



Ana Sofia Duarte Serra

24336

Álcool e Criminalidade

Mestrado em Psicologia da Justiça

Trabalho sob a orientação de

Professor Doutor Fernando Almeida, orientador de mestrado no Instituto
Universitário da Maia

Dra. Diana Moreira, supervisora de mestrado no Instituto Universitário da Maia

Setembro de 2014

Agradecimentos

Ao meu namorado, companheiro de vida, melhor amigo, que me mantém forte e assegura de que sou capaz.

À minha família, que apesar da distância, me mantém sempre por perto e me dá alento que só a família sabe dar.

Às minhas amigas chegadas, que as considero como irmãs, que estão sempre comigo, e eu com elas, e que fazem com que esta reciprocidade me dê força e alegria para continuar.

Ao Professor Doutor Fernando Almeida, que desde início me acompanhou e supervisionou cada passo, cada ideia, cada pensamento, através da sua capacidade de ouvir e de ensinar sabiamente.

À Dra. Diana Moreira, pela enorme capacidade de compreensão e de partilha de conhecimentos, pela supervisão cuidada de cada etapa.

À Dra. Clara Pinto Silva, pela disponibilidade e constante cooperação em todo o processo de idealização, acesso e recolha de todas as ferramentas necessárias à elaboração deste estudo.

Aos restantes profissionais da Unidade de Alcoologia do Porto, com quem tive o prazer de privar e que me ajudaram também nesta recolha, bem como restantes membros integrantes e pela sua hospitalidade e simpatia.

A todos os doentes, e respetivos acompanhantes, que aceitaram participar neste estudo e que, mesmo que por breves momentos, partilharam as suas vivências.

Resumo

O presente estudo, de caráter quantitativo e correlacional, visa estudar a relação entre o consumo de álcool, em particular o Síndrome de Dependência Alcoólica, e o crime. O principal objetivo prende-se, portanto, em conhecer e explorar o comportamento criminal perpetrado pelos indivíduos da amostra. Esta é constituída por 48 participantes, de ambos os sexos, todos com o diagnóstico de alcoolismo e que, na altura, frequentavam as consultas de uma instituição pública de saúde, a Unidade de Alcoologia do Porto – Dr. José Barrias. A amostra é constituída por doentes que atenderam à sua primeira consulta de alcoologia no ano de 2013, e mantiveram, até à data do estudo, o tratamento. De modo a obter maior fidedignidade dos dados recolhidos, todos os participantes teriam de estar em abstinência alcoólica em um período mínimo de 3 meses, e sem apresentarem qualquer prejuízo a nível cognitivo que pudesse comprometer a qualidade da informação. A mesma foi recolhida através de um questionário abrangente de questões adjacentes aos padrões de consumo de álcool, a comportamentos nocivos perpetrados sob, e sem o efeito de álcool, bem como o registo de crimes praticados pelos doentes.

Os resultados sugerem que, efetivamente, a prevalência de comportamentos criminais em estado de alcoolemia é superior à prevalência de comportamentos criminais em estado sóbrio, e que esses crimes são mais frequentes na forma da condução de veículo sob o efeito de álcool, e a agressão verbal e/ou física, dirigida principalmente a familiares. É legítimo concluir-se que o consumo de bebidas alcoólicas poderá propiciar, no indivíduo, um aumento dos níveis de ansiedade, impulsividade e conseqüente agressividade. Devido a estas alterações cognitivas e comportamentais, poderá existir uma maior suscetibilidade de o dependente de álcool adotar, irrefletida e negligentemente, pensamentos e condutas que poderão colocar em causa a sua vida e a vida de quem o rodeia. A par destes factos, a probabilidade de ser cometido um crime, de forma pública ou mesmo oficiosa, aumenta exponencialmente.

Toda esta informação obtida é relevante para a compreensão das conseqüências, nefastas, do consumo de álcool. Poderá ser uma ferramenta que ajude na exploração de indivíduos potencialmente violentos, bem como na quantificação da prevalência de comportamentos criminais, e atuar a partir dessa informação. A taxa de criminalidade está intimamente relacionada ao consumo excessivo desta substância, bem como todos os problemas de saúde e sociais a ela associados. É importante que exista uma continuidade na abordagem desta problemática, para que a sua educação e prevenção sejam cada vez mais precoces e combativas.

Abstract

The present study, of quantitative and correlational character, aims to study the relationship between alcohol consumption, in particular the Alcohol Dependence Syndrome, and crime.

Therefore, the main objective is to understand and explore criminal behavior perpetrated by the individuals in the sample. This consists of 48 participants, male and female, all diagnosed with Alcoholism that, at the time, attended the consultation in a public health institution, the Alcoholism Unit of Porto – Dr. José Barrias.

The sample is consisted by patients who attended to their first alcoholology consultation in 2013 and remained, until the time of study, in treatment. In order to obtain greater reliability of the data collected, all participants would have to be in alcohol withdrawal in a minimum period of three months, and without showing any damages at a cognitive level that could compromise the quality of the information. The data was collected through an embracing survey of themes surrounding the consumption patterns of alcohol, the harmful behavior perpetrated under, and without the effect of alcohol as well as the registration of crimes committed by the patients.

The results suggest that, indeed, the prevalence of criminal behavior under the influence of alcohol is higher than the prevalence of criminal behaviors in a sobriety state, that these crimes are more frequent as driving a vehicle under the influence of alcohol, and verbal and / or physical aggression, directed mainly to family. It is legitimate to conclude that the consumption of alcoholic beverages can increase the levels of anxiety, impulsivity and subsequent aggression. Because of these cognitive and behavioral changes, there may be alarger susceptibility that the subject adopt, thoughtless and negligently, thoughts and behaviors that may jeopardize his life and the lives of those around him. Alongside these facts, the likelihood of a crime being committed, public or even unofficially, increases exponentially.

All the information obtained is relevant to an understanding of the harmful, consequences to alcohol consumption. This can be a tool to help in the exploration of potentially violent individuals, as well as to quantify the prevalence of criminal behavior, and act from there. The crime rate is closely related to the excessive consumption of this substance, as well as all health and social problems associated with it.

It is important that there is continuity in the approach to this problem, so that your education and prevention are increasingly younger and combative.

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract	iv
Índice.....	v
Parte 1 – Enquadramento teórico	7
1. O álcool e o alcoolismo: definições e etiologia.....	7
1.1. Perturbações relacionadas com o consumo de álcool.....	8
1.2. Critérios de diagnóstico para o Alcoolismo segundo a CID-10 e o DSM-IV-TR.....	10
1.3. Principais fatores de risco e de proteção para a dependência de álcool	13
1.4. O " <i>craving</i> " na dependência alcoólica.....	14
2. O consumo de álcool a nível nacional e internacional	15
3. Os efeitos biopsicossociais do consumo de álcool e as suas consequências.....	17
3.1. Os Problemas Ligados ao Álcool (PLA)	18
4. O álcool e a criminalidade.....	20
4.1. Os efeitos do consumo de álcool a nível cognitivo e comportamental	20
4.2. O álcool e o comportamento violento.....	23
5. Principais abordagens entre o crime e o consumo de drogas, nomeadamente, do consumo de álcool	24
5.1. Modelo de causa-efeito entre o crime e a utilização de drogas	26
5.2. Modelo de determinismo causal entre o crime e o uso de drogas	26
5.3. Modelo estruturalista entre o crime e o consumo de drogas	27
5.4. Outras abordagens assentes na socialização e no risco-proteção entre o crime e o consumo de drogas	28
Parte 2 – Estudo Empírico.....	29
6. Método	30
6.1. Participantes.....	30

6.2. Materiais	30
6.3. Design.....	31
6.4. Procedimentos	31
8.Resultados	33
8. Discussão.....	47
9. Conclusão	48
Referências bibliográficas	52

Parte 1 – Enquadramento teórico

1. O álcool e o alcoolismo: definições e etiologia

O álcool é produto da fermentação dos açúcares de determinados produtos de origem vegetal, composta por uma determinada concentração de álcool etílico, ou etanol. As bebidas fermentadas foram descobertas e desenvolvidas nos mais remotos tempos da história da humanidade, bem como o efeito patológico das mesmas (Mello, Barrias, & Breda, 2001). Esta descoberta fez com que o Homem reconhecesse que o álcool seria mais do que uma simples bebida, que saciaria uma necessidade vital, mas que também teria um efeito estimulante e eufórico, proporcionando ao indivíduo uma enorme sensação de bem-estar e de uma possível fuga à realidade, como que uma despersonalização e um livre arbítrio para transpor determinados limites. Foi também concluído, após estudos suportados arqueológica e bibliograficamente, que a origem e a etiopatogenia do álcool reportam a milhares de anos atrás, onde os povos egípcios, gregos, e romanos melhor desenvolveram e refinaram a arte do consumo e do fabrico de bebidas alcoólicas (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Já nos tempos da Antiguidade eram conhecidos os efeitos do álcool e da subsequente embriaguez. Contudo, esta era apenas considerada como uma perturbação ligada ao consumo de bebidas alcoólicas. Por outro lado, o alcoolismo era apenas tratado em uma fase já tardia, em que os doentes eram internados em instituições psiquiátricas, uma vez que a doença era ainda encarada como uma "causa de loucura". Apenas na segunda metade do séc. XIX, o conceito de alcoolismo foi desenvolvido e considerado não como um vício, mas como uma doença, juntamente com a valorização do crescente consumo médio anual de álcool. Mais tarde, a abordagem científica aos problemas surgidos pela ingestão e consumo de álcool, suscitou para a consciencialização de todos os perigos a eles associados, face às questões de saúde pública (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Segundo Lima e Ribeiro (2008), toda esta evolução transversal ao consumo e à produção de bebidas alcoólicas foi determinada pelo Homem, quando incluiu esta substância como elemento fulcral nos costumes e nas tradições culturais, aperfeiçoando-a e tornando-a cada vez mais graduada, fazendo com que houvesse, ao longo dos séculos, um maior descontrolo e falta de moderação do seu consumo.

