mesmas representações antigas apenas quando falham a motivação ou capacidade cognitiva para recuperar representações adquiridas mais recentemente;
- 4) Factores metodologicos contribuem também para a relação entre as duas medidas, sendo que as correlações apresentam-se baixas quando a medida explicita está apenas indirectamente relacionada com a representação acedida implicitamente e as correlações são elevadas quando a medida explicita se relaciona directamente com a medida implicita;
 - 5) Por último, os constructos medidos pelas medidas explicita e implicita podem ser completamente independentes. Por outro lado, autores como Nosek (2007) realçam simplesmente que correlações positivas indicam que participantes que explicitamente preferem “A” a “B” tendem a demonstrar a mesma preferência implicitamente e que correlações negativas geralmente acontecem quando a amostra é reduzida.

Neste sentido, e para o presente estudo, é pertinente recorrer-se aos conceitos de memória que sustém esta tarefa. E percebermos como se relaciona também com conceitos de psicologia social, que sustém este estudo.

A premissa na qual o IAT se baseia são os pressupostos do Princípio da Dispersão da Activação (Oliveira & Miranda, 2012). Ora, o Modelo de Dispersão da Activação foi proposto inicialmente por Collins e Loftus (1975) (Neath & Surprenant, 2003; Baddeley, Eysenck, & Anderson, 2009) e assume que a memória semântica está organizada de acordo com a relacionabilidade ou distanciamento semântico. Ou seja, uma arquitectura da memória onde o conhecimento é representado sob a forma de nódulos associados entre si através de ligações numa rede semântica. Segundo o Princípio da Dispersão da Activação, a activação de elementos de informação (ou fontes de activação) na memória de trabalho, dispersa-se através das ligações entre os nódulos da rede até à memória de longo-prazo. Os níveis de activação na rede reflectem o grau de associação entre as representações existentes e as fontes de activação, variando a velocidade de processamento da informação em função do nível de activação. Deste modo, o estímulo “traça” agirá como fonte de activação e irá facilitar de forma mais rápida a activação da de “insectos” do que a de “flores”, o que poderá explicar a maior rapidez de categorização do estímulo na categoria no IAT (Oliveira & Miranda, 2012). Resumidamente, de acordo com este modelo, sempre que uma pessoa vê, ouve ou pensa sobre um conceito, o nódulo apropriado na memoria é activado.

A memória implícita é frequentemente definida como memória sem consciência. Sendo que a maior parte das investigações se focam na memória explícita, a maior diferença entre estes dois conceitos é que na altura de completarem uma tarefa, os participantes não estão conscientes de que a tarefa a realizarem se encontra relacionada com um determinado tema de estudo. E este é um princípio análogo ao da tarefa IAT *“Indirect measures are identifiable chiefly (...) by their not alerting the subject to the identity of the object of the attitude being measured.”* (Greenwald & Banaji, 1995, p. 8). Esta diferença volta a realçar o que já foi dito, e que é de facto um tema passível de confusão, que são os diferentes significados que “implícito” pode assumir no domínio da memória. No entanto, este conceito não é recente e já Ebbinghaus (1885, p.2; cit. por Neath & Surprenant, 2003) afirmava que experiências passadas podem ser retidas sem consciência. E foi exactamente com esses dois sentidos que os criadores do teste de associação implícita adoptaram o termo “implícito” *“(...) We borrow the term implicit from recent research on memory in which that term describes effects attributed to unreportable residues of prior experiences”* (Banaji & Greenwald, 1994, p. 55). Portanto que pode existir uma aprendizagem implícita, ou seja, *“the process by which knowledge about the rule-governed complexities of the stimulus environment is acquired independently of conscious attempts to do so”* (Reber, 1989, p.219 cit. por Neath & Surprenant, 2003). Está claro que estruturas e padrões de informação altamente complexos podem ser aprendidos muitas vezes sem consciência do indivíduo, ou, arrisca-se a dizer, de forma involuntária (Neath & Surprenant, 2003, p. 144).

Assinala-se aqui a aproximação entre os conceitos de aprendizagem implícita e aprendizagem social, sendo que de acordo com a primeira podemos aprender sem estarmos conscientes disso e de acordo com a segunda podemos aprender por observação e portanto, sem estarmos conscientes que estamos a apreender crenças, valores e comportamentos. Estes dois conceitos vão revelar o fundamento desta investigação.

Aplicações do Teste de Associação Implícita no contexto de “álcool”

A aplicação do Teste de Associação Implícita como medida implícita cresceu significativamente na literatura não só em cognição social implícita mas como também noutros contextos de investigação (Oliveira & Miranda, 2012) (para uma revisão ver Lane, Banaji, Nosek, & Greenwald, 2007), mas especialmente utilizado na literatura de “atitudes” para fornecer um método de avaliação de associações avaliativas não-conscientes ou automáticas (Palfai & Ostafin, 2003).

A Teoria da Cognição Implícita (TCI) é uma alternativa para a compreensão da motivação do consumo do álcool e outras substâncias. Esta abordagem defende que o padrão de activação de conceitos na memória influencia o comportamento propriamente dito. De acordo com a TCI associações na memória são estabelecidas e fortalecidas através de experiências repetitivas com o álcool e outras substâncias. Fortes associações na memória entre um comportamento e o resultado (desse comportamento) ou entre um comportamento e o estímulo são associações altamente motivacionais no consumo de álcool (por exemplo, beber uma cerveja e sentir-se relaxado, ver um amigo e beber), i.e., os pensamentos sobre o consumo são automaticamente activados através de experiências repetidas com álcool e estímulos específicos (Wiers, et al., 2002).

O conceito de uma estrutura de rede de informação é utilizado para caracterizar as representações de memória que estão subjacentes aos estados motivacionais do consumo de álcool. Esta perspectiva conceptualiza que as redes cognitivo-motivacionais contêm informações sobre estímulos relacionados com as substâncias, reforço de expectativas e formas de respostas, e é a activação destas redes que vai mediar a utilização de substâncias, sendo que padrões de consumo desadaptativos podem ser entendidos como informações relacionadas à substância, mais extensas, mais bem integradas e portanto mais prováveis de serem ativadas em resposta a estímulos, podendo dominar outros sistemas de resposta (para revisão ler Palfai & Ostafin, 2003).

Existem várias investigações que utilizam o Teste de Associação Implícita no contexto de consumo de álcool (Houben & Wiers, 2009; Kilwein, Bernhardt, Stryker, & Lobby, 2017; Palfai & Ostafin, 2003; Wiers, et al., 2016; Wiers, Woerden, Smulders, & Jong, 2002). Sendo que algumas (Palfai & Ostafin, 2003) demonstram que a existência de níveis de consumo elevados de álcool estão relacionados com associação entre álcool e afectos positivos sugerindo que estas associações são formadas através de experiências e conseqüentemente activadas automaticamente sempre que exista uma exposição a estímulos relacionados com álcool estimulando um consumo de álcool nocivo/abusivo via activação automática de esquemas comportamentais (Strack e Deutsch, 2004 cit. por Houben & Wiers, 2009). Outras (Wiers, et al., 2016) revelam que os pacientes dependentes de álcool tiveram associações mais fortes entre palavras relacionadas com álcool e palavras de “aproximação” comparativamente com palavras de evitamento, quando comparados com o grupo de controlo saudável. E que a força da associação “álcool-aproximação” era positivamente associada com a história dos

consumos ao longo da vida, sugerindo que estas associações estão directamente associadas com o comportamento de consumo.

Estes resultados permitiram aos autores considerar que o IAT pode avaliar as representações de memória que são particularmente importantes para determinar as respostas a estímulos relacionados ao álcool (por exemplo o desejo de beber e decisões sobre o quanto consumir), o que pode ser um contributo de grande valor para a compreensão das contribuições distintas dos processos implícitos e explícitos no comportamento do consumo de álcool e de outras substâncias (Tiffany, 1990 cit. por Palfai & Ostafin, 2003). Como tal, esta medida pode ser útil para identificar os que correm o risco de desenvolver padrões de consumo nocivos, reforçando ainda, a vantagem deste método para avaliar essas vulnerabilidades, uma vez que é menos susceptível a enviesamentos ou efeitos de desejabilidade social (Greenwald et al., 1998; Lane, Banaji, Nosek, & Greenwald, 2007; Souchon, Maio, Hanel, & Bardin, 2017; Wiers, Woerden, Smulders, & Jong, 2002).

Conceitos-alvo: álcool e família

Compreende-se que o Teste de Associação Implícita já teve aplicações no contexto de consumo de álcool e que essas investigações contribuem para a avaliação de elementos críticos das redes motivacionais relacionadas ao consumo de álcool e portanto de processos implícitos que para o mesmo podem contribuir. Ora, na literatura encontram-se várias investigações que sustentam uma ligação entre os consumos de álcool e a família. Por todos os domínios, genético, clínico e sistémico, a família mantém um papel importante na origem e manutenção dos consumos (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Ferreira & Moutinho, 2013; Jorge, Lopes, Sampaio, Veríssimo de Souza, Joseno da Silva, & Alves, 2007; Paz & Colossi, 2013; Schäfer, 2011; Rezende, 2000; Schenker & Minayo, 2004; Varghese, 2017). Sendo que um dos modelos de expectativas de álcool na memória é o de uma rede associativa de nódulos conceptuais interconectados, na qual no centro se encontra “álcool” rodeado por vários nódulos que representam informações relacionadas com o mesmo, com base na Teoria de Dispersão de Activação, espera-se que esta rede seja primada ou facilitada ao activar-se apenas um nódulo (Wiers, et al., 2002). Isto significa a possibilidade de existência de uma associação álcool-família.