A melhor compreensão dos hábitos e da sintomatologia da doença alcoólica foi inicialmente feita através do estudo e da descrição do quadro clínico de *Delirium Tremens*, avançando assim para uma abordagem médica e patológica da doença. Em 1851, ao ser

traçado o tratado sobre o *Alcoolismo Crónico*, a perturbação foi especificada como uma síndrome autónoma, traduzindo-se em uma sintomatologia de "intoxicação crónica", envolvendo "quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebidas alcoólicas", associada também a determinados quadros de morbidade do Homem, designando-se assim de *Alcoolismo* (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

De entre as várias tentativas de qualificar e de classificar o alcoolismo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desempenhou um papel fulcral ao definir esta patologia, entendendo o álcool como o agente patogénico comum entre o alcoolismo (doença) e o alcoólico (doente). Para tal, em 1955, no relatório elaborado pela OMS, perante um comité de peritos que se reuniram e debateram questões relativas ao álcool e ao alcoolismo, foi transcrita a enorme necessidade de clarificar que as questões dos problemas ligados ao álcool (PLA) transpõem os problemas económicos (como muitos dos países pensavam), e que seria necessário as autoridades vigentes de saúde pública implementarem determinadas estratégias de combate a todos estes problemas. Por outro lado, houve também a necessidade de explorar e de clarificar determinados aspetos do alcoolismo, nomeadamente, os efeitos e a sintomatologia da doença. Assim, foram destacados e explorados os sintomas frequentemente denominados pelo desejo/impulso pelo álcool ("*craving*"), a sintomatologia da abstinência alcoólica ("*withdrawal symptoms*"), a questão da perda de controlo ("*loss of control*"), e os "*blackouts*". Quando definidos, estes conceitos fizeram a ponte de ligação para a classificação do álcool no âmbito das dependências de drogas e dos distúrbios induzidos pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Foi, portanto, fulcral realçar que o alcoolismo, como comportamento, é um distúrbio médico e que os fatores socioeconómicos são agentes contributivos para o entendimento da etiologia da doença. Concomitantemente, a OMS (1955) estabeleceu que o alcoolismo, não constituía, por si, uma entidade nosológica definitiva, mas antes todo um conjunto de problemas ligados ao álcool, a serem explorados do ponto de vista médico e da saúde pública.

1.1. Perturbações relacionadas com o consumo de álcool

Apesar de já ter sido alvo de discussão o grande impacto que o álcool teria na saúde, pela OMS desde o início dos anos 50, foi no ano de 1967 que o alcoolismo foi integrado, pela mesma organização, na Classificação Internacional das Doenças (CID), a partir da 8.^a Conferência Mundial de Saúde (Oliveira, 2009). Assim, a décima edição da CID (CID-10; *International Classification of Diseases – ICD-10*) aborda concretamente as "perturbações direta ou indiretamente provocadas pelo álcool", permitindo um diagnóstico multiaxial da

perturbação "ligada a sintomas e comportamentos, clinicamente reconhecíveis e associados a consumos nocivos à saúde e a disfuncionamento pessoal e relacional". Juntamente com esta classificação, a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana – texto revisto (DSM-IV-TR; *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – 4.ª edition*), constitui também uma ferramenta fulcral na determinação de um diagnóstico multiaxial, pelo seu "rigor da descrição e da terminologia", bem como a referência a outros meios complementares de investigação clínica (Mello, Barrias, & Breda, 2001). Ambos os manuais constituem as referências a nível mundial para a classificação de diagnósticos relacionados com o álcool. No entanto, o foco está maioritariamente na CID-10, uma vez que é uma classificação internacional e, portanto, transversal aos critérios das classificações de diagnósticos ao nível do consumo de álcool, a nível mundial (Marante, 2010). Concretamente, a CID-10 engloba todas as "Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas" de F10 a F19. Especificamente, as perturbações ligadas ao consumo de álcool são integradas em F10, sendo especificadas com o seguinte código e denominação:

Quadro 1

Diagnósticos da CID-10

Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas:

CID-10

F10.0 – Intoxicação aguda

F10.1 – Uso nocivo

F10.2 – Síndrome de dependência

F10.3 – Estado de abstinência

F10.4 – Estado de abstinência com *delirium (Delirium Tremens)*

F10.5 – Transtorno psicótico

F10.6 – Síndrome amnésico

F10.7 – Perturbação psicótica residual de início tardio

F10.8 – Outras perturbações mentais e comportamentais

F10.9 – Transtorno mental e de comportamento não especificado

Quadro 1. Diagnósticos da CID-10 para as perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool

Por seu lado, o DSM-IV-TR discrimina, dentro das "Perturbações relacionadas com substâncias", os diagnósticos das perturbações relacionadas com o álcool, que são:

Quadro 2

Diagnósticos do DSM-IV-TR

Perturbações relacionadas com o consumo de álcool: DSM-IV-TR

303.00 – Intoxicação pelo álcool

305.00 – Abuso do álcool

303.90 – Dependência do álcool

291.81 – Abstinência do álcool

291.0 – *Delirium* de abstinência induzido pelo álcool

291.0 – *Delirium* de intoxicação induzido pelo álcool

291.2 – Demência persistente induzida pelo álcool

291.1 – Perturbação mnésica persistente induzida pelo álcool

291.5 – Perturbação psicótica induzida pelo álcool, com ideias delirantes

291.3 – Perturbação psicótica induzida pelo álcool, com alucinações

291.89 – Perturbação do humor induzida pelo álcool

291.89 – Perturbação da ansiedade induzida pelo álcool

291.89 – Disfunção sexual induzida pelo álcool

291.89 – Perturbação do sono induzida pelo álcool

291.9 – Perturbação relacionada com o álcool, sem outra especificação

Quadro 2. Diagnósticos do DSM-IV-TR para as perturbações relacionadas com o álcool

1.2. Critérios de diagnóstico para o Alcoolismo segundo a CID-10 e o DSM-IV-TR

Para uma melhor compreensão da definição e sintomatologia da dependência alcoólica, é descrita abaixo a mesma através dos critérios da CID-10 e do DSM-IV-TR.

Quadro 3

Critérios de diagnóstico segundo a CID-10

CID-10: F10.2 – Síndrome de dependência alcoólica

Conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que se sobrepõem às principais prioridades do sujeito, comprometendo todas as áreas pessoais e sociais do mesmo. A principal característica da síndrome é o desejo excessivo de beber álcool. Após um determinado período de abstinência, o indivíduo pode recair e a dependência pode instalar-se novamente de forma mais célere e prejudicial do que inicialmente.

Diretrizes para o diagnóstico: para que o diagnóstico seja conclusivo, de forma geral, deverá-se registrar pelo menos três ou mais dos seguintes sintomas experienciados em simultâneo, durante o ano transato:

Desejo forte, ou mesmo compulsivo, de beber álcool;

Dificuldades em controlar o consumo de álcool relativamente ao início ou ao término do consumo, ou mesmo aos níveis de utilização;

Sintomas de um estado de abstinência fisiológico, onde o sujeito diminui ou suprime os consumos de álcool, denominado por Síndrome de Abstinência do Álcool (F10.3 ou F10.4), em que o indivíduo sente necessidade de consumir álcool para atenuar/evitar estes sintomas de privação;

Manifestações de tolerância ao álcool e aos seus efeitos, em que o sujeito requer maiores quantidades de álcool para atingir o efeito desejado (alguns indivíduos podem mesmo ingerir quantidades diárias de álcool que para outros seriam totalmente destrutivas para sujeitos não dependentes);

Abandono gradual das áreas de lazer e de interesse em prol do uso de álcool, e consequente aumento do tempo para adquirir, consumir ou recuperar dos seus efeitos;

Perseveração do consumo de álcool em detrimento do aparecimento dos efeitos nocivos do mesmo, tendo em conta de que o sujeito está, ou não, a par da natureza e da gravidade das consequências danosas.

Quadro 3. Critérios de diagnóstico do Síndrome de Dependência do Álcool (F10.2), segundo a CID-10

Quadro 4

Critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV-TR

DSM-IV-TR: 303.90 – Dependência do álcool

Padrão desadaptativo do consumo de álcool, levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por 3 ou mais dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

Tolerância definida por qualquer um dos seguintes:

necessidade de consumir quantidades crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;

diminuição clara do efeito, mesmo consumindo a mesma quantidade continuada de álcool;

Abstinência, traduzida por qualquer um dos seguintes:

síndrome de abstinência característica do álcool;

o álcool é consumido para atenuar ou evitar a sintomatologia de abstinência;

O álcool é frequentemente consumido em quantidades excessivas ou por um período mais longo do que seria pretendido;

Existe um desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar o consumo de álcool;

É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção (por exemplo, idas a vários médicos ou conduzir para longas distâncias), ao consumo de álcool e à recuperação dos efeitos do mesmo;

Abandono ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao consumo de álcool;

O consumo de álcool é continuado apesar de existir um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pelo consumo de álcool (por exemplo, manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo do mesmo).

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2);

Sem Dependência Fisiológica: sem evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2).

Quadro 4. Critérios de diagnóstico da Dependência do Álcool (303.90), segundo o DSM-IV-

TR

O alcoolismo é muitas vezes confundido com a embriaguez (intoxicação aguda) e, portanto, é relevante que se faça a distinção entre ambos os diagnósticos. A intoxicação aguda é caracterizada por uma ingestão de álcool pontual e em grande quantidade, em um dia ou em um curto espaço de tempo, que pode ter como consequências tonturas ou, em casos mais graves, levar ao coma alcoólico (Oliveira, 2009). É uma condição transitória que resulta em alterações a nível da consciência, da cognição, da percepção, do afeto, do comportamento, e mesmo a nível de outras funções psicofisiológicas (CID-10). Mais, a dependência alcoólica é um reflexo de um conjunto de problemas advindos do consumo excessivo de álcool, e um conjunto de diagnósticos acompanhados por perturbações a nível cognitivo, físico, relacional, e socioeconómico (Oliveira, 2009).

A nível dos consumos, o álcool é uma substância que, ao ser ingerida, se manifesta em duas fases distintas: a fase estimulante e a fase depressora. Em uma primeira instância, o álcool faz com que o sujeito experiencie efeitos como euforia, desinibição, e verbosidade. Mais tarde, estes efeitos dissipam-se e o indivíduo começa a sentir-se mais apático, podendo mesmo sentir dificuldades a nível da coordenação motora, alguma sonolência, e descontrolo comportamental. Estes efeitos, normalmente, aparecem cerca de 15 (fora do período de refeição) a 30 (durante o período de refeição) minutos após a ingestão de álcool, e o nível de alcoolemia só desce horas depois de o fígado – principal órgão lesado pela ingestão de álcool – eliminar a substância (Oliveira, 2009).

1.3. Principais fatores de risco e de proteção para a dependência de álcool

Paralelamente aos critérios de diagnósticos do alcoolismo, é importante designar também os principais fatores de risco e de proteção que, confluídos, poderão contribuir para que um determinado indivíduo desenvolva, ou não, uma possível dependência alcoólica. Para tal, estes apresentam-se de forma sistematizada no quadro seguinte:

Quadro 5

Fatores de risco e proteção do alcoolismo

Fatores de risco	Fatores de proteção
Agente (álcool)	Individuais
Maior disponibilidade;	Expectativas de futuro positivas;
Menor custo;	Responsabilidade, capacidade de adaptação e
Maior rapidez em atingir o cérebro;	de autocontrolo;

Eficácia enquanto calmante	Estratégias de <i>coping</i> emocionais e cognitivas; Conhecimentos acerca do álcool e das suas consequências
Meio	Familiares
Ocupação/profissão de risco; Pressão exercida pelo grupo de pares; Aceitação cultural e estímulo para o consumo; Instabilidade social	Vínculos positivos e apoio emocional; Sistema estruturado e normativo; Comunicação entre pais e filhos clara, aberta e sincera
Individuais	Escolares
Predisposição genética; Seio familiar instável; Perturbação psiquiátrica pré-mórbida: depressão ou ansiedade; perturbação antissocial da personalidade; perturbação de pânico; perturbação de hiperatividade com défice de atenção.	Vínculos com a escola, pares e professores; Normas claras sobre condutas estáveis; Supervisão e reforço coerentes das normas

Quadro 5. Principais fatores de risco e de proteção para a dependência de álcool (Adaptação por Palha, 2007, de Hurtado, 2004, cited in em Marante, 2010)

1.4. O "*craving*" na dependência alcoólica

Tal como já foi referido anteriormente, foi devido à OMS (1980) que se pôde estabelecer esta distinção entre o alcoolismo como uma doença, e o alcoólico como um doente. Desta forma, o alcoolismo reúne a totalidade de problemas motivados pelo álcool no indivíduo e que, conseqüentemente, se agrava para as várias dimensões, causando perturbações a nível orgânico e psíquico, distúrbios a nível familiar, profissional, e social, nunca descurando também as repercussões a nível económico, legal, e mesmo moral. A par destas características, o indivíduo apresenta alterações no seu comportamento, adquirindo padrões de consumo de bebidas alcoólicas gradualmente exageradas e um enorme desejo ("*craving*") de consumo, sem, no entanto, se conseguir abster do álcool. Especificamente, o "*craving*" é um sintoma comum na dependência alcoólica que, apesar de não constituir um critério de avaliação de diagnóstico na CID-10 ou no DSM-IV-TR, é importante para a compreensão da dinâmica da doença alcoólica. Assim, o "*craving*" caracteriza-se como um

desejo irreprimível e incontrolável de beber álcool, e que se manifesta, em grande parte, quando o doente está impedido da utilização de álcool, ou mesmo quando ele próprio se tenta abster da substância. Estudos feitos apontam para uma similaridade entre os comportamentos compulsivos da Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) e o comportamento compelido de beber álcool, próprio de um doente alcoólico (Pombo, Ismail, & Cardoso, 2008).

Segundo a OMS (1955), o "*craving*" tem sido utilizado para explicar o aparecimento do alcoolismo do ponto de vista de uma necessidade psicológica, para aliviar os sintomas de abstinência, e mesmo de uma necessidade física, proveniente de condições fisiopatológicas que envolvem o metabolismo, funções endócrinas, entre outras. Apesar do possível contributo genético facilitador da dependência alcoólica, os fatores culturais são, indubitavelmente, os mais importantes na explicação da predisposição de cada indivíduo ao alcoolismo (Oliveira, 2009).

Para melhor compreendermos a tríade álcool-alcoólico-alcoolismo, é importante realçar e explicitar o facto de que um indivíduo dependente de álcool, é um doente que está dependente de uma substância e, conseqüentemente, padece de uma perturbação crónica, sem cura, mas passível de tratamento e de recuperação. Objetivamente, um alcoólico, segundo Fouquet, "é simplesmente uma pessoa que perdeu a liberdade para decidir quanto, quando e como beber" (cited in Marante, 2010).

2. O consumo de álcool a nível nacional e internacional

Após uma reflexão sob o fenómeno das repercussões do consumo e da distribuição de álcool, a nível mundial, mais particularmente nas valências de carácter social, económico, salutar, familiar, laboral, judicial, e individual, um comité de especialistas da OMS reuniram-se em Geneva (1980), com o intuito de serem consideradas medidas preventivas e regenerativas a serem implementadas perante esta problemática. Mais, no ano transato, seria já de conhecimento que os problemas ligados ao álcool (PLA) se encontrariam entre os principais problemas de saúde pública, à escala mundial, uma vez que estes mesmos problemas já constituiriam um grave obstáculo no desenvolvimento socioeconómico de determinados países e, portanto, submergindo os serviços de saúde. Concomitantemente, foi também notado um grande aumento na produção de bebidas alcoólicas e na sua distribuição alargada, bem como uma maior disponibilidade de dinheiro para as comprar o que, por vezes, iria contra as convicções sociais e económicas de determinadas populações.

A União Europeia apresenta um dos maiores consumos a nível do consumo e da produção de álcool, bem como o nível de consumo *per capita*. É também alarmante a

precocidade com que são experimentadas as bebidas alcoólicas, associado a fenómeno de "binge drinking" (padrão de consumo excessivo, pontual, em um espaço curto de tempo, com o objetivo de atingir alterações na consciência de forma célere) e sempre associados aos consumos de risco (1), aos consumos nocivos (2) e aos consumos dependentes (3) que, segundo Nogueira e Ribeiro (2008), são descritos da seguinte forma: (1) padrão de consumo de muita importância em saúde pública que pode implicar dano físico ou mental, se tal consumo persistir; (2) padrão de consumo que causa danos à saúde, quer física, quer mental, mas não satisfaz totalmente os critérios de dependência; (3) padrão de consumo constituído por fenómenos, cognitivos e comportamentais, que se podem desenvolver após o uso continuado de álcool. Este tipo de consumo inclui um desejo intenso e um descontrolo perante a bebida, e um conseqüente uso desmedido da mesma, independentemente das conseqüências, afetando todas as áreas da vida do indivíduo. Existe também um aumento da tolerância à substância e sintomas de privação aquando da cessação do seu uso. Aliados a estes padrões de consumo de alto risco cada vez mais vistos em adolescentes e jovens adultos, e à experimentação prematura de bebidas alcoólicas, está associada uma maior probabilidade destes consumidores desenvolverem uma dependência.

A nível nacional, Portugal é um país com uma vasta tradição vitivinícola que inseriu, desde muito cedo, o álcool na sua história e na sua cultura. Segundo o relatório *World Health Statistics* (OMS, 2013), no ano de 2008, Portugal foi estimado como um dos países com maior consumo de álcool *per capita*, traduzido em 14 litros de álcool puro ingeridos por pessoa, por ano. O Instituto Nacional de Estatística (INE) diz-nos também que, no ano de 2012, a taxa de mortalidade padronizada por indivíduos com menos de 65 anos, em Portugal, foi de 12.3%, derivada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100000 habitantes, e que a taxa de criminalidade, por condução de veículo com uma taxa igual ou superior a 1.2g/l de álcool no sangue, é de 2.4%, ou seja, equivalente a 25366 casos, registado como o terceiro tipo de crime mais cometido nesse mesmo ano, a nível nacional. Portugal encontra-se entre os 20 países com o maior consumo a nível mundial, no que concerne ao tipo de bebida alcoólica consumida. Desta forma, o nosso país encontra-se como o terceiro maior consumidor de vinho, traduzido em um consumo de 7.16 litros de álcool puro *per capita*, e também um dos países com maior produção vinícola a nível europeu (OMS, 2004).

O consumo de álcool em Portugal está também caracterizado pelo aumento do consumo de cerveja, de bebidas alcoólicas por mulheres e por jovens, de bebidas destiladas que, transversalmente, estão associadas à internacionalização e a uniformização dos hábitos de beber da população portuguesa. Também a nível nacional, os homens têm uma maior

prevalência a nível do consumo de bebidas alcoólicas do que as mulheres, e muitas destas mantêm esses consumos durante o período de gravidez e de amamentação. Mais, o consumo de álcool é feito de forma regular e diária, durante e fora do período das refeições, sendo o vinho a bebida alcoólica mais consumida (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Globalmente, segundo o "*Global Status Report On Alcohol 2004*" (OMS, 2004), foi estimado que existem, pelo menos, dois biliões de pessoas que consomem bebidas alcoólicas, e que existem 76.3 milhões de pessoas diagnosticadas com perturbações por uso de álcool. De uma perspetiva da saúde pública, o álcool está entre os principais fatores que contribuem para a morbidade e mortalidade em todas as partes do mundo e que acarreta consequências a nível de saúde e a nível social, através da intoxicação alcoólica ("bebedeira"), dependência alcoólica, e outros efeitos bioquímicos causados pelo consumo de álcool. Estes números alarmantes remetem para o facto de existir, em média, um alcoólico por cada dez pessoas que tenham já consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez vida. Mais concretamente, em Portugal, os dados atrás referidos parecem confluir, uma vez que as estatísticas portuguesas demonstram também que 10% da população apresenta incapacidades consequentes do consumo excessivo de álcool (Pombo, 2010).

3. Os efeitos biopsicossociais do consumo de álcool e as suas consequências

O álcool foi considerado pela OMS (2002) o terceiro maior fator de risco de doença e de mortalidade a nível mundial, depois do tabaco e da hipertensão arterial. O consumo desta substância causou, globalmente, 1.8 milhões de mortes (um equivalente a 4% das doenças globais), e 20% a 30% destas mortes foram devidas a cancro do esófago, a doenças hepáticas, epilepsia, acidentes de viação, homicídio e outras lesões cerebrais, todas fruto do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Foi também registado o álcool como causa de 58.3 milhões de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years – DALY's*). Mais concretamente, na Europa, entre 1/3 das doenças registadas têm como das principais causas o álcool, e um registo de 195 mil mortes por ano causadas também por esta substância. Segundo Ribeiro (2008), 23 milhões de cidadãos europeus são dependentes de álcool, e o risco de desenvolver essa mesma doença aumenta com o aumento dos consumos, sendo também responsável por cerca de 60 tipos de doenças e problemas, nomeadamente, perturbações mentais e comportamentais, gastrointestinais, cancros, doenças cardiovasculares, entre outros. Por outro lado, existe um preconceito associado ao consumo e dependência de substâncias psicoativas, que poderá impedir os doentes de se emergirem e procurarem tratamento, dificultando a implementação de medidas preventivas e interventivas para os mesmos. O

estudo da OMS (2004) do tema "*Neurociências: Dependências de Substâncias Psicoativas*" mostra-nos que o uso nocivo de substâncias estaria nas principais razões das desaprovações ou preconceito social.

Como substância psicoativa, o álcool altera o funcionamento cerebral e pode, portanto, criar dependência no indivíduo que o consome (Marante, 2010). No entanto, existe quem consuma bebidas alcoólicas e o risco de se tornar dependente é muito baixo, ou mesmo nenhum. Para melhor explicar este fenómeno, tem de se ter em conta que existem outros fatores, internos e/ou externos, que podem condicionar, ou não, uma maior predisposição para o risco do indivíduo se tornar um dependente alcoólico. Entre estes principais fatores, destacam-se os fatores de cariz biológico, psicológico, sociocultural, genético, ou mesmo a contribuição da junção de todos estes fatores (Zago, 1996, cited in em Oliveira, 2009).