No entanto, abordagens sobre o consumo de álcool orientadas por processos mnésicos suscitam várias questões importantes (Wiers, et al., 2002), entre elas, quais são as condições de aprendizagem que resultam na memória relacionada com o álcool? “(...) *Most symposium*

speakers assumed that alcohol-related cognitions are learned through experience with associative contingencies (Ames, Noll, Sayette, Zack) This is a useful heuristic assumption building on learning theory, social learning theory, and cognition (...)” (Wiers, et al., 2002, p. 135). *Fundamentos teóricos*

Algumas investigações como as de Cooper, Russel, Skinner, Frone, & Mudar (1992) e Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik (2015) baseiam-se na Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (1971) sugerindo que os adolescentes estão expostos a mensagens de vários contextos sociais relativamente à aceitação e desejabilidade do consumo de álcool e colocam hipóteses relativamente aos factores de risco do consumo de álcool nos contextos família, amigos e colegas. De acordo com esta teoria (Bandura, 1971) os indivíduos aprendem ao observarem os seus modelos (pais, amigos, colegas, professores, média) vários comportamentos e as suas consequências. Ao observarem os seus modelos, desenvolvem representações cognitivas que podem ser evocadas quando tomam decisões à cerca do seu próprio comportamento. Por exemplo, em contextos sociais, onde os modelos demonstram que o consumo de álcool é frequente, normativo e socialmente desejável é mais provável que os adolescentes desenvolvam representações cognitivas mais favoráveis face ao consumo de álcool (Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015).

Outras investigações (Gilligan & Kypri, 2012; Kam, Basinger, & Abendschein, 2015; Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015) combinam a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura com outras teorias como: teoria da socialização primária, o modelo de desenvolvimento social e teorias de normas sociais.

- *A Teoria da Socialização Primária* (Oetting e Donnermeyer, 1998) identifica os pais, colegas e escolas como fontes de influências negativas ou positivas nos adolescentes ao insinuar determinadas crenças sobre o álcool e outras substâncias (Kam, Basinger, & Abendschein, 2015).

- *O Modelo de Desenvolvimento Social* é um modelo utilizado para compreender as influências do funcionamento da família nos comportamentos das crianças. O MDS hipotetiza que o comportamento social é aprendido através de interações com outros resultando na formação de *attachment* (apego, vinculação) que poderá ter um efeito duradouro no comportamento através do desenvolvimento de aptidões, normas e valores (Moore, Rothwell, & Segrott, 2010).

- *As teorias de normas sociais*, como a teoria da conduta normativa, abordam a modelagem comportamental de acordo com duas normas sociais: descritiva e subjectiva, com o objectivo de perceberem porque é que alguns indivíduos se afastam ou se envolvem em determinados comportamentos, estas normas conduzem então à intenção de se envolver num comportamento e ao comportamento, propriamente dito (Cialdini et al., 1990 cit. por Kam, Basinger, & Abendschein, 2015). A teoria postula que quando indivíduos têm normas subjectivas (crença que os outros importantes pensam que eles deviam envolver-se num comportamento) e normas descritivas (crença que outros envolvem-se em determinado comportamento) têm maior probabilidade de desenvolver intenções de levar a cabo esse comportamento, e por sua vez, envolver-se no comportamento propriamente dito (Kam, Basinger, & Abendschein, 2015; Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015)

Contextualizando as teorias sociais com o consumo de álcool, sabemos que as crianças são expostas e aprendem sobre o álcool desde uma idade precoce, através dos seus pais e famílias, a comunidade mais alargada e a comunicação social. As crianças reconhecem bebidas alcoólicas e desenvolvem atitudes face ao álcool desde a pré-escola (Noll, Zucker & Greenberg, 1990, cit. por Gilligan & Kypri, 2012). Ainda que exista uma alteração na vinculação emocional durante a adolescência existe suporte da literatura sobre a influência contínua dos pais no desenvolvimento social desde a adolescência até adultícia (Gilligan & Kypri, 2012).

As relações e interações familiares influenciam fortemente o comportamento das crianças como também o início dos seus consumo de álcool (Moore, Rothwell, & Segrott, 2010). Se os adolescentes têm normas injuntivas pro-álcool (percepcionam que os pais iriam aprovar o consumo) e normas descritivas (percepcionam que outros estudantes na escola consomem álcool), então eles tem maior probabilidade de desenvolver intenções de beber álcool e, portanto de consumir bebidas alcoólicas (Kam, Basinger, & Abendschein, 2015). Entende-se que as normas sociais parentais relativamente ao consumo de álcool podem assumir uma variedade de formas: desde a modelagem a conversas explícitas sobre a aprovação ou desaprovação do consumo de álcool (Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015). Sendo que as investigações sugerem que a comunicação pais-filhos sobre o álcool pode desencorajar o seu consumo (Gilligan & Kypri, 2012; Kam, Basinger, & Abendschein, 2015).

Associação álcool-família: como?

Pretendo destacar cinco formas como a família pode contribuir para que a associação álcool-família seja activada. À luz das teorias revistas, a teoria da dispersão de activação, da memória implícita e aprendizagem social, entende-se que existem processamentos e aprendizagens involuntárias que podem contribuir para a manutenção de determinadas crenças e comportamentos, como o consumo de álcool.

- *A história familiar de alcoolismo*: A relação entre a história familiar de alcoolismo e um consumo posterior é altamente abordada na literatura (Chartier, Thomas, & Kendler, 2016; Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1996; Rossow, Felix, & McCambridge, 2016; Kendler, Ji, Edwards, Ohlsson, Sundquist, & Sundquist, 2015). E associação entre a mesma e o consumo desadaptativo de álcool por adolescentes é estabelecida (Moore, Rothwell, & Segrott, 2010). No entanto, num estudo qualitativo, os autores demonstram que vários participantes citaram o alcoolismo dos seus pais ou avós como o que influenciou um próprio consumo abstinente ou de baixo risco (Gilligan & Kypri, 2012) e que um consumo nocivo pelos cônjugues teve um impacto diferente nos seus filhos influenciando ou um afastamento ou uma aproximação ao álcool. Compreende-se que a presença de alcoolismo na família possa ter impacto no consumo de álcool e teoricamente que essa presença active uma associação álcool-família, i.e., quando se pensa em álcool pensa-se em família.

- *Celebrações*: Um motivo muitas vezes expressado por indivíduos para o consumo de álcool é um motivo social, o que significa beber para conviver, para celebrar ocasiões sociais e passar bons momentos com outros (Abbey, Smith, & Scott, 1993). Este motivo social de facto prende-se com celebrações que se iniciam na família e com a família: aniversários, baptizados, casamentos, jantares e almoços que costumam contar com a presença de álcool, e portanto não é surpreendente que os primeiros consumos ocorram em encontros familiares (Warner & White, 2016 cit. por. Gilligan & Kypri, 2012). Compreende-se então que o facto de o álcool ser uma presença em celebrações e que estas sejam realizadas em família, a frequência com que alguém presencia tais encontros poderá ser facilitadora de uma associação álcool-família.

- *Consumo percebido*: O consumo de álcool percebido nas famílias, desde abstinência à dependência, pode ser apreendido e ter impacto nos próprios consumos.

O consumo de álcool está associado ao consumo dos pais e de outros membros da família, e é um factor de risco ter um membro familiar que consuma bebidas alcoólicas de forma desadaptativa, entre eles irmãos mais velhos (Gilligan & Kypri, 2012; Moore, Rothwell, &

Segrott, 2010). No entanto é a modelagem do consumo dos pais que se encontra mais associado à iniciação dos consumos e posteriormente ao aumento destes. É no entanto importante realçar que a percepção dos consumos prende-se com frequência e quantidade, diferenciando imediatamente o que é observado, por exemplo, num estudo o padrão de consumo normativo da maior parte dos pais era uma ou duas bebidas após o trabalho ou em encontros familiares, sendo que os pais afirmavam um consumo frequente (Gilligan & Kypri, 2012). Compreende-se então que o consumo que é percebido, i.e., a relação que se observa entre os familiares e o álcool, seja facilitador de uma activação de uma associação álcool-família.

- *Tipo de consumo percebido*: O tipo de consumo que é percebido pode facilitar a evocação álcool-família, sendo que se podem distinguir três tipos de consumo: consumo recreativo, de auto-medicação e toxicómano. Recorro a esta tipologia proposta por Braconnier & Marcelli (2000) para caracterizar o tipo de consumo de álcool e outras substâncias nos adolescentes, no entanto acredito que se possa aplicar também ao consumo dos adultos na medida em que representa a função que o álcool pode assumir nas suas vidas, não traduzindo a gravidade do consumo. O consumo recreativo é aquele associado aos motivos sociais como camaradagem e modelagem, maioritariamente com o objectivo de atingir um dos efeitos do álcool como a desinibição para socialização. O consumo de auto-medicação, já foi recentemente referenciado, é um consumo virado para a procura da substância para alívio do sofrimento, portanto, um consumo de álcool como mecanismo de coping, para escapar, evitar ou regular emoções desagradáveis, como o *stress* (Abbey, Smith, & Scott, 1993; Paz & Colossi, 2013) e o consumo toxicómano, um consumo cujo objectivo é a intoxicação, na procura de um efeito anestésico, comatoso. Entende-se que os momentos em que os familiares recorrem a bebidas alcoólicas possam ter um impacto diferente sobre como os consumos são percebidos e integrados na memória. Ou seja, de acordo com o que já foi revisto, poderá não ser apenas o “como” consomem mas o “quando” consomem que pode facilitar a associação álcool-família. Recorrendo às entrevistas realizadas pelos autores Gilligan & Kypri (2012) percebe-se que a tal associação álcool-família poderá ser activada pelas associações que os pais fazem entre beberem uma bebida alcoólica e, por exemplo, o alívio de stress: “*Eu apenas digo-lhes que a mãe teve um dia stressante e precisa de um copo de vinho*”, “*Eu brinco que preciso de um copo de vinho para lidar com eles*” (p. 6).

- *Consumo de álcool incentivado por conflitos familiares/stress*: Já foi aqui abordada a relação entre o consumo de álcool e o *stress*. E sabemos que a literatura enfatiza o impacto

que o *stress* familiar tem nos consumos de álcool dos adolescentes (Cardenal & Adell, 2000). Portanto, sabendo que os conflitos familiares poderão ser fonte de stress, poderemos reflectir que tal associação álcool-família possa ser evocada através do papel que o stress poderá assumir nos consumos do próprio. Especialmente se este tipo de comportamento tiver sido observado e reforçado na própria família, como foi referido no ponto anterior.

- *Atitudes dos familiares*: Ainda que as atitudes possam englobar o que já foi referido, podem ainda ser destacadas outras de maneira diferente. Consideramos aqui as atitudes, as normas e a comunicação verbal e não-verbal tais como, familiares a comprarem álcool, o consumo propriamente dito, guardar álcool em casa, permissão para consumir em casa, introduzir o consumo, providenciar álcool, permissão para consumir em celebrações, etc.

A literatura sugere que a percepção que se tem dos familiares a envolverem-se ou afastarem-se do consumo de álcool ou outras substâncias pode implicitamente transmitir crenças sobre o consumo de álcool (Miller-Day & Dodd, 2004 cit. por Kam, Basinger, & Abendschein, 2015) descobriram que alguns adolescentes aprenderam a evitar o álcool e o tabaco porque viram que os pais não bebiam nem fumavam. Estudos encontram uma relação entre o consumo de álcool e atitudes parentais mais liberais, que atitudes mais liberais face ao consumo de álcool aumentam o risco de atitudes, crenças e comportamentos relativamente a um consumo mais desadequado (Moore, Rothwell, & Segrott, 2010), que a comunicação dos pais sobre o próprio consumo é preditor do trajecto do consumo dos adolescentes, inclusive que os maiores níveis de consumo dos pais na adolescência relaciona-se com o aumento do consumo dos adolescentes ao longo do tempo (Duncan et al., 2011 cit. por Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015).

Outros estudos sobre as normas sociais parentais perguntaram ao mais novos o grau com que os pais iriam aprovar ou desaprovar o consumo de álcool. Estas percepções sobre as atitudes dos pais face ao consumo estão associadas à abstinência e à frequência do consumo nos que se envolvem neste comportamento (Mrug & McCay, 2012; Wood, Read, Mitchell, & Brand, 2004). (Lynch, Coley, Sims, McPherran, & Mahalik, 2015). A modelagem revela-se então de extrema importância já que se relaciona directamente com as atitudes dos membros familiares face ao álcool e como essas atitudes são percebidas pelos mais novos. Alguns pais modelam conscientemente a aproximação ao álcool e ao nível de consumo “*Nós tentamos mesmo não beber ao pé das crianças (...)*” (Gilligan & Kypri, 2012, p. 6) e outros referem pedir ao adolescente mais velho para os ir buscar de carro quando bebem. Ainda, vários pais,

no estudo de Gilligan & Kypri (2012) reportaram consistentemente as experiências com as suas próprias famílias como uma forte influência nos seus comportamentos e atitudes face ao álcool. Compreende-se portanto que a existência de mais atitudes e normas pro-álcool possam activar a associação álcool-família.

REFERÊNCIAS

Abbey, A., Smith, M., & Scott, R. (1993). The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: an interactional approach. *Addict. Behav* , 659-670.

Afonso de Deus, A. (2002). *O alcoolismo: uma forma de desistência da vida*. Lisboa: ISPA.

Ary, D., Tildesley, E., Hops, H., & Andrews, J. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *The International Journal of the Addictions* , 853-880.

Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *Audit. The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care* , 2ª. Geneva, Suíça: World Health Organization.

Banaji, M., & Greenwald, A. (1994). Implicit stereotyping and prejudice. *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium* , 7, 55-76.

Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. Nova Iorque: General Learning Press.

Bharati, A., Matcheswalla, Y., Umate, M., & Jaiswal, S. (2017). Mechanism of coping in patients of alcohol dependence and its correlation with anxiety, depressive symptoms. *International Journal of Advances in Medicine* , 508-513.

Cardenal, C., & Adell, M. (2000). Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *Journal of Adolescent Health* , 425-433.

Carvalho Teixeira, J. (2010). *Introdução à psicopatologia geral* (2ª Edição ed.). Lisboa: ISPA.

Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. São Paulo: Artmed.

Gilligan, C., & Kypri, K. (2012). Parent attitudes, family dynamics and adolescent drinking: qualitative study of the Australian parenting guidelines for adolescent alcohol use. *BMC Public Health* , 1-11.

Greenwald, A., & Banaji, M. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review* , 4-27.

Greenwald, A., McGhee, D., & Schwartz, J. (1998). Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology* , 74 (6), 1464-1480.

Hartka, E., Johnstone, B., Leino, V., Motoyoshi, M., Temple, M., & Fillmore, K. (1991). The collaborative alcohol-related longitudinal project: a meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. *British Journal of Addiction* , 1283-1298.

Hoffman, W., Gawronski, B., Gschwendner, T., Le, H., & Schmitt, M. (2005). A meta-analysis on the correlation between the implicit association test and explicit self-report measures. *Society for Personality and Social Psychology* , 1369-1385.

Jorge, M., Lopes, C., Sampaio, C., Veríssimo de Souza, L., Joseno da Silva, M., & Alves, M. (2007). Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à luz de Pimentel. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* , 34-43.

Kam, J., Basinger, E., & Abendschein, B. (2015). Do adolescent perceptions of parents' alcohol consumption undermine or enhance what parents say about alcohol? The interaction between verbal and nonverbal messages. *Communication Research* , 1-29.

Kendler, K., Ji, J., Edwards, A., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). An extended swedish national adoption study of alcohol use disorder. *Swedish Adoption Study of Alcohol Use Disorder* , 211-218.

Keyes, K., Hatzenbuechler, M., & Hasin, D. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology* , 1-17.

Lynch, A., Coley, R., Sims, J., McPherran, L., & Mahalik, J. (2015). Direct and interactive effects of parent, friend and schoolmate drinking on alcohol use trajectories. *Psychology and Health* , 1183-1205.

- Moore, G., Rothwell, H., & Segrott, J. (2010). An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* , 1-14.
- Neath, I., & Surprenant, A. (2003). *Human memory: An introduction to research, data, and theory*. Pensilvania: Thomson/Wadsworth.
- Newman, E., Leonard, M., Arena, D., Almeida, R., & Miczek, K. (2018). Social defeat stress and escalation of cocaine and alcohol consumption: focus on CRF. *Neurobiology of Stress* , 151-165.
- Nunes de Miranda, F., Simpson, C., Medeiros de Azevedo, D., & Costa, S. (2006). O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem* , 222-232.
- Oliveira, M., & Miranda, M. (2012). Paradigma: Teste de Associação Implícita. *Laboratório de Psicologia* , 10 (2), 235-249.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (Março de 2016). Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool .
- Palfai, T., & Ostafin, B. (2003). Alcohol-related motivational tendencies in hazardous drinkers: assessing implicit response tendencies using the modified-IAT. *Behaviour Research and Therapy* , 1149-1162.
- Palmisano, M., & Pandey, S. (2017). Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders. *Alcohol* , doi:10.1016/j.alcohol.2017.01.001, 1-47.
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças* , 16 (2), 148-163.
- Precioso, J., Correia, C., Sousa, I., & Samorinha, C. (2015). Evolução do consumo de álcool em adolescentes portugueses escolarizados: beber álcool ainda estará na moda? *Interacções* , 802-814.
- PSP. (2019). *Actividade Operacional de Trânsito - Ano 2019*. Obtido em 5 de Abril de 2019, de Polícia de Segurança Pública: http://www.psp.pt/Pages/Transito/Transito_2019.aspx

Schäfer, G. (2011). Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand* , 1-17.

Schenker, M., & Minayo, M. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública* , 20 (3), 649-659.

SICAD. (2018). *Relatório Anual 2017: a situação do país em matéria de álcool*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Varghese, J. (2017). Effect of family focused intervention on perceived stress, quality of life and relapse rate of clients with alcohol dependence syndrome. *International Journal of Nursing Education* , 9 (1), 91-96.

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

Wiers, C., Gladwin, T., Ludwig, V., Gröpper, S., Stuke, H., Gawron, C., et al. (2016). Comparing Three Cognitive Biases for Alcohol Cues in Alcohol Dependence. *Alcohol and Alcoholism* , 1-7.

Wiers, R., Stacy, A., Ames, S., Noll, J., Sayette, M., Zack, M., et al. (2002). Implicit and explicit alcohol-related cognitions. *Alcoholism: Clinical and Experimental research* , 129-137.

Wong, M., Chan, E., Cheng, G., Lo, C., Ma, E., & Wong, R. (Janeiro de 2017). Multiple Expressions of Addiction: psychosocial correlates and clinical trajectories of treatment seekers . Estados Unidos.