De uma forma geral, é percebido que o álcool, consumido de forma irresponsável, abusiva, sem qualquer tipo de controlo, e aliado a todas as condicionantes internas e externas do próprio indivíduo, eleva o risco de o sujeito desenvolver distúrbios fruto desse consumo excessivo, nomeadamente, a dependência alcoólica, uma doença crónica que, inicialmente, afeta o indivíduo e a sua saúde física e mental. Contudo, esta doença é transposta da valência singular, quando afeta o dependente, para uma valência muito mais extensa e complexa quando os danos da doença atingem parâmetros que vão para além da dependência, *per se*, e comprometem todos os outros parâmetros envolventes em todas as áreas da vida pessoal e social do doente.

3.1. Os Problemas Ligados ao Álcool (PLA)

Cartwright e Shaw (1978) destacaram a importância da confluência dos fatores sociais, económicos, psicológicos e fisiológicos, no desenvolvimento e na criação das duas determinantes principais na prevalência do alcoolismo: os "modelos de consumo" e a "vulnerabilidade ou proteção de cada indivíduo". Estes modelos ajudam a perceber melhor a abordagem dos PLA, identificando diferentes etiologias para o conhecimento do processo biopsicosocial do indivíduo dependente de álcool. Essencialmente, os fatores que, na sua interação, determinam a incidência e a prevalência dos PLA, são de cariz individual (fisiológicos, bioquímicos, genéticos, psicológicos, espirituais), socioeconómico e cultural (vitivinícolas, antropológicos, culturais, económicos, jurídicos, políticos), transversais aos tipos de hábitos, comportamentos e mesmo os "modelos de beber" do sujeito. Conjuntamente, as características individuais de maior ou menor propensão à vulnerabilidade *versus* proteção específica do indivíduo ou dos grupos, poderão determinar a dinâmica adjacente aos PLA,

que direta ou indiretamente, afetam o próprio indivíduo dependente (ou mesmo a grupos de alto risco), a sua família, o seu trabalho, e mesmo a sociedade em que está inserido (Mello Barrias, & Breda, 2001).

Em 1982, a OMS elabora um documento que, ao ser apresentado na 35.^a Assembleia Mundial de Saúde, e abordando o tema "*Discussões Técnicas sobre Alcoolismo*", descreve os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) como "consequências nocivas do consumo de álcool (...) atingem não só o bebedor, mas também a família e a coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de consumo prolongado" (Mello Barrias, & Breda, 2001).

Concretamente, os PLA afetam:

- O indivíduo (consequências físicas, cognitivas, familiares, e sociais do consumo excessivo ou crónico de álcool);
- A família (perturbação na funcionalidade e relações da mesma);
- O trabalho (maior propensão a acidentes, aumento do absentismo, diminuição da rentabilidade);
- A comunidade (dano nas relações sociais, maior tendência para desordem pública, delitos, violência, criminalidade, desemprego).

Corroborando esta informação, Fonte (2000), sistematiza os PLA em duas categorias: os problemas médicos (consequências a nível hepático, pancreático, cardiovascular, gastrointestinal, neurológico, reprodutor, cancerígeno, e na comorbilidade psiquiátrica) e os problemas psicológicos e sociais, que englobam essencialmente os problemas a nível legal, laboral, familiar e mesmo possíveis efeitos traumáticos na criança (Marante, 2010).

Juntamente com esta compreensão da definição de dependência, é importante perceber que o álcool altera o funcionamento cerebral e, portanto, afeta os mecanismos biológicos do indivíduo, fazendo com que exista uma perda do controlo do impulso para beber álcool. Aliado a esta premissa, está o facto de cada vez mais existir um consumo padronizado de bebidas alcoólicas, mais precoce e abusivo, e que maioritariamente é feito com o objetivo de atingir determinados estados de consciência que, de acordo com o efeito patológico da substância, proporcionam ao indivíduo uma enorme sensação de dormência e de bem-estar e de uma possível fuga à realidade, atingindo sensações de leveza, de forma a amenizar sentimentos de tristeza, frustração, e mal-estar.

4. O álcool e a criminalidade

A literatura indica-nos que existe uma relação direta entre os transtornos causados pelo consumo de substâncias psicoativas e a criminalidade. Mais concretamente, é possível constatar uma percentagem elevada de comportamentos violentos e ilícitos em indivíduos sob o efeito dessas mesmas substâncias, nomeadamente, do álcool (Chalub & Telles, 2006).

Em um estudo feito por Pinto, Frazão, & Breda (1997), direcionado à incidência do álcool na criminalidade, comparando a população criminal com uma amostra de doentes alcoólicos envolvidos em crimes, estes apresentam percentagens significativamente mais elevadas de crimes, nomeadamente violência (43%) e acidentes de viação com taxas de alcoolemia superiores a 1.2g/l (38%). A nível da saúde pública, o álcool prevalece no crime, mais concretamente no homicídio, e na violência de ordem pública, mas também em casos de rutura familiar, violência doméstica e mesmo maus tratos em crianças (Mello, Barrias, & Breda, 2001). Indivíduos com dependência alcoólica apresentam, portanto, uma maior propensão a comportamentos agressivos derivados de alterações "caracteriais". Mais, a percentagem de doentes alcoólicos em uma população criminal violenta é muito superior à percentagem de doentes alcoólicos em uma população criminal não violenta. O risco de um alcoólico cometer um homicídio foi estimado como 30 vezes mais elevado do que um indivíduo não alcoólico (Gottlieb & Gabrielsen, 1992, cited in Almeida, 1999).

Afonso de Deus (2002) caracteriza mesmo o álcool como uma "válvula de escape" para a agressividade. Refere também que, comparando com a população geral, o alcoólico "tradicional" demonstra uma maior tendência para uma maior ambivalência no que concerne às suas tendências agressivas, manifestando assim uma tensão interna no âmbito dos afetos.

4.1. Os efeitos do consumo de álcool a nível cognitivo e comportamental

Como substância aditiva, o álcool causa uma dependência de cariz crónico e, portanto, a dependência alcoólica é traduzida por um transtorno da função cerebral, onde as funções cognitivas e comportamentais são lesadas. Assim, segundo a OMS (2004), a dependência é como um processo de aprendizagem em que as alterações cerebrais resultam da interação entre os efeitos fisiológicos das substâncias que atuam em determinadas zonas cerebrais associadas à motivação e às emoções, e ao próprio processo de aprendizagem do indivíduo dependente. Ou seja, o consumo de determinadas substâncias, como o álcool, oferece à pessoa um efeito psicoativo satisfatório e prazeroso, que faz com que os próprios mecanismos cerebrais motivem o reforço da preservação desse comportamento, como se o mesmo fosse biologicamente necessário. Consequentemente, estes processos de aprendizagem associados à

motivação e à exposição repetida do consumo de substâncias podem ser desencadeados por vários estímulos (externos e/ou internos), provocando determinados comportamentos e reações avassaladoras que impeçam o indivíduo de se abster. Mais, o álcool está intimamente relacionado a mudanças comportamentais que podem proceder a condutas violentas que, transversais a um aumento da frequência e dos consumos de álcool, poderão ser também cada vez mais habituais a graves (Oliveira et al, 2009).

O álcool, como forte neurotóxico e nocivo para a saúde, pode manifestar-se em várias estruturas do sistema nervoso, causando uma habituação psíquica e física, que por vezes pode ser traduzida em quadros de manifestações clínicas como o *Delirium Tremens* ou Síndrome de Abstinência Alcoólica. Estas manifestações podem fazer com que o indivíduo, nesta fase de privação, experiencie elevados níveis de ansiedade e de irritabilidade, juntamente com tremores, náuseas, e vômitos (cerca de 8 horas depois da privação do consumo). Cerca de 12 horas a 2 dias após a privação, segue-se uma elevada agitação, aliada a insónias, alucinações e convulsões. Em uma fase mais tardia, entre os 2 a 5 dias de carência de consumo de álcool, o indivíduo pode sentir uma confusão profunda ainda com possíveis alucinações e hiperatividade do sistema nervoso autónomo (de Almeida, 2004).

Para além destas alterações no desempenho de determinadas funções cerebrais, o consumo excessivo de álcool afeta também a capacidade mnésica dos indivíduos. O estudo desenvolvido por Oliveira, Laranjeira, e Jaeger (2002) corrobora isso mesmo. Foi avaliada a memória em indivíduos com um grau de severidade alcoólica moderado e grave em um primeiro momento, ou seja, no início do tratamento, e três meses depois. Durante este período de tempo, o doente teria de estar abstinente de bebidas alcoólicas e de cumprir o tratamento.

Os resultados demonstraram que o desempenho a nível da memória imediata melhorou significativamente nos sujeitos com um grau de severidade alcoólica moderado, e ainda mais significativo nos sujeitos com um grau de severidade alcoólica grave. Desta forma, comprova-se que o abuso de álcool pode comprometer as funções cognitivas e mnésicas do indivíduo, mas que estas mesmas alterações cerebrais poderão também ser reversíveis, após um determinado período de abstinência alcoólica.

O consumo excessivo de álcool pode também causar lesões a nível cerebral, mais propriamente a nível do lobo frontal. Esta zona está relacionada com a capacidade da tomada de decisões, a capacidade de avaliar e de ajustar corretamente o comportamento perante determinadas circunstâncias, bem como a capacidade de controlo emocional. Desta forma, quando os indivíduos apresentam lesões no lobo frontal, estes apresentam uma menor capacidade de discernimento e de controlo dos seus comportamentos e emoções, levando a

dificuldades a nível da capacidade de empatia pelo outro, e o conseqüente aumento dos níveis de impulsividade (Mendes, Mari, Singer, Barros, & Mello, 2009).

O álcool tem ação no sistema nervoso central e causa alterações orgânicas, cognitivas, e comportamentais. Dependendo do tempo de utilização e da quantidade ingerida, os danos derivados do consumo desta substância podem tornar-se nocivos à saúde e são, por vezes, irreversíveis. Esta ação do álcool atua essencialmente nas funções neuroquímicas dos sistemas *GABA* (ácido gama-aminobutírico), glutamato, norepinefrina, dopamina, acetilcolina, e serotonina. Esta última tem sido relevante na compreensão da regulação do comportamento violento. Desta forma, a baixa produção de serotonina está intimamente associada aos comportamentos agressivos que, por sua vez, estão ligados à utilização crónica de álcool (Monnot, Nixon, Lovallo, & Ross, 2001, cited in de Almeida, Pasa, & Scheffer, 2009).

Essencialmente, os distúrbios ligados à utilização de álcool comprometem a atenção, a memória, as funções cognitivas e viso-espaciais, e provoca também alterações comportamentais, principalmente ao nível da desinibição, do aumento da agressividade, da perda do controlo dos impulsos, e da euforia. É, portanto, legítimo afirmar que tais danos alteram e, muitas vezes, elevam os níveis de ansiedade e de agressividade dos indivíduos alcoólicos. Para além destas alterações químicas, existem regiões cerebrais que também são afetadas (de Almeida, Pasa, & Sheffer, 2009). Em indivíduos com condutas criminosas, bem como em indivíduos com consumos excessivos de álcool, verificam-se alterações no lobo frontal, nomeadamente, a nível da atenção, da concentração, da motivação e da avaliação das conseqüências das suas ações, juntamente com um aumento da impulsividade e de um maior descontrolo comportamental (Nunes, 2010).

Corroborando esta informação, em estudos realizados às alterações neurológicas relacionadas com o comportamento agressivo, concretamente em indivíduos que apresentem lesões no lobo frontal, são denotadas menores capacidades de controlo emocional e de julgamento e *insight*, e maiores dificuldades em estimar o impacto e as conseqüências do seu comportamento. A capacidade de empatia e de avaliação crítica também é menor, como conseqüência de uma maior desinibição e impulsividade cognitiva e comportamental e claro, possíveis aumentos dos níveis de agressividade e de violência (Mendes et al, 2009). Estas dificuldades aliadas à impulsividade gerada por estes mecanismos da dependência, são condicionantes importantes e explicativas de muitos comportamentos violentos (de Almeida, Pasa, & Sheffer, 2009).

Segundo o estudo de de Deus (2002), quando comparados com a população geral, os doentes alcoólicos apresentam maiores níveis de depressão e maiores riscos de suicídio.

Muitos destes doentes apresentam inseguranças relativamente a si e aos outros, fazendo com que haja um desfasamento entre as suas ambições pessoais e a realidade. Isto cria uma tensão interior no doente que, como meio de preservar esses objetivos e amenizar as frustrações decorrentes do insucesso das tentativas de conquista dos mesmos, recorre ao álcool para tal. Por outro lado, é também possível que doentes alcoólicos apresentem traços de personalidade "hipomaníacos" que, quando exacerbados pelo consumo excessivo de álcool, facilitam os "contatos sociais", e permitem uma "fuga à depressão", camuflando o "sofrimento provocado pela vivência de carências psicológicas".

Mais, e segundo o autor, a "imaturidade sexual" e a "tendência à passividade face à realidade que os rodeia", são também características que diferenciam os doentes alcoólicos dos demais. O autor faz também uma distinção entre o alcoólico "tradicional", ou seja, aquele com um início de consumo mais tardio e em um contexto social, cujo objetivo imediato não seria atingir a embriaguez e que, quando submetido a tratamento, apresenta-se culpabilizado e deprimido, e o "novo" tipo de alcoólico, caracterizado por indivíduos mais jovens, com um início de consumo de álcool mais precoce, mais excessivo e com a única finalidade de obter um efeito de "pedrada" e que apresentam comportamentos de risco e antissociais, aos quais o autor compara ao padrão de consumo dos toxicodependentes.

4.2. O álcool e o comportamento violento

De uma forma geral, o álcool funciona como um catalisador para o comportamento violento. Um indivíduo que, por si só, tenha alguma tendência para acumular tensões internas, frustrações ou algum tipo de ansiedade ou angústia advinda de problemas pessoais ou sociais já existentes, ao ter uma dependência alcoólica, manifestará de uma forma mais célere e impulsiva, comportamentos agressivos (Oliveira, 2009).

O próprio "*craving*" (já acima descrito), relacionado ao forte desejo de beber e a uma sintomatologia compulsiva, transpõe para o doente alcoólico elevados níveis de afetividade negativa, como sentimentos de ansiedade, depressão e mesmo de agressividade, transversais a uma maior impulsividade e conseqüente propensão a condutas violentas (Pombo, Ismail, & Cardoso, 2008). Estudos feitos previamente indicam que os principais fatores de risco para o desenvolvimento do comportamento agressivo focam-se essencialmente nos aspetos sócio-ambientais, que englobam a desigualdade social, a carência económica e o meio envolvente, e nos aspetos biológicos, mais concretamente os mecanismos genéticos e neurofisiológicos.

Mais, está comprovado que existe uma associação direta entre o consumo de álcool em mulheres em período pré-natal, e o posterior desenvolvimento de comportamento agressivo

nas crianças. Estes prejuízos, em crianças expostas ao álcool durante a gravidez, atuam maioritariamente a nível cognitivo e psicossocial, fazendo com que as mesmas desenvolvam uma maior predisposição à impulsividade, hostilidade e labilidade emocional, facilitando determinados comportamentos agressivos (Mendes et al, 2009).

É, também, comumente associado o álcool a comportamentos violentos e agressivos onde o indivíduo, etilizado, os dirige a si próprio ou a outros. Mais concretamente, este tipo de ações, quando dirigidas a si próprio, são feitas através de comportamentos de risco, como a condução de veículos de forma imprudente, tentativas de suicídio e promiscuidade. Quando esta violência é dirigida aos outros, as principais vítimas são as pessoas mais próximas do agressor, como o cônjuge e/ou os filhos, através da violência moral, física e verbal, que poderá atingir proporções cada vez mais graves e periódicas. No sexo masculino, é registada uma maior prevalência de violência dirigida aos outros, nomeadamente, à mulher. Cerca de 70% dos casos de violência doméstica são reportados por mulheres cujo companheiro apresenta um padrão de consumo abusivo de álcool, verificando-se que em muitos desses casos, a violência é também dirigida aos próprios filhos. Já no sexo feminino, a relação entre o consumo de álcool e a violência é usualmente traduzida em comportamentos dirigidos a si próprio, através de tentativas de suicídio, ou mesmo o suicídio consumado. Por conseguinte, os quadros de depressão e de ansiedade surgem muitas vezes em resposta aos transtornos derivados deste consumo abusivo, em que muitas vezes o próprio cônjuge também apresenta um padrão de consumo abusivo ou dependência alcoólica (de Almeida, Pasa, & Scheffer, 2009).

5. Principais abordagens entre o crime e o consumo de drogas, nomeadamente, do consumo de álcool

Após um declínio nos índices de criminalidade verificada no período pós-guerra, estes aumentaram no início da década de 80, onde foram constatados elevados números de delitos relacionados com o consumo e com o tráfico de substâncias, crimes contra o património e crimes violentos, como o roubo, o sequestro, e o homicídio. Tal como no caso do consumo de álcool, estes índices elevados de violência, a nível mundial, tornaram-se também um problema de saúde pública pela OMS. Em 2001, os transtornos derivados da utilização de substâncias psicoativas perfizeram o terceiro diagnóstico mais comum a nível de doenças psiquiátricas diagnosticadas, posterior à depressão e à ansiedade. Mais, a prevalência de distúrbios consequentes do consumo excessivo e dependência de álcool, na população adulta, foi estimada em 1.7% a nível mundial. A nível da criminalidade, o abuso de álcool traduz

também uma percentagem significativa entre a população criminal e os crimes de homicídio, violência doméstica e condução de veículos com indivíduos etilizados (Chalub & Telles, 2006).

Esta associação entre o consumo de álcool e a violência ocorre não só entre os indivíduos com um consumo excessivo ou dependente, mas também em indivíduos com um consumo moderado ou pontual. Esta prevalência é mais comum em indivíduos do sexo masculino, mas é também notado um aumento entre a prevalência do consumo de álcool em mulheres e a violência, uma vez que apresentam uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade às consequências do consumo e da dependência (de Almeida, Pasa, & Scheffer, 2009).

Para melhor compreendermos esta dinâmica, é de extrema importância explorar a associação entre o crime e o consumo de drogas. A relação entre a violência e o consumo de álcool é complexa e multidirecional, e nem sempre abrange uma ligação causal (Laranjeira, Duailibi, & Pinsky, 2005). Combatendo a procura de uma relação causal entre a conduta criminosa e o consumo de drogas, que tradicionalmente era feita através da procura do poder preditivo do consumo de substâncias sobre o crime ou vice-versa, a literatura aborda três hipóteses para a explicitação e compreensão deste fenómeno (Nunes, 2010), a serem exploradas mais à frente.

Segundo Cassel e Bernstein (2007, cited in Nunes, 2010), o comportamento criminal é "indissociável dos aspetos de natureza social" e, portanto, cada crime é "diferenciado em termos psicológicos, sociais e jurídicos". Nunes (2010) refere que existe uma relação estreita entre o crime e a personalidade do indivíduo, do seu desenvolvimento social, intelectual e de personalidade, sendo fatores reveladores a serem estudados e cruzados com a conduta criminosa. Analisando, então, os modelos teóricos existentes para uma melhor compreensão deste fenómeno, temos:

- (A) O consumo de drogas como causa do crime;
- (B) O crime como causa do consumo de drogas;
- (C) Não existe uma relação causa-efeito entre o crime e o consumo de drogas e, portanto, não existem outros fatores implicados;

Assim, foram admitidos outros fatores (externos, internos, biopsicossociais) que condicionam e contribuem para que este fenómeno ultrapasse uma analogia unidirecional e compreenda uma dinâmica mais complexa (Nunes, 2010).

5.1. Modelo de causa-efeito entre o crime e a utilização de drogas

Inicialmente, os estudos apontavam para a existência de uma relação de causa-efeito entre o crime e a utilização de drogas, e assim foi proposta a primeira hipótese de que o consumo de drogas desencadearia comportamentos criminosos. Por um lado, os efeitos desinibidores do consumo de drogas levariam os indivíduos a agir de uma forma mais impulsiva, conduzindo a comportamentos agressivos. Por outro lado, a privação de drogas pode fazer com que o indivíduo, na necessidade e na falta de recursos para obter as mesmas, recorra a condutas violentas e delituosas para sustentar a dependência. Tal como a autora refere, o "uso de drogas seria mais uma etapa do percurso desviante do sujeito, em que, por outro lado, a prática criminosa seria facilitada pela ação das drogas". Este registo de "fechada circularidade" transportou determinadas conceptualizações teóricas a desenvolverem hipóteses não tão lineares, resultando em uma segunda abordagem entre o crime e as drogas, baseadas em um determinismo causal (Nunes, 2010).

5.2. Modelo de determinismo causal entre o crime e o uso de drogas

Concretamente, esta visão traduz-se na ideia que o consumo de drogas leva os indivíduos ao crime ou, por outro lado, o mundo do crime leva os sujeitos ao consumo de drogas. Em uma primeira perspetiva, em que o consumo de drogas está na origem de condutas criminosas, foram desenvolvidos vários modelos explicativos paralelos a esta mesma ideia. O modelo psicofarmacológico tem por base o comportamento criminoso conduzido pelos efeitos psicoativos das drogas (Nunes, 2010). Como referem Laranjeira, Duailibi, e Pinsky (2005), no caso do álcool, quando consumido abusivamente, o seu efeito psicofarmacológico, do ponto de vista biológico, causa no indivíduo alterações a nível cognitivo e comportamental, podendo originar condutas violentas e, consecutivamente, criminosas.