ANEXO C

Questionários

1. IAT – Teste de Associação implícita entre Álcool e Família

Aprendizagem 1

Bebidas com Álcool		Bebidas sem Álcool
<input type="radio"/>	rum	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	whisky	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Sumo	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	chá	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Sangria	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Groselha	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	martini	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Cerveja	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Coca-cola	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	sumol	<input type="radio"/>

Aprendizagem 2

Não Familiar		Familiar
<input type="radio"/>	Sobrinho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Senhora	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	trabalhador	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Prima	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	cliente	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Tio	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	irmã	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	colega	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	senhor	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Pai	<input type="radio"/>

Aprendizagem 3

Bebidas sem Álcool		Bebidas com Álcool
<input type="radio"/>	Limonada	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	aguardente	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	fanta	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	leite	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	licor	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bagaço	<input type="radio"/>

<input type="radio"/>	Ice-tea	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	batido	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	laranjada	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	gin	<input type="radio"/>

Aprendizagem 4

Familiar		Não Familiar
<input type="radio"/>	colaborador	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Primo	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Avó	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	tia	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	rapariga	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Assistente	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Sobrinha	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	irmão	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	estranho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	homem	<input type="radio"/>

Teste 1

Bebidas com Álcool Não Familiar		Bebidas sem Álcool Familiar
<input type="radio"/>	Vinho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	avó	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Ice-tea	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Vizinho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	bagaçõ	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Tia	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Whisky	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	fanta	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Estranho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	irmão	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	rum	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	colega	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	laranjada	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Pai	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Sumo	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Presidente	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	licor	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	primo	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Rapariga	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	tio	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	homem	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	chá	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Aguardente	<input type="radio"/>

○	Limonada	○
---	----------	---

Teste 2

Bebidas com Álcool Familiar		Bebidas sem Álcool Não Familiar
○	leite	○
○	colaborador	○
○	Cerveja	○
○	sobrinho	○
○	Coca-cola	○
○	Senhora	○
○	groselha	○
○	Gin	○
○	Avô	○
○	Senhor	○
○	Água	○
○	Prima	○
○	Tequila	○
○	trabalhador	○
○	Martini	○
○	mãe	○
○	Batido	○
○	assistente	○
○	sobrinha	○
○	Cliente	○
○	Sangria	○
○	Sumol	○
○	vodka	○
○	irmã	○

Teste 3

Bebidas sem Álcool Familiar		Bebidas com Álcool Não Familiar
○	laranjada	○
○	pai	○
○	Sumo	○
○	presidente	○
○	Licor	○
○	primo	○
○	Rapariga	○
○	Tio	○
○	homem	○
○	chá	○
○	aguardente	○

<input type="radio"/>	Limonada	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Vinho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	avó	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ice-tea	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Vizinho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	bagaçõ	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	tia	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	whisky	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Fanta	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	estranho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	irmão	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Rum	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	colega	<input type="radio"/>

Teste 4

Bebidas sem Álcool Não Familiar		Bebidas com Álcool Familiar
<input type="radio"/>	Tequila	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Trabalhador	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	martini	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Mãe	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Batido	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	assistente	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Sobrinho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Cliente	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	sangria	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	sumol	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	vodka	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Irmã	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Leite	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	colaborador	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Cerveja	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Sobrinho	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	coca-cola	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Senhora	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	groselha	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Gin	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	avô	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	senhor	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	água	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Primo	<input type="radio"/>

2. Escala Depressão, Ansiedade e Stress – EADS-21

Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal 2004

EADS-21 - Nome _____		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

3. Questionário Vontade de Beber

Nome: _____ Data: _____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e **assinale numa escala de 1 a 5** o quanto cada situação reflecte *o que sente ser a sua vontade de beber*. Não há respostas certas ou erradas. A sua opinião é que conta.

1.Quando estou a trabalhar, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

2.Quando estou sem mais ninguém à minha volta, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

3.Depois do trabalho, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4.Quando almoço/janto com os meus amigos(as), sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

5.Quando sei que vou ter um momento sozinho(a), sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

6. Depois de ter estado com os meus amigos(as), sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

7. Quando estou com a minha família, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

8. Quando penso que vou ter de ir trabalhar, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

9. Quando sei que me vou encontrar com os meus amigos(as), sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

10. Depois de ter estado com a minha família, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

11. Quando estou sozinho(a), sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

12.Quando almoço/janto com a minha família, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

13.Depois de estar sozinho(a), sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

14.Quando não estou ocupado(a) no trabalho, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

15.Quando sei que vou ter de estar com a minha família, sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

16.Quando me encontro com os meus amigos(as), sinto...

Pouca vontade de beber	1	2	3	4	5	Muita vontade de beber
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4. Alcohol Use Disorder Test – AUDIT

De seguida serão colocadas algumas questões acerca do seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas, Assinale a opção que melhor corresponde à sua situação. Não há respostas certas ou erradas. Responda de forma aberta e honesta.

AUDIT						
Nome:			Data:			
Questões / Pontuação	0	1	2	3	4	
AUDIT C	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	<input type="checkbox"/> Nunca <small>[caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10]</small>	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> De 7 a 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]						
	4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
	10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
Total da Pontuação: <small>[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]</small>						

5. Questionário de Caracterização

Antes de terminar, por favor responda a algumas questões sobre si

1. **Idade** _____
2. **Sexo:** Masculino Feminino
3. **Idade que tinha quando experimentei pela 1ª vez uma bebida alcoólica** _____
4. **Já recorri a algum serviço (médico, psiquiátrico, psicológico) para desintoxicação e reabilitação dos meus consumos de álcool?**
Não
Sim
Não, mas já pensei nisso
5. **De momento estou a tomar medicação:**
Nenhuma
Sim, anti-depressivos
Sim, estabilizador de humor
Sim, ansiolítico/indutor de sono
Sim, anti-psicótico
6. **Na minha família existe alguém com problemas ligados ao álcool:**
Não Sim
Quem? (Indique o grau de parentesco) _____
7. **Trabalho directamente com alguém da minha família:** Não Sim
Quem? (Indique o grau de parentesco) _____
8. **Quando penso na minha família, penso:**
Maioritariamente na minha família de origem (pais, irmãos, avós, tios...)
Maioritariamente na minha família construída (companheiro, filhos, netos...)
Na minha família de origem e construída
Outra Qual/Quem? _____

ANEXO D

Cotação do IAT – Teste de Associação Implícita

Os participantes completaram o IAT *online* no programa Qualtrics. De acordo com cada fase (fase-aprendizagem e fase-teste) surgia uma palavra para os participantes classificarem de acordo com a categoria correcta. O programa Qualtrics não possibilita a limitação do tempo que os participantes têm para responderem, consequentemente foi incitado aos participantes que respondessem o mais rápido possível, e que tinham apenas 20 segundos para cada fase. O Qualtrics permite sim aceder ao tempo que os participantes gastaram em cada fase.

Para a cotação do IAT foi então necessário importar os dados das respostas para o programa Excel e de seguida apenas para as fase-teste fazer um ponto de corte nos 20 segundos de prova e trabalhar os dados apenas com a quantidade de respostas que os participantes deram em 20 segundos. Classificaram-se as respostas como “correctas” dos Testes 1, 2, 3 e 4. Sendo que a fase-teste 1 e a fase-teste 3 correspondem à tarefa incongruente (i.e., as categorias agrupadas são bebidas com álcool/não familiar e bebidas sem álcool/familiar) e as fase-teste 2 e 4 correspondem à tarefa congruente (bebidas com álcool/familiar e bebidas sem álcool/não familiar).

Tendo as respostas correctas que os participantes deram em 20 segundos nas 2 fases-teste, fez-se o somatório das respostas nos testes 1 e 3 e posteriormente 2 e 4. Por exemplo, o participante deu 14 respostas correctas no teste 1 e 14 no teste 3 o que significa que o total das suas respostas na tarefa incongruente é de 28. E o mesmo para a tarefa congruente. No final com as respostas correctas dos participantes nas tarefas congruente e incongruente aplicou-se a seguinte fórmula (Lane, Banaji, Nosek, & Greenwald, 2007): produto da diferença da raiz quadrada $\kappa - \gamma \sqrt{\kappa - \gamma}$, sendo que κ é o número mais elevado de A ou B (A tarefa congruente; B tarefa incongruente) e o γ o número mais baixo de A ou B. Se B for maior do que A então esses valores são multiplicados por -1 para manter a direccionalidade do IAT.

ANEXO E

Tabelas da Estatística Descritiva da Amostra

Tabela 1. Idade

Idade					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Idade	124	18	74	38,10	14,668
N válido (de lista)	124				

Tabela 2. Género

Género					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Maculino	39	30,2	30,7	30,7
	Feminino	88	68,2	69,3	100,0
	Total	127	98,4	100,0	
Omisso	Sistema	2	1,6		
Total		129	100,0		

ANEXO F

Análise das Qualidades Métricas das Escalas

1. Questionário Vontade de Beber

1.1 Sensibilidade

Inicialmente foi feito um teste à sensibilidade dos itens. Como se pode verificar os itens dificilmente se encontram com uma sensibilidade considerada adequada (assimetria <3;

	N		Estatísticas							
	Válido	Omisso	Média	Assimetria	Erro de assimetria padrão	Curtose	Erro de Curtose padrão	Intervalo	Mínimo	Máximo
1T	127	2	1,27	3,116	,215	9,633	,427	4	1	5
2I	127	2	1,28	3,299	,215	11,919	,427	4	1	5
3T	127	2	1,80	1,123	,215	,291	,427	4	1	5
4S	127	2	2,54	,358	,215	-,978	,427	4	1	5
5I	127	2	1,31	2,731	,215	7,710	,427	4	1	5
6S	127	2	1,28	3,125	,215	10,501	,427	4	1	5
7F	127	2	1,82	1,187	,215	,949	,427	4	1	5
8T	127	2	1,14	5,280	,215	28,333	,427	4	1	5
9S	127	2	2,22	,720	,215	-,454	,427	4	1	5
10F	127	2	1,24	3,604	,215	14,365	,427	4	1	5
11I	127	2	1,24	3,462	,215	13,517	,427	4	1	5
12F	127	2	1,93	1,150	,215	,887	,427	4	1	5
13I	127	2	1,17	4,578	,215	23,454	,427	4	1	5
14T	127	2	1,23	3,477	,215	13,194	,427	4	1	5
15F	127	2	1,33	2,872	,215	9,425	,427	4	1	5
16S	127	2	2,45	,392	,215	-,904	,427	4	1	5

curtose <7). Com exceção dos itens 8 e 4 os valores da Assimetria encontram-se muito ligeiramente elevados mas adequados, enquanto à exceção dos itens 3, 4, 5, 7, 9, 12 e 16, os restantes encontram-se acima dos valores pretendidos para a Curtose.