Por outro lado, o modelo económico-compulsivo assenta no crime como meio para garantir a manutenção e a regularidade da dependência dos consumos, dados os custos elevados das substâncias. Já o modelo sistémico defende que os indivíduos envolvidos na venda e/ou consumo de substâncias têm convivências em ambientes hostis e agressivos, onde muitas vezes se geram situações impetuosas e ilícitas (Nunes, 2010). Estes ambientes são muitas vezes caracterizados pela baixa tolerância à agressividade e à preocupação face às consequências físicas, sociais, e legais que, no caso do consumo de álcool, comumente estimulado e desculpado, contribuem para uma maior propensão para o crime (Laranjeira, Duailibi, & Pinsky, 2005).

Por último, o modelo tripartido, engloba os modelos anteriormente descritos e os seus aspetos adjacentes. Resumidamente, o consumo de drogas e o crime estão paralelamente associados a determinadas escolhas de estilos de vida, acionados em contextos muito específicos. Mais, Nunes (2010) diz mesmo que esta hipótese remete para uma "mutualidade de influências entre os dois comportamentos que se desenvolvem sob um registo de recíproca potenciação".

5.3. Modelo estruturalista entre o crime e o consumo de drogas

A par destes modelos, surge também a perspetiva estruturalista, em um contexto de causalidade não linear, mas sim correlacional, que engloba a existência de determinados fatores aliados ao crime e às drogas. Desta forma, é defendido que estas condutas emergem de forma mais ou menos contígua, mas com determinadas condicionantes que influenciam e determinam as estruturas de funcionamento do sujeito que as pratica, bem como os seus contextos de ação. Portanto, estes comportamentos traduzem-se como uma "manifestação comportamental visível, redutível às estruturas orgânica psicológica e social" (Agra, 1996, cited in Nunes, 2010). Não será, então, possível prever-se a manifestação de determinados comportamentos a partir de outras condutas, uma vez que toda esta dinâmica é transversal à personalidade, ao meio social, ao estilo de vida, entre outros fatores característicos do próprio sujeito. Ou seja, os comportamentos desviantes são entendidos como algo já tendencial e particular no indivíduo (Nunes, 2010). Mesmo fatores de origem genética e clínica, bem como as próprias características de personalidade e de temperamento, possíveis relações parentais disfuncionais e transtornos de personalidade antissocial são também exemplos de condicionantes que podem predispor o indivíduo ao crime e às drogas, mais concretamente ao álcool (Laranjeira, Duailibi, & Pinsky, 2005).

Dentro desta perspetiva estruturalista, a vertente psicopatológica defende que a relação entre o consumo de drogas e o crime é explicada através da compreensão de determinadas características disfuncionais individuais, que espelham uma prévia existência de problemas ligados a condutas desviantes, através da busca de traços de personalidade próprios dos criminosos. É novamente importante ter em conta várias condicionantes, quer sejam sociais, biológicas ou mesmo as "oportunidades geradas e percebidas" que facilitam/condicionam o delito. Segundo Agra (1996), os indivíduos mais propensos a comportamentos desviantes apresentariam maiores níveis de angústia e um "negativismo social" para com a sociedade e as normas por ela impostas. Contudo, Kazemian e LeBlanc (2004), desenvolveram estudos no sentido de demonstrar que a manutenção destas condutas criminosas prendem-se

maioritariamente com dinâmicas ligadas às "circunstâncias e às oportunidades disponíveis", do que propriamente às características individuais destes sujeitos (cited in Nunes, 2010).

Do ponto de vista da vertente sociocognitiva, ainda dentro da perspectiva estruturalista, a relação entre o consumo de drogas e o crime não é algo natural, mas sim um resultado entre as interpretações a nível da interação social, e a vertente cognitivo-afetiva. Ou seja, o consumo de substâncias e o seu efeito fazem com que o indivíduo desenvolva um processo de desresponsabilização e de mau julgamento para com os seus atos, minimizando ou mesmo negando a gravidade dos mesmos através de processos que o demovem de racionalizar os seus comportamentos e as suas consequências (Nunes, 2010).

Estes modelos têm sido alvo de constantes análises e evoluções, e que presentemente fazem um elo de ligação com a necessidade de aprofundar o como e o porquê do funcionamento intrínseco destes indivíduos, e analisar esta relação entre drogas e crime em uma perspectiva integrante do desvio social adjacente ao estilo de vida determinado, sempre com ligação ao consumo de diferentes substâncias e os comportamentos delituosos a elas associados (Nunes, 2010).

5.4. Outras abordagens assentes na socialização e no risco-proteção entre o crime e o consumo de drogas

Existem outras teorias explicativas face ao crime e aos comportamentos delituosos, como a perspetiva processual, que embarca essencialmente os processos de socialização como função principal no progresso e no desenvolvimento do sujeito em um possível envolvimento em comportamentos desviantes. Durante este processo, os valores morais apreendidos através da comunidade e da família são fulcrais para esta dinâmica. Mais, o risco envolvido entre o consumo de drogas e o crime é tido como uma tomada de decisão consciente e adaptativa perante determinadas consequências. Desta forma, os fatores de risco determinantes de natureza individual variam essencialmente a nível do temperamento, da busca de sensações, de uma personalidade impulsiva e agressiva, de baixas expectativas perante o futuro e mesmo possíveis fatores genéticos. Mais, os fatores de risco advindos do meio, são essencialmente os fatores familiares, as práticas educativas, o meio escolar, a comunidade de pertença, a situação económica, a desorganização social e o fácil acesso ao mundo das drogas e do crime. Por outro lado, o indivíduo desenvolve também fatores de proteção que se baseiam essencialmente na sua individualidade e na capacidade de autocontrolo, no desenvolvimento de estratégias adaptativas e de um bom *locus* de controlo interno, juntamente com um conjunto estável de normas e de valores predispostos pelo sujeito face a este tipo de

comportamentos. De realçar que o suporte familiar, escolar, e social são também importantes para a manutenção e para a prevenção do crime e do consumo de drogas (Nunes, 2010), nomeadamente, o consumo de álcool. Apesar de ser um problema crescente, apenas cerca de ¼ dos indivíduos com um consumo excessivo ou de "risco" são corretamente diagnosticados, fazendo com que, por vezes, seja difícil o controlo e a prevenção face à doença (Pombo, 2010). É importante que este "alcoolismo oculto" (Pombo, 2010) seja previamente detetado para que possa haver uma possível intervenção acautelar e educativa perante ao álcool, por parte dos técnicos e da própria sociedade.

Parte 2 – Estudo Empírico

Posta esta análise, é definido como problema principal de estudo, explorar a relação entre os problemas ligados ao álcool, especificamente a dependência alcoólica, e as suas consequências a nível dos comportamentos violentos e criminais. É neste seguimento que, como objetivo principal deste estudo, se pretende conhecer o comportamento criminal dos indivíduos da amostra, previamente diagnosticados com dependência alcoólica. Mais especificamente, pretende-se:

- (A) saber se os indivíduos da amostra têm mais comportamentos criminais em estado de alcoolemia do que em estado sóbrio, e se essa diferença é significativa;
- (B) analisar os tipos de crime predominantemente cometidos;
- (C) conhecer dados acerca das vítimas do comportamento violento dos indivíduos da amostra.

Definidos os objetivos, foram estabelecidas as seguintes hipóteses, a serem posteriormente testadas perante os resultados dos dados obtidos:

Hipótese 1: Os dependentes de álcool do sexo masculino apresentam uma maior prevalência em todos os comportamentos criminais estudados;

Hipótese 2: Sob o efeito do álcool, são mais frequentes os comportamentos criminais, do que em estado sóbrio;

Hipótese 3: A condução de veículos sob o efeito do álcool é o tipo de crime mais frequentemente cometido pelos indivíduos da amostra;

Hipótese 4: Os comportamentos violentos dos dependentes de álcool são dirigidos com maior frequência a familiares.

6. Método

6.1. Participantes

Para a presente investigação, e de forma a elaborar um estudo representativo de uma determinada população em um determinado momento, foi estabelecido que a amostra a ser estudada teria como alvo doentes que recorreram, pela primeira vez, à consulta de alcoologia na Unidade de Alcoologia do Porto – Dr. José Barrias (UAP), no ano de 2013, bem como, caso aplicável, seria entrevistado o(a) acompanhante dos mesmos. Estipulou-se que, para tal, fosse recolhida uma amostra de aproximadamente 50 participantes, representando 10% de um total de aproximadamente 500 doentes registados nesse mesmo ano, pela UAP.

Para que os dados a serem recolhidos traduzissem precisão e fidedignidade, foram determinados os seguintes critérios de inclusão: (1) indivíduos com diagnóstico de dependência alcoólica; (2) indivíduos que vieram, pela primeira vez, à consulta de alcoologia na UAP, no ano de 2013; (3) indivíduos com um período mínimo de 3 meses de abstinência alcoólica. Contingentemente, no mesmo registo de validade dos dados recolhidos, designou-se como critério de exclusão indivíduos que apresentem défices a nível cognitivo e, portanto, que não reúnam as faculdades necessárias para o preenchimento preciso do questionário. A amostra é composta por um total de 48 participantes, doentes alcoólicos da UAP. Foi também possível recolher sete questionários de sete acompanhantes.

6.2. Materiais

Inicialmente, para que o acesso à amostra pretendida e à recolha de dados fosse possível, foi elaborado um pedido de autorização, dirigido ao diretor da UAP – Dr. Alcino Fernandes – onde constava um breve enquadramento teórico da temática a ser abordada, bem como a explicitação do teor do estudo, o conteúdo, os objetivos, e os seus métodos.

Para a recolha de dados da amostra previamente estabelecida, foi elaborado um breve questionário que abordava o problema e os objetivos da presente investigação. A sua estrutura engloba, em uma fase inicial, a recolha dos dados sociodemográficos do participante. o restante conteúdo visa recolher informações acerca das idades dos diferentes padrões de consumo de bebidas alcoólicas (primeiro contato, consumo regular e consumo excessivo), acerca de comportamentos desviantes e crimes perpetrados pelos participantes, assim como a exploração de sintomatologia em abstinência alcoólica (ver Anexo II).

De forma a complementar e a corroborar/refutar os dados recolhidos para o estudo, foi também elaborado um questionário direcionado à pessoa (familiar, amigo, ou outro) que, caso aplicável, acompanhasse o doente à consulta. Neste caso, as questões foram elaboradas de

forma a que o acompanhante respondesse sobre o doente que acompanhou (ver Anexo III).

Juntamente com estes questionários, foi também elaborado um consentimento informado que explicita, de forma sucinta, o teor e o objetivo da recolha dos dados, a sua confidencialidade, e o seu carácter facultativo. Este documento é apresentado previamente à administração do questionário, de forma obrigatória e que requer a autorização, escrita, de cada participante.

6.3. Design

De acordo com o objetivo principal da investigação, com o método utilizado na recolha de dados e com as hipóteses postuladas, o presente estudo, de carácter quantitativo, visa um *design* correlacional. Concretamente, e tal como foi referido anteriormente, a investigação visa responder a objetivos específicos, aplicados através de critérios (inclusivos e exclusivos) também estes específicos. A recolha dos dados é feita através de um instrumento padronizado e elaborado especificamente para as circunstâncias, cujos resultados permitem conhecer e projetar conclusões relacionadas com a amostra estudada. Tem-se como propósito analisar a relação (causa-efeito) entre determinadas variáveis, como o consumo de álcool/dependência alcoólica e a prevalência de comportamentos criminais e, posteriormente concluir se existe, ou não, uma associação entre as mesmas.

6.4. Procedimentos

Inicialmente, foi feita uma análise de dados quantitativos, através dos métodos vigentes de estatística descritiva que dir-nos-á, de forma objetiva e sucinta, alguns dados referenciais e representativos da amostra estudada. Através das medidas de tendência e de dispersão que traduzem o "centro da distribuição dos valores de uma respetiva variável" e de "quanto os valores individuais da mesma variável estão próximo ou, pelo contrário, se afastam do centro da sua distribuição" (Field, 2009, cited in Martins, 2011), respetivamente.

Desta forma, analisando a amostra em questão, de 48 doentes, calcularam-se essas mesmas medidas através do programa estatístico SPSS, para as variáveis "*Sexo*", "*Idade*", "*Estado civil*", "*Escolaridade*", e "*Profissão*". Posteriormente, de forma a estudar as médias de idades dos padrões de consumo dos doentes, foram criadas três variáveis para este mesmo efeito: "*idade_consumo_início*", "*idade_consumo_regular*" e "*idade_consumo_excessivo*". Para complementar esta informação, foi também criada uma variável "*início_consumo*", em que abrange as circunstâncias do início do consumo de álcool (família, amigos, ou em outro contexto), a ser também analisada a sua moda e frequências.

Em uma fase seguinte, foram criadas as seguintes variáveis, também alvo de análise descritiva através do SPSS: "*perda_controlo_ações*" (número de participantes que afirmam, ou não, ter perdido o controle das suas ações sob o efeito de álcool, quantificada em "*Nunca*", "*Raramente*", "*Algumas vezes*", "*Muitas vezes*", ou "*Sempre*"); "*comportamentos_desviantes_sob_efeito_álcool*" (participantes que cometeram, ou não, comportamentos desviantes sob o efeito de álcool); "*tipos_comportamentos_desviantes_sob_efeito_álcool*" (participantes e tipos de comportamentos desviantes cometidos sob o efeito de álcool); "*tipos_vítimas_agressão*" (quais as vítimas dos comportamentos agressivos, verbais e/ou físicos, dos doentes, sob o efeito do álcool); "*comportamentos_desviantes_estado_sóbrio*" (participantes que cometeram, ou não, comportamentos desviantes em estado sóbrio); "*tipos_comportamentos_desviantes_estado_sóbrio*" (participantes e tipos de comportamentos desviantes cometidos em estado sóbrio); "*crimes_em_tribunal*" (participantes que cometeram, ou não, crimes registados em tribunal); "*tipos_crimes_em_tribunal*" (participantes e tipos de crimes cometidos registados em tribunal); "*crimes_não_reportados*" (participantes que cometeram, ou não, crimes que não tenham sido reportados às autoridades competentes); "*tipos_crimes_não_reportados*" (participantes e tipos de crimes cometidos que não tenham sido reportados às autoridades competentes). Mais, foram também criadas seis variáveis correspondentes a cada frase do quadro final que explora possíveis alterações a nível da agressividade e da ansiedade sentida quando o doente está sem beber. São estas: "*menos_agressivo*"; "*mais_tolerante*"; "*menos_violento*"; "*bem_disposto*"; "*menos_ansioso*" e "*menos_irritável*", e cada variável é medida através da opção "*Verdadeiro*" ou "*Falso*".

Para verificarmos a primeira hipótese postulada, foi feita uma tabulação cruzada (*Analyze / Descriptive Statistics / Crosstabs* do menu do programa SPSS), de forma a interligar a variável "*sexo*" com as variáveis "*comportamentos_desviantes_sob_efeito_álcool*", "*tipos_comportamentos_desviantes_sob_efeito_álcool*", "*comportamentos_desviantes_estado_sóbrio*", "*tipos_comportamentos_desviantes_estado_sóbrio*", "*crimes_em_tribunal*", "*tipos_crimes_em_tribunal*", "*crimes_não_reportados*", "*tipos_crimes_não_reportados*", respetivamente. Os resultados dir-nos-ão a prevalência de todos estes comportamentos em relação ao sexo feminino e masculino. A segunda hipótese a analisar traduz a comparação da prevalência dos comportamentos criminais em estado sóbrio, e sob o efeito do álcool. Para tal, e estando perante duas variáveis nominais, são extraídas as medidas de tendência central e de dispersão das mesmas, através do menu *Analyze / Descriptive Statistics / Frequencies*, e verificar as frequências de cada variável, comparando-

as. Na hipótese três, é também feita uma análise descritiva, pela mesma operação atrás descrita, das variáveis "*tipos_crimes_em_tribunal*" e "*tipos_crimes_não_reportados*", de forma a discriminar os tipos de crimes cometidos pelos sujeitos da amostra, e verificar a prevalência do crime "*condução sob o efeito de álcool*". Por último, de forma a concretizar a quarta hipótese, é também feita a análise de frequências da variável "*tipos_vítimas_agressão*", de forma a verificar-se quais os tipos de vítimas mais frequentes, fruto dos comportamentos violentos dos doentes da amostra. São também feitas outras análises de forma a melhor caracterizar a amostra e o tema em questão, cujos resultados são apresentados e discutidos posteriormente.

8.Resultados

A amostra recolhida é constituída por um total de 48 participantes (N), todos estes doentes alcoólicos em tratamento na UAP. Dos mesmos, sete são do sexo feminino (14.6%) e 41 do sexo masculino (85.4%). No que diz respeito às idades dos participantes, o mínimo e o máximo de idades abrangentes corresponde a 31 e a 71 anos de idade, com uma média de 51 anos de idade. Em relação ao estado civil dos 48 participantes, os dados apontam para cinco doentes solteiros, 21 casados, 20 divorciados, um doente em união de facto e um doente viúvo. Quanto à escolaridade, um doente é iliterato 24 frequentaram o 1º. Ciclo, oito têm o 2º. Ciclo, 11 frequentaram o 3º. Ciclo, apenas um terminou o ensino secundário, e os três restantes frequentaram o ensino superior. Quanto à situação profissional dos indivíduos da amostra, 20 encontram-se no ativo, 22 estão desempregados, e seis estão já reformados.

Na fase seguinte, foi analisado o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por parte dos doentes, em termos de fases e de idades. Assim, concluiu-se que a média de idades dos doentes, quando experimentaram pela primeira vez bebidas alcoólicas, é de 16 anos de idade. Mais, a idade mínima do início do consumo de álcool é de apenas 6 anos de idade, e a idade máxima de 45 anos de idade (Tabela 1). Já o início do consumo de bebidas alcoólicas, de forma mais regular (refeições, ocasiões sociais) é feito, em média, aos 22 anos, com um mínimo e um máximo de sete e de 64 anos de idade, respetivamente (Tabela 2). A idade de início dos consumos excessivos de bebidas alcoólicas dá-se, em média, aos 38 anos de idade, com um mínimo de apenas 17 anos idade, e um máximo de 65 anos de idade (Tabela 3).

Tabela 1

Idade de início do consumo de álcool

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade_consumo_início	48	6	45	16.37	5.618
N válido (de lista)	48				

Tabela 1. Estatística descritiva relativa à idade de início do consumo de álcool

Tabela 2

Idade de início do consumo regular de álcool

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade_consumo_regular	48	7	64	22.90	10.157
N válido (de lista)	48				

Tabela 2. Estatística descritiva relativa à idade de início do consumo regular de álcool

Tabela 3

Idade de início do consumo excessivo de álcool

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	48	17	65	38.52	11.675
N válido (de lista)	48				

Tabela 3. Estatística descritiva relativa à idade do início do consumo abusivo de álcool

Paralelamente a estes dados, conclui-se também que 52.1% dos doentes da amostra, tiveram contacto com bebidas alcoólicas, pela primeira vez, com os amigos. Mais, 33.3% iniciaram o consumo de álcool com a família (Tabela 4).

Tabela 4

Contexto do início do consumo de álcool

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Família	16	33.3	33.3	33.3
Amigos	25	52.1	52.1	85.4
Sozinho(a)	2	4.2	4.2	89.6

Família + amigos	4	8.3	8.3	97.9
Divórcio	1	2.1	2.1	100.0
Total	48	100.0	100.0	

Tabela 4. Descrição dos dados relativos ao contexto do início do consumo de bebidas alcoólicas

Quando questionados se, quando se encontram sob o efeito de álcool, perdem (ou não) o controle das suas ações, 50.0% dos 48 doentes responderam "*Algumas vezes*", e 20.8% responderam "*Muitas vezes*". Contrariamente, apenas cinco doentes (10.4%) responderam que "*Não*" (Tabela 5).

Tabela 5

Número de participantes que afirmam ter perdido o controle das suas ações sob o efeito de álcool

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Não	5	10.4	10.4	10.4
Raramente	5	10.4	10.4	20.8
Algumas vezes	24	50.0	50.0	70.8
Muitas vezes	10	20.8	20.8	91.7
Sempre	4	8.3	8.3	100.0
Total	48	100.0	100.0	

Tabela 5. Frequências e percentagens do número de participantes que afirmam ter perdido o controle das suas ações sob o efeito de álcool

Na análise aos comportamentos perpetrados pelos 48 doentes da amostra, 64.6% dos mesmos afirmam que já levaram a cabo algum tipo de conduta negativa sob o efeito de álcool, enquanto os restantes 35.4% responderam negativamente (Tabela 6). Concomitante a esta questão, é também concluído que os três tipos de ações mais cometidas, sob o efeito de álcool são a "*Condução sob o efeito de álcool*"(22.9%), "*Agressão verbal*" (10.4%) e "*Agressão verbal e física*" (10.4%). Ao explorar o tipo de vítimas alvo dos comportamentos agressivos (físicos e/ou verbais) dos doentes, quando embriagados, são registados 19 casos de violência dirigidos a outrem, dos quais 13 vítimas são membros da família ("*Familiares*"). Como segundo e o terceiro tipos de vítima destes comportamentos, registam-se "*Desconhecidos*" e "*Amigos*", respetivamente (Tabela 7).