1.2 Validade

De seguida procedeu-se à Análise Factorial Exploratória. Procedemos com a análise para cada uma dimensão. Na primeira dimensão “ContextoFamiliar” verifica-se a existência de correlações entre os itens de acordo com o Teste de Esfericidade de Bartlett (p -value=0.000 <0.05), sendo que o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) obtido de 0.68 indica um grau de variância

adequado (> 0.5) e portanto, prosseguimos com a análise factorial. Como se pode observar não existem itens com valores MSA inferiores a 0.5, significando que todos os itens podem ser utilizados. Nas comunalidades iniciais verifica-se que todos os itens apresentam o valor 1 e a percentagem de variância de cada um dos itens explicada pelos factores comuns extraídos varia entre 61% e 77%.

A tabela “Total da Variância Explicada” apresenta os valores próprios para cada item e a percentagem da variância explicada. Extraiu-se um factor que explica 69% da variabilidade total da dimensão.

Na dimensão “ContextoSocial” verifica-se a existência de correlações entre os itens de acordo com o Teste de Esfericidade de Bartlett ($p\text{-value}=0.000 <0.50$), sendo que o KMO obtido de 0.74 indica um grau de variância adequado (>0.5) e portanto prosseguiu-se com a análise factorial. Não existindo valores de MSA inferiores a 0.5, todos os itens podem ser utilizados. Todos os itens apresentam valor 1 nas comunalidades iniciais e a percentagem de variância de cada um dos itens explicada pelos factores comuns extraídos varia entre 29% e 77%. Extraiu-se um factor que explica 62% da variabilidade total da dimensão.

A dimensão “ContextoIndividual” apresenta correlações entre os itens de acordo com o Teste de Esfericidade de Bartlett ($p\text{-value}=0.000 <0.50$), sendo que obteve-se um KMO de 0.80 indicando uma variabilidade adequada (> 0.5) prosseguindo-se com a análise factorial exploratória. Os valores de MSA são superiores a 0.5, significando isto que todos os itens podem ser utilizados. Os itens apresentam valor de 1 nas comunalidades iniciais e a percentagem de variância de cada um dos itens explicada pelos factores comuns extraídos varia entre 53% e 79%, tendo-se extraído um factor que explica 73% da variância total da dimensão.

Por último, a dimensão “ContextoTrabalho” tal com as outras apresenta correlações entre os itens de acordo com o Teste de Bartlett ($p\text{-value}=0.000 <0.50$) tendo-se obtido um KMO de 0.76, significando uma boa variância (> 0.50), dando-se continuidade à análise factorial exploratória desta dimensão. Os valores superiores a 0.5 de MSA indicam que os itens podem ser todos utilizados. Todos os itens apresentam o valor 1 nas comunalidades iniciais e a percentagem de variância de cada um dos itens explicada pelos factores comuns extraídos varia entre 50% e 65%, tendo sido extraído um factor que explica 56% da variância da dimensão.

1.2.1 Análise Factorial Exploratória

Contexto Familiar

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,680
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	288,832
	Gl	6
	Sig.	,000

Comunalidades

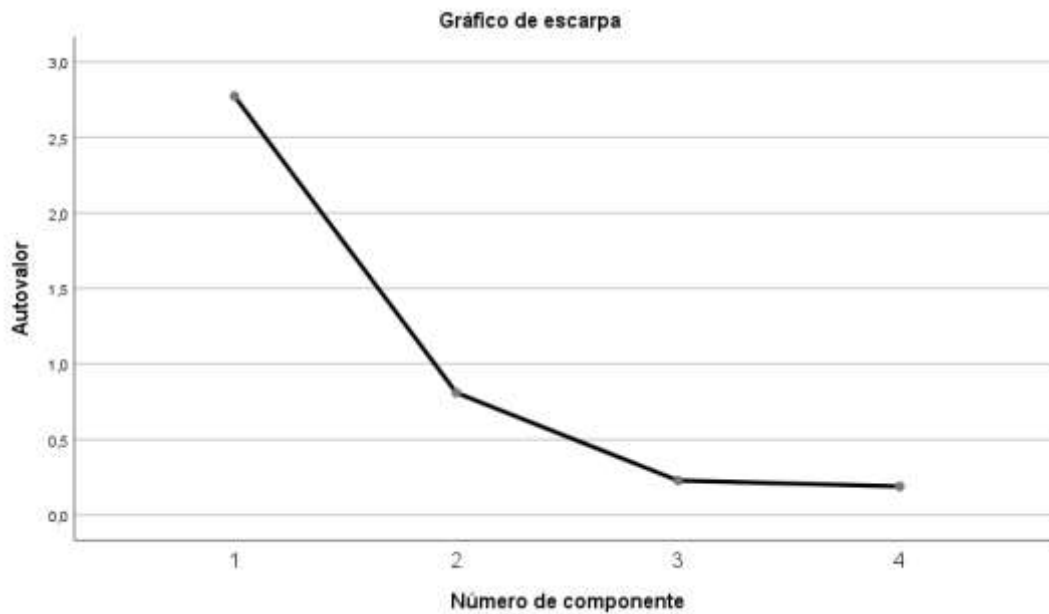
	Inicial	Extração
7F - Quando estou com a minha família...	1,000	,777
10F - Depois de ter estado com a minha família...	1,000	,676
12F - Quando almoço/janto com a minha família ...	1,000	,613
15F - Quando sei que vou ter de estar com a minha família...	1,000	,707

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,773	69,323	69,323	2,773	69,323	69,323
2	,809	20,235	89,557			
3	,228	5,706	95,263			
4	,189	4,737	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.



Matriz de componente^a

	Componente 1
7F	,882
10F	,822
12F	,783
15F	,841

Método de Extração:
análise de Componente
Principal.

a. 1 componentes
extraídos.

Contexto Social

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,748
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	179,046
	GI	6
	Sig.	,000

Comunalidades

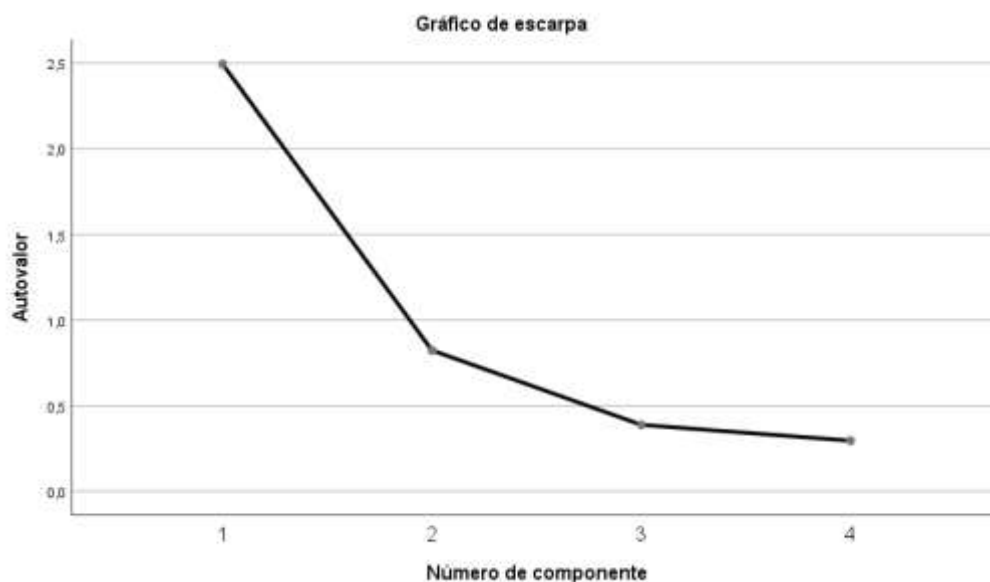
	Inicial	Extração
4S - Quando almoço/janto com os meus amigos(as)...	1,000	,671
6S - Depois de ter estado com os meus amigos(as)...	1,000	,296
9S - Quando sei que me vou encontrar com os meu amigos(as)...	1,000	,776
16S - Quando me encontro com os meus amigos(as)...	1,000	,750

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,493	62,329	62,329	2,493	62,329	62,329
2	,823	20,572	82,901			
3	,388	9,707	92,608			
4	,296	7,392	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.



Matriz de componente^a

Componente

1

9S	,881
16S	,866
4S	,819
6S	,544

Método de Extração:
análise de Componente
Principal.
a. 1 componentes
extraídos.

Contexto Individual

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,809
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	283,118
	Gl	6
	Sig.	,000

Comunalidades

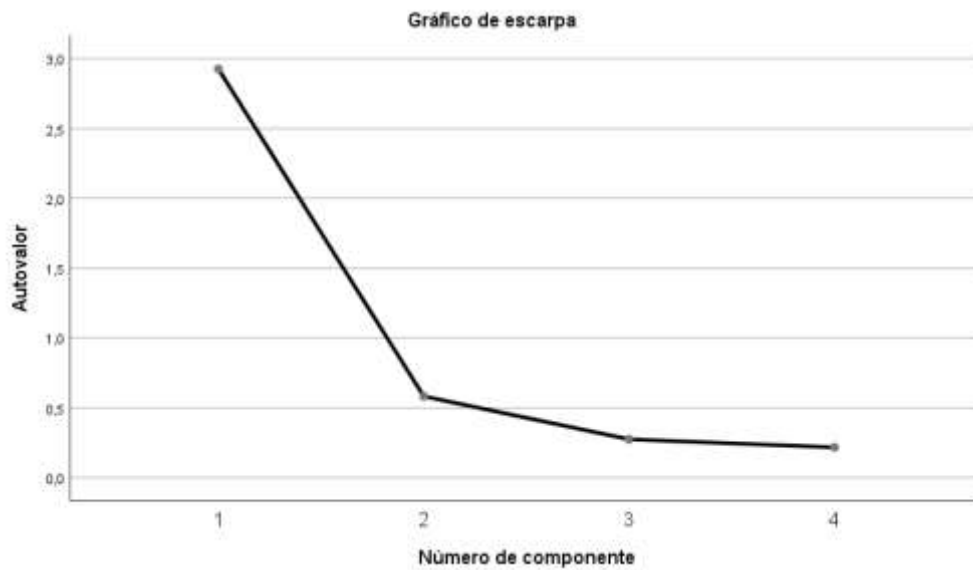
	Inicial	Extração
2l - Quando estou sem mais ninguém à minha volta...	1,000	,794
5l - Quando sei que vou ter um momento sozinho(a)...	1,000	,799
11l - Quando estou sozinho(a)...	1,000	,799
13l - Depois de estar sozinho(a) ...	1,000	,534

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,926	73,147	73,147	2,926	73,147	73,147
2	,582	14,554	87,701			
3	,275	6,869	94,571			
4	,217	5,429	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.



Matriz de componente^a

	Componente
	1
2I	,891
5I	,894
11I	,894
13I	,731

Método de Extração:
análise de Componente
Principal.

a. 1 componentes
extraídos.

Contexto Trabalho

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,761
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	104,202
	GI	6
	Sig.	,000

Comunalidades

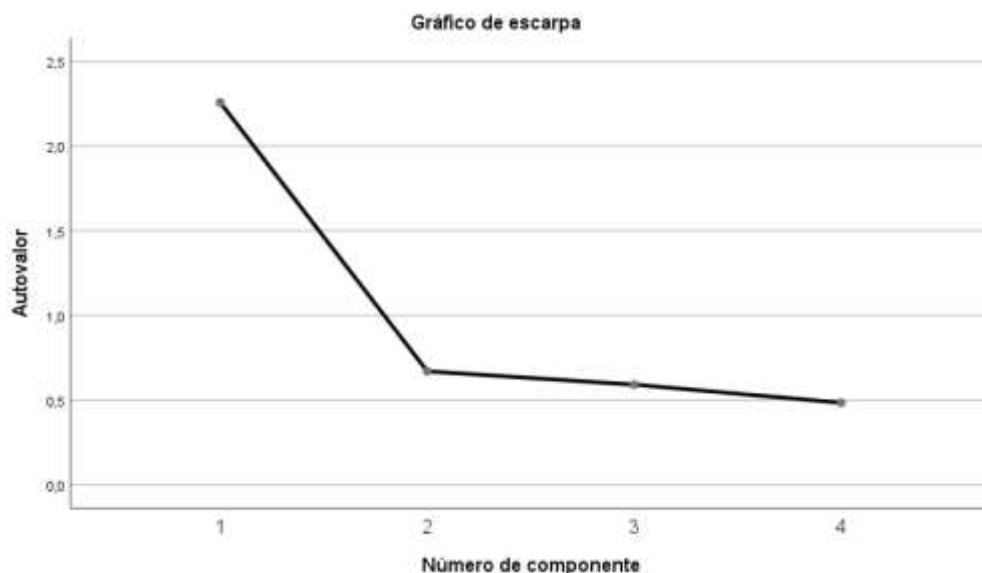
	Inicial	Extração
1T- Quando estou a trabalhar...	1,000	,581
3T - Depois do trabalho...	1,000	,509
8T - Quando penso que vou ter de ir trabalhar...	1,000	,512
14T - Quando não estou ocupado(a) no trabalho...	1,000	,655

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,257	56,424	56,424	2,257	56,424	56,424
2	,669	16,731	73,155			
3	,590	14,761	87,916			
4	,483	12,084	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.



Matriz de componente^a

	Componente 1
1T	,762
3T	,713
8T	,715
14T	,809

Método de Extração:

análise de Componente

Principal.

a. 1 componentes

extraídos.

1.3 Fiabilidade

Como pode ser observado o *Alpha de Cronbach* do questionário apresenta uma boa fiabilidade ($\alpha\text{-Cronbach}=0.911 > 0.7$), assim como o *alpha* de cada dimensão.

Estatísticas de confiabilidade Geral

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,911	,923	16

Estatísticas de item Geral

	Média	Erro Desvio	N
1T	1,27	,739	127
2I	1,28	,734	127
3T	1,80	1,084	127
4S	2,54	1,308	127
5I	1,31	,742	127
6S	1,28	,744	127
7F	1,82	1,003	127
8T	1,14	,651	127
9S	2,22	1,247	127
10F	1,24	,698	127
11I	1,24	,648	127
12F	1,93	1,063	127

13I	1,17	,618	127
14T	1,23	,657	127
15F	1,33	,746	127
16S	2,45	1,264	127

**Estatísticas de confiabilidade
ContextoFamiliar**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,840	,852	4

Estatísticas de item ContextoFamiliar

	Média	Erro Desvio	N
7F	1,82	1,003	127
10F	1,24	,698	127
12F	1,93	1,063	127
15F	1,33	,746	127

**Estatísticas de confiabilidade
ContextoSocia**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,797	,787	4

Estatísticas de item ContextoSocia

	Média	Erro Desvio	N
4S	2,54	1,308	127
6S	1,28	,744	127
9S	2,22	1,247	127
16S	2,45	1,264	127

Estatísticas de confiabilidade

ContextoIndividual

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,876	,875	4

Estatísticas de item ContextoIndividual

	Média	Erro Desvio	N
2I	1,28	,734	127
5I	1,31	,742	127
11I	1,24	,648	127
13I	1,17	,618	127

Estatísticas de confiabilidade

ContextoTrabalho

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,714	,741	4

Estatísticas de item ContextoTrabalho

	Média	Erro Desvio	N
1T	1,27	,739	127
3T	1,80	1,084	127
8T	1,14	,651	127
14T	1,23	,657	127

2. Escala Ansiedade, Depressão e Stress 21 itens

2.1 Sensibilidade

Realizou-se um teste à sensibilidade dos itens. Foi possível verificar que, à excepção dos itens 4 e 20, os itens apresentam valores adequados para o pressuposto de normalidade (assimetria <3 ; curtose <7).

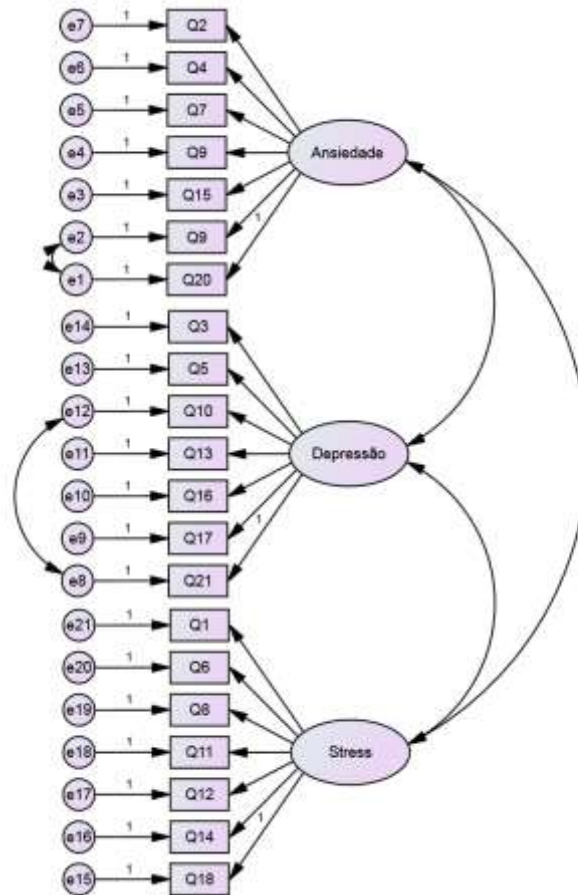
Estadística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Erro	Estatística	Erro Erro
1.	127	0	3	,83	,778	,930	,215	,928	,427
2.	127	0	3	,58	,695	,923	,215	,197	,427
3.	127	0	3	,43	,685	1,448	,215	1,297	,427
4.	127	0	3	,28	,559	2,485	,215	7,765	,427
5.	127	0	3	,68	,677	,967	,215	1,583	,427
6.	127	0	3	,72	,720	,727	,215	,195	,427
7.	127	0	2	,20	,437	2,105	,215	3,773	,427
8.	127	0	3	,66	,726	,999	,215	,934	,427
9.	127	0	3	,37	,711	2,022	,215	3,630	,427
10.	127	0	3	,35	,696	2,114	,215	4,146	,427
11.	127	0	3	,65	,730	,912	,215	,358	,427
12.	127	0	3	,76	,801	,925	,215	,485	,427
13.	127	0	3	,68	,806	1,118	,215	,803	,427
14.	127	0	3	,56	,720	1,281	,215	1,561	,427
15.	127	0	3	,34	,669	2,064	,215	3,837	,427
16.	127	0	3	,37	,664	2,223	,215	5,700	,427
17.	127	0	3	,39	,768	2,073	,215	3,685	,427
18.	127	0	3	,93	,758	,675	,215	,489	,427
19.	127	0	3	,41	,717	1,836	,215	2,990	,427
20.	127	0	3	,28	,559	2,485	,215	7,765	,427
21.	127	0	3	,32	,711	2,396	,215	5,300	,427
N válido (de lista)	127								

2.2 Validade

2.2.1 Análise Factorial Confirmatória (AFC)

Estrutura do Modelo da AFC para a EADS-21



2.2.2 Análise Factorial Exploratória

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,916
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1470,593
	gl	210
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
1. Tive dificuldade em me acalmar	1,000	,685

2. Senti a minha boca seca	1,000	,739
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	1,000	,469
4. Senti dificuldades em respirar	1,000	,539
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	1,000	,394
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	1,000	,663
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	1,000	,371
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	1,000	,685
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	1,000	,626
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	1,000	,802
11. Dei por mim a ficar agitado	1,000	,664
12. Senti dificuldade em me relaxar	1,000	,561
13. Senti-me desanimado e melancólica	1,000	,626
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	1,000	,468
15. Senti-me quase a entrar em pânico	1,000	,735
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	1,000	,781
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	1,000	,792
18. Senti que por vezes estava sensível	1,000	,587
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	1,000	,579

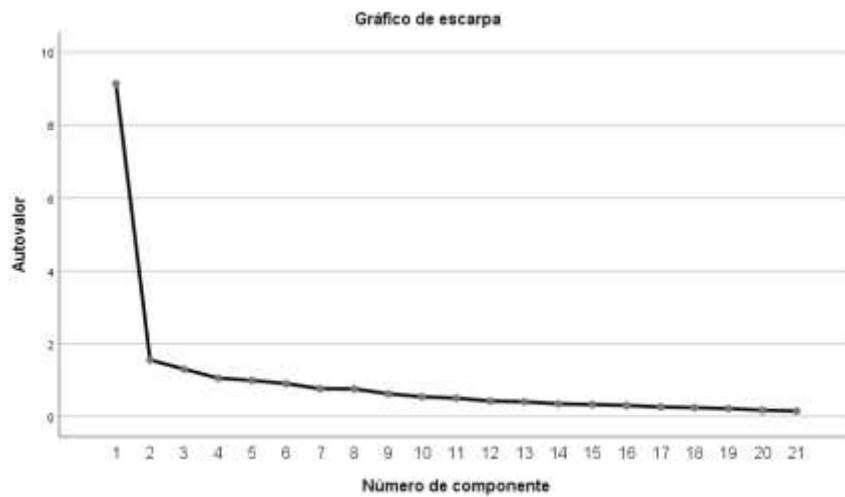
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	1,000	,539
21. Senti que a vida não tinha sentido	1,000	,736

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	9,136	43,503	43,503	9,136	43,503	43,503
2	1,554	7,398	50,901	1,554	7,398	50,901
3	1,302	6,198	57,099	1,302	6,198	57,099
4	1,053	5,013	62,112	1,053	5,013	62,112
5	,991	4,717	66,829			
6	,904	4,305	71,134			
7	,765	3,645	74,779			
8	,757	3,605	78,384			
9	,624	2,970	81,354			
10	,542	2,583	83,937			
11	,503	2,396	86,334			
12	,425	2,025	88,359			
13	,405	1,929	90,288			
14	,349	1,661	91,949			
15	,331	1,574	93,523			
16	,305	1,453	94,976			
17	,264	1,255	96,231			
18	,245	1,167	97,398			
19	,218	1,039	98,437			
20	,175	,833	99,270			
21	,153	,730	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.



Matriz de componente^a

	Componente			
	1	2	3	4
1.	,682	,211	,215	-,358
2.	,197	,397	,604	,421
3.	,649	,083	,192	-,069
4.	,312	,249	,595	-,159
5.	,485	-,092	-,239	,305
6.	,634	,408	-,222	-,214
7.	,539	-,069	-,261	-,089
8.	,702	,132	-,055	-,414
9.	,753	-,121	-,178	-,118
10.	,740	-,431	,235	,119
11.	,768	,190	-,029	-,194
12.	,727	,172	-,058	-,010
13.	,776	-,061	,118	,081
14.	,473	,365	-,261	,206
15.	,768	-,302	,068	-,221
16.	,790	-,361	,019	,163
17.	,806	-,329	,041	,181
18.	,578	,401	-,122	,280
19.	,683	,212	-,048	,256
20.	,628	,118	-,317	,176
21.	,760	-,366	,155	,035

Método de Extração: análise de Componente

Principal.

a. 4 componentes extraídos.

Ansiedade

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,741
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	214,395
	gl	21
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
2. Senti a minha boca seca	1,000	,686
4. Senti dificuldades em respirar	1,000	,549
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	1,000	,636
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	1,000	,452
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	1,000	,641
15. Senti-me quase a entrar em pânico	1,000	,628
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	1,000	,513

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,871	41,013	41,013	2,871	41,013	41,013
2	1,234	17,624	58,637	1,234	17,624	58,637
3	,828	11,823	70,460			
4	,718	10,263	80,723			
5	,600	8,567	89,290			
6	,422	6,036	95,326			
7	,327	4,674	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

	Componente	
	1	2
2.	,121	,819
4.	,396	,626
19.	,773	,195
7.	,630	-,234
9.	,772	-,213
15.	,783	-,122
20.	,704	-,130

Método de Extração: análise de

Componente Principal.

a. 2 componentes extraídos.

Depressão

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,889
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	507,768
Bartlett	gl	21
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
13. Senti-me desanimado e melancólica	1,000	,615
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	1,000	,750
21. Senti que a vida não tinha sentido	1,000	,695
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	1,000	,792
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	1,000	,395
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	1,000	,770
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	1,000	,265

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,282	61,176	61,176	4,282	61,176	61,176
2	,796	11,373	72,549			
3	,685	9,782	82,331			
4	,530	7,567	89,898			
5	,263	3,760	93,658			
6	,228	3,259	96,917			
7	,216	3,083	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

Componente

1

13.	,784
10.	,866
21.	,834
17.	,890
3.	,629
16.	,878
5.	,515

Método de Extração:

análise de Componente Principal.

a. 1 componentes extraídos.

Stress

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,884
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	339,933
	gl	21
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
1. Tive dificuldade em me acalmar	1,000	,586
12. Senti dificuldade em me relaxar	1,000	,609
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	1,000	,598
18. Senti que por vezes estava sensível	1,000	,454
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	1,000	,607
11. Dei por mim a ficar agitado	1,000	,675
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	1,000	,275

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,804	54,341	54,341	3,804	54,341	54,341
2	,846	12,080	66,420			
3	,685	9,780	76,200			
4	,526	7,514	83,714			
5	,421	6,015	89,729			
6	,379	5,420	95,149			
7	,340	4,851	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

Componente

1

1.	,765
12.	,780
8.	,773
18.	,674
6.	,779
11.	,821
14.	,525

Método de Extração:
 análise de Componente
 Principal.
 a. 1 componentes
 extraídos.

2.3 Fiabilidade

Pode-se observar que o Alpha de Cronbach da escala atinge o valor pretendido para considerarmos que a escala apresenta uma boa fiabilidade ($\alpha\text{-Cronbach}=0.93 > 0.7$). Assim como as suas dimensões.

Estatísticas de confiabilidade Geral

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,930	,929	21

Estatísticas de item Geral

	Média	Erro Desvio	N
1.	,83	,778	127
2.	,58	,695	127
3.	,43	,685	127
4.	,28	,559	127
5.	,68	,677	127
6.	,72	,720	127
7.	,20	,437	127
8.	,66	,726	127
9.	,37	,711	127
10.	,35	,696	127
11.	,65	,730	127

12.	,76	,801	127
13.	,68	,806	127
14.	,56	,720	127
15.	,34	,669	127
16.	,37	,664	127
17.	,39	,768	127
18.	,93	,758	127
19.	,41	,717	127
20.	,28	,559	127
21.	,32	,711	127

Estatísticas de confiabilidade

Ansiedade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,721	,724	7

Estatísticas de item Ansiedade

	Média	Erro Desvio	N
2. Senti a minha boca seca	,58	,695	127
4. Senti dificuldades em respirar	,28	,559	127
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	,20	,437	127
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	,41	,717	127
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	,37	,711	127
15. Senti-me quase a entrar em pânico	,34	,669	127
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	,28	,559	127

Estatísticas de confiabilidade

Depressão

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,888	,887	7

Estatísticas de item Depressão

	Média	Erro Desvio	N
13. Senti-me desanimado e melancólico	,68	,806	127
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	,35	,696	127
21. Senti que a vida não tinha sentido	,32	,711	127
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	,37	,664	127
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	,39	,768	127
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	,43	,685	127
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	,68	,677	127

Estatísticas de confiabilidade Stress

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,856	,856	7

Estatísticas de item Stress

	Média	Erro Desvio	N
1. Tive dificuldade em me acalmar	,83	,778	127

12. Senti dificuldade em me relaxar	,76	,801	127
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	,66	,726	127
18. Senti que por vezes estava sensível	,93	,758	127
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	,72	,720	127
11. Dei por mim a ficar agitado	,65	,730	127
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	,56	,720	127

ANEXO G

Tabelas da Estatística Descritiva das Escalas

Tabela 1. Estatística descritiva do Teste de Associação Implícita

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
TAlaf	119	,00	9,40	2,5731	1,71640
N válido (de lista)	119				

Tabela 2. Estatística descritiva do questionário AUDIT

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
PadrõesConsumo	127	,00	20,00	3,9843	4,09798
N válido (de lista)	127				

Tabela 3. Estatística descritiva da Escala EADS-21

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Ansiedade	127	,00	12,00	2,4488	2,68951
Depressão	127	,00	20,00	3,2283	3,88156
Stress	127	,00	18,00	5,1102	3,83639
N válido (de lista)	127				

Tabela 4. Estatística descritiva do Questionário Vontade de Beber

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
QVBFamiliar	127	1,00	5,00	1,5807	,73320
QVBSocial	127	1,00	5,00	2,1240	,91768
QVBIndividual	127	1,00	5,00	1,2520	,58714
QVBTrabalho	127	1,00	5,00	1,3602	,58896
N válido (de lista)	127				

Tabela 5. Estatística de frequência do Questionário de Caracterização

Já recorri a algum serviço (médico, psiquiátrico, psicológico) para desintoxicação e reabilitação dos meus consumos de álcool?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	127	98,4	100,0	100,0
Omisso	Sistema	2	1,6		
Total		129	100,0		

De momento estou a tomar alguma medicação

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	108	83,7	85,0	85,0
	Sim, anti-depressivo	10	7,8	7,9	92,9
	Sim, ansiolítico/indutor do sono	8	6,2	6,3	99,2
	Sim, anti-psicótico	1	,8	,8	100,0
	Total	127	98,4	100,0	
Omisso	Sistema	2	1,6		
Total		129	100,0		

Na minha família existe alguém com problemas ligados ao álcool

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	98	76,0	77,2	77,2
	Sim	29	22,5	22,8	100,0
	Total	127	98,4	100,0	
Omisso	Sistema	2	1,6		
Total		129	100,0		

Trabalho directamente com alguém da minha família

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	115	89,1	90,6	90,6
	Sim	12	9,3	9,4	100,0
	Total	127	98,4	100,0	

Omisso	Sistema	2	1,6		
Total		129	100,0		

Quando penso na minha família, penso:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Maioritariamente na minha família de origem (pais, irmãos, avós, tios...)	74	57,4	58,3	58,3
	Maioritariamente na minha família construída (companheiro(a), filhos, netos...)	15	11,6	11,8	70,1
	Na minha família de origem e construída	38	29,5	29,9	100,0
	Total	127	98,4	100,0	
Omisso	Sistema	2	1,6		
Total		129	100,0		

ANEXO H

Análise de Regressão Linear Múltipla

Nesta investigação utilizou-se o Modelo de Regressão Linear Múltipla para se verificar a contribuição de cada variável para o padrão de consumo e para a associação implícita álcool-família. Os modelos mais preditivos foram estimados através do método *Stepwise Backward*.

1. Modelo de Regressão “Padrão de Consumo”

Tabela 1. Estatística Descritiva

Estatística Descritiva			
	Média	Erro Desvio	N
PadrõesConsumo	3,9407	3,93601	118
Na minha família existe alguém com problemas ligados ao álcool	1,23	,422	118
Genero	,69	,466	118
Ansiedade	2,4407	2,61665	118
Depressão	3,1525	3,82664	118
Stress	5,0254	3,73357	118
IAT	2,5667	1,72228	118

A Tabela 2 confirma a utilização do método *Stepwise*. Verifica-se a que a primeira variável a ser inserida é o género, seguindo-se a ansiedade e a por último a associação álcool-família.

Tabela 2. Tabela de variáveis inseridas/removidas

Variáveis Inseridas/Removidas ^a			
Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	Genero		. Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).
2	Ansiedade		. Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).

3	IAT		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
---	-----	--	---

a. Variável Dependente: PadrõesConsumo

Observando a Tabela 3, concluímos que os R^2 e o R^2_a tomam valores aproximados. Sendo que o maior valor de R^2_a corresponde ao modelo em que são consideradas as três variáveis explicativas. Concluímos que este será o modelo que melhor explica os Padrões de Consumo. Este valor permite afirmar que 14% da variabilidade dos Padrões de Consumo é explicada por este modelo.

Tabela 3. Sumarização do Modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,304 ^a	,092	,085	3,76604
2	,361 ^b	,131	,116	3,70165
3	,406 ^c	,164	,142	3,64481

a. Preditores: (Constante), Genero

b. Preditores: (Constante), Genero, Ansiedade

c. Preditores: (Constante), Genero, Ansiedade, IAT

d. Variável Dependente: PadrõesConsumo

Pela análise do valor de significância do teste F ($p < .000$) concluímos que o modelo é significativo (Tabela 4). Verifica-se que o Padrão de Consumo é explicado pelas variáveis gênero, ansiedade e associação implícita álcool-família. Esta conclusão pode ser confirmada através da significância do teste t ($t(118) = 2,148; p < .05$) (Tabela 5).

Tabela 4. Tabela da ANOVA

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	167,349	1	167,349	11,799	,001 ^b
	Resíduo	1645,236	116	14,183		
	Total	1812,585	117			
2	Regressão	236,830	2	118,415	8,642	,000 ^c

	Resíduo	1575,755	115	13,702		
	Total	1812,585	117			
3	Regressão	298,139	3	99,380	7,481	,000 ^d
	Resíduo	1514,445	114	13,285		
	Total	1812,585	117			

a. Variável Dependente: PadrõesConsumo

b. Preditores: (Constante), Genero

c. Preditores: (Constante), Genero, Ansiedade

d. Preditores: (Constante), Genero, Ansiedade, IAT

Tabela 5. Coeficientes

		Coeficientes ^a				
		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
Modelo		B	Erro Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	5,703	,619		9,211	,000
	Genero	-2,567	,747	-,304	-3,435	,001
2	(Constante)	5,170	,653		7,917	,000
	Genero	-2,853	,745	-,338	-3,827	,000
	Ansiedade	,299	,133	,199	2,252	,026
3	(Constante)	3,967	,852		4,654	,000
	Genero	-2,643	,740	-,313	-3,570	,001
	Ansiedade	,287	,131	,190	2,190	,031
	IAT	,424	,197	,186	2,148	,034

a. Variável Dependente: PadrõesConsumo

A variável Ansiedade e IAT mantem um coeficiente positivo (B=0,190; B=0,186) corroborando as correlações existentes, i.e., quanto maior a ansiedade e a associação implícita álcool-família maior o consumo de risco. No entanto percebe-se também que os padrões de consumo diferem de acordo com o género.

Tabela 6. Variáveis removidas

Variáveis excluídas ^a					
Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância

3	Na minha família existe alguém com problemas ligados ao álcool	-,036 ^d	-,411	,682	-,039	,963
	Depressão	-,048 ^d	-,352	,725	-,033	,400
	Stress	,031 ^d	,230	,818	,022	,416

a. Variável Dependente: PadrõesConsumo

d. Preditores no Modelo: (Constante), Genero, Ansiedade, IAT

A tabela 6 mostra-nos as variáveis que foram excluídas do modelo. Se considerarmos os valores de significância do teste t, percebemos que estas não influenciam significativamente o modelo.

2. Modelo de Regressão “IAT”

Tabela 1. Estatística descritiva

Estatística Descritiva			
	Média	Erro Desvio	N
IAT	2,5667	1,72228	118
Genero	,69	,466	118
Na minha família existe alguém com problemas ligados ao álcool	1,23	,422	118
PadrõesConsumo	3,9407	3,93601	118
Ansiedade	2,4407	2,61665	118
Depressao	3,1525	3,82664	118
Stress	5,0254	3,73357	118

Através da Tabela 2 verifica-se que a única variável inserida (através do método *Stepwise*) é a variável “PadrõesConsumo”.

Variáveis Inseridas/Removidas ^a			
Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	PadrõesConsumo	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).

a. Variável Dependente: IAT

Observando a Tabela 3 pode-se concluir que os Padrões de Consumo explicam 0.4% da variabilidade da associação implícita álcool-família ($R^2=.04$).

Tabela 3. Sumarização do Modelo

Resumo do modelo ^b				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,229 ^a	,053	,044	1,68365

a. Preditores: (Constante), PadrõesConsumo

b. Variável Dependente: IAT

Pela análise do valor de significância do teste Z ($p < .05$) verificamos que o modelo é significativo e que o IAT álcool-família é explicado apenas pelos Padrões de Consumo. Tal pode ser confirmado pela significância do teste t ($t(118)=2,536$; $p < .05$) (Tabela 5).

Tabela 4. Tabela da ANOVA

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	18,230	1	18,230	6,431	,013 ^b
	Resíduo	328,822	116	2,835		
	Total	347,052	117			

a. Variável Dependente: IAT

b. Preditores: (Constante), PadrõesConsumo

Tabela 5. Coeficientes

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	2,172	,220		9,880	,000
	PadrõesConsumo	,100	,040	,229	2,536	,013

a. Variável Dependente: IAT

A variável Padrões de Consumo apresenta um coeficiente positivo ($B=0,229$) o que significa que quanto maior o risco do padrão de consumo maior a associação implícita álcool-família.

Tabela 6. Variáveis excluídas

		Variáveis excluídas ^a				Estatísticas de colinearidade
Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Tolerância
1	Genero	-,062 ^b	-,657	,512	-,061	,908
	Na minha família existe alguém com problemas ligados ao álcool	,114 ^b	1,260	,210	,117	,999
	Ansiedade	-,011 ^b	-,122	,903	-,011	,980
	Depressao	,007 ^b	,079	,937	,007	,991
	Stress	,055 ^b	,600	,549	,056	,985

a. Variável Dependente: IAT

b. Preditores no Modelo: (Constante), PadrõesConsumo

A Tabela 6 informa-nos sobre as variáveis excluídas do modelo. Observando-se os valores de significância para o teste t concluímos que estas variáveis não influenciam significativamente a associação implícita álcool-família.