Tabela 6

Participantes que cometeram comportamentos desviantes sob o efeito de álcool

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Não	17	35.4	35.4	35.4
Sim	31	64.6	64.6	100.0
Total	48	100.0	100.0	

Tabela 6. Frequências e percentagens do número de participantes que cometeram comportamentos desviantes sob o efeito de álcool

Tabela 7

Participantes e tipos de comportamentos desviantes cometidos sob o efeito de álcool

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Não existem	17	35.4	35.4	35.4
Agressão verbal	5	10.4	10.4	45.8
Agressão física	1	2.1	2.1	47.9
Agressão verbal e física	5	10.4	10.4	58.3
Desordem na via pública	2	4.2	4.2	62.5
Condução sob o efeito do álcool	11	22.9	22.9	85.4
Agressão verbal + Condução sob o efeito do álcool	3	6.3	6.3	91.7
Agressão física + Condução sob o efeito do álcool	1	2.1	2.1	93.8
Agressão verbal e física + Desordem na via pública	1	2.1	2.1	95.8
Agressão verbal e física + Condução sob o efeito de álcool	1	2.1	2.1	97.9
Agressão verbal e física + Desordem na via pública + Condução sob o efeito do álcool	1	2.1	2.1	100.0
Total	48	100.0	100.0	

Tabela 7. Prevalência de participantes e dos tipos de comportamentos desviantes cometidos sob o efeito de álcool

Por outro lado, são também explorados os comportamentos violentos dos doentes em estado sóbrio, ou seja, quando estão abstinentes de bebidas alcoólicas. Em análise, 72.9% dos indivíduos afirmaram nunca terem tido qualquer tipo de conduta disruptiva, mas os restantes 27.1% responderam o oposto (Tabela 8). Destes casos, regista-se uma maior prevalência na "Agressão verbal" (18.8%), "Agressão verbal e física"(6.3%), e "Agressão física" (2.1%) (Tabela 9).

Tabela 8

Participantes que cometeram comportamentos desviantes em estado sóbrio

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	35	72.9	72.9	72.9
	Sim	13	27.1	27.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 8. Frequências e percentagens do número de participantes que cometeram comportamentos desviantes em estado sóbrio

Tabela 9

Participantes e tipos de comportamentos desviantes cometidos em estado sóbrio

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não existem	35	72.9	72.9	72.9
	Agressão verbal	9	18.8	18.8	91.7
	Agressão física	1	2.1	2.1	93.8
	Agressão verbal e física	3	6.3	6.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 9. Prevalência de participantes e dos tipos de comportamentos desviantes cometidos em estado sóbrio

Em uma fase seguinte, são explorados os comportamentos criminais dos 48 doentes da amostra. Quando perguntados se "Alguma vez respondeu por um crime em tribunal?", 52.1% dos indivíduos responderam "Não", e 47.9% responderam "Sim" (Tabela 10). Ao serem

discriminados os tipos de crimes em tribunal, o crime mais registrado é "*Condução sob o efeito de álcool*" (12.5%). De seguida, o segundo e o terceiro tipo de crime registrado, em tribunal, são a "*Agressão verbal e física*" (10.4%) e a "*Agressão física*" (6.3%), respetivamente (Tabela 11).

Tabela 10

Participantes que cometeram crimes registados em tribunal

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	26	54.2	54.2	54.2
	Sim	22	45.8	45.8	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 10. Frequências e percentagens do número de participantes que cometeram crimes registados em tribunal

Tabela 11

Participantes e tipos de crimes cometidos registados em tribunal

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não existem	25	52.1	52.1	52.1
	Agressão verbal	2	4.2	4.2	56.3
	Agressão física	3	6.3	6.3	62.5
	Agressão verbal e física	5	10.4	10.4	72.9
	Condução sob o efeito do álcool	6	12.5	12.5	85.4
	Agressão verbal + Condução sob o efeito do álcool	1	2.1	2.1	87.5
	Excesso de velocidade	2	4.2	4.2	91.7
	Desertor de tropa	1	2.1	2.1	93.8
	Tráfico de estupefacientes	1	2.1	2.1	95.8
	Agressão verbal e física + Desordem na via pública	1	2.1	2.1	97.9
	Posse de droga	1	2.1	2.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 11. Prevalência de participantes e dos tipos de crimes perpetrados pelos indivíduos da amostra, em regime jurídico

Continuando a analisar os comportamentos criminais dos doentes da amostra, são também estudados os crimes perpetrados pelos indivíduos, mas que não tenham sido reportados às autoridades competentes. Assim, 93.8% dos doentes responderam que nunca o tinham feito, e apenas 6.3% afirmou já ter cometido um crime pelo qual passou impune (Tabela 12). Desta percentagem, regista-se, a "Agressão física" e a "Condução sob o efeito de álcool", ambos com a mesma frequência (2) (Tabela 13).

Tabela 12

Participantes que cometeram crimes não registados em tribunal

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	45	93.8	93.8	93.8
	Sim	3	6.3	6.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 12. Frequências e percentagens do número de participantes que cometeram crimes não registados em tribunal

Tabela 13

Participantes e tipos de crimes cometidos não registados em tribunal

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não existem	45	93.8	93.8	93.8
	Agressão física	1	2.1	2.1	95.8
	Condução sob o efeito do álcool	1	2.1	2.1	97.9
	Agressão física + Condução sob o efeito do álcool	1	2.1	2.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 13. Prevalência de participantes e dos tipos de crimes perpetrados pelos indivíduos da amostra, não reportados às autoridades competentes

No que concerne às respostas do quadro sintomatológico de um período de abstinência de cada doente, em um panorama geral, a prevalência de respostas, face a cada parâmetro explorado, foi positiva. Ou seja, a resposta "*Verdadeiro*" predominou em maior percentagem quando perguntados se "*Sou menos agressivo(a)*" (77.1%), "*Sou mais tolerante*" (87.5%), "*Sou menos violento(a)*" (77.1%), "*Ando mais bem disposto(a)*" (89.6%), "*Ando menos*

ansioso(a)" (75.0%) e *"Ando menos irritável"*(83.3%) (Tabelas 14, 15, 16, 17, 18, e 19, respectivamente).

Tabela 14

"Quando estou abstinente, sinto que sou menos agressivo(a)"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Falso	11	22.9	22.9	22.9
	Verdadeiro	37	77.1	77.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 14. Frequência de respostas relativas à diminuição dos níveis de agressividade, em estado sóbrio

Tabela 15

"Quando estou abstinente, sinto que sou mais tolerante"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Falso	6	12.5	12.5	12.5
	Verdadeiro	42	87.5	87.5	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 15. Frequência de respostas relativas ao aumento dos níveis de tolerância, em estado sóbrio

Tabela 16

"Quando estou abstinente, sinto que sou menos violento(a)"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Falso	11	22.9	22.9	22.9
	Verdadeiro	37	77.1	77.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 16. Frequência de respostas relativas à diminuição dos níveis de violência, em estado sóbrio

Tabela 17

"Quando estou abstinente, sinto que ando mais bem disposto(a)"

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Falso	5	10.4	10.4	10.4
	Verdadeiro	43	89.6	89.6	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 17. Frequência de respostas relativas ao aumento de um humor positivo, em estado sóbrio

Tabela 18

"Quando estou abstinente, sinto que sou menos ansioso(a) "

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Falso	12	25.0	25.0	25.0
	Verdadeiro	36	75.0	75.0	100.0
Total		48	100.0	100.0	

Tabela 18. Frequência de respostas relativas à diminuição dos níveis de ansiedade, em estado sóbrio

Tabela 19

"Quando estou abstinente, sinto que sou menos irritável "

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Falso	8	16.7	16.7	16.7
	Verdadeiro	40	83.3	83.3	100.0
Total		48	100.0	100.0	

Tabela 19. Frequência de respostas relativas à diminuição dos níveis de irritabilidade, em estado sóbrio

Em relação às hipóteses postuladas para esta investigação, é possível responder a cada uma através da análise exploratória dos dados recolhidos das variáveis que compõem cada hipótese. Para a primeira hipótese *"Os dependentes de álcool do sexo masculino apresentam uma maior prevalência em todos os comportamentos criminais estudados"*, os dados apontam para uma maior prevalência de todos os comportamentos criminais da amostra, em relação ao sexo masculino. Concretamente, seis doentes do sexo feminino e 11 doentes do sexo masculino responderam que nunca tiveram qualquer tipo de conduta disruptiva sob o efeito do álcool. Apenas uma doente do sexo feminino cometeu uma ação violenta sob o efeito do álcool, enquanto 30 doentes do sexo masculino também afirmaram ter já cometido alguma ação violenta, também sob o efeito de álcool. Assim, no que diz respeito aos comportamentos desviantes levados a cabo pelos doentes, quando estão sob o efeito de álcool, os doentes do sexo masculino apresentam uma maior frequência em todos os tipos de comportamentos abordados, conforme ilustram as tabelas seguintes (Tabelas 20 e 21).

Tabela 20

Participantes que cometeram comportamentos desviantes sob o efeito do álcool, em função do sexo

			Não	Sim	Total
Sexo	Feminino	Contagem	6	1	7
		% em Sexo	85,7%	14,3%	100,0%
	Masculino	Contagem	11	30	41
		% em Sexo	26,8%	73,2%	100,0%
Total	Contagem		17	31	48
	% em Sexo		35,4%	64,6%	100,0%

Tabela 20. Frequências e percentagens dos participantes que cometeram comportamentos desviantes sob o efeito do álcool, em função do sexo

Tabela 21

Participantes e tipos de comportamentos desviantes cometidos sob o efeito de álcool, em função do sexo

	Feminino	Masculino	Total
Não	6	11	17
Agressão verbal	0	5	5
Agressão física	0	1	1
Agressão verbal e física	0	5	5
Desordem na via pública	0	2	2
Condução sob o efeito do álcool	0	11	11
Agressão verbal + Condução sob o efeito do álcool	1	2	3
Agressão física + Condução sob o efeito do álcool	0	1	1
Agressão verbal e física + Desordem na via pública	0	1	1
Agressão verbal e física + Condução sob o efeito de álcool	0	1	1
Agressão verbal e física + Desordem na via pública + Condução sob o efeito do álcool	0	1	1
Total	7	41	48

Tabela 21. Prevalência de participantes e dos tipos de comportamentos desviantes cometidos sob o efeito de álcool, em função da variável sexo

No que diz respeito aos comportamentos criminais cometidos em estado sóbrio, ou seja, em abstinência alcoólica, das sete doentes do sexo feminino, apenas uma respondeu que já tinha tido este tipo de comportamentos e, dos 41 doentes do sexo masculino, 12 também responderam na mesma condição (Tabelas 22 e 23).

Tabela 22

Participantes que cometeram comportamentos desviantes em estado sóbrio, em função do sexo

			Não	Sim	
Sexo	Feminino	Contagem	6	1	7
		%	85,7%	14,3%	100,0%
	Masculino	Contagem	29	12	41
		%	70,7%	29,3%	100,0%
Total		Contagem	35	13	48
		%	72,9%	27,1%	100,0%

Tabela 22. Frequências e percentagens dos participantes que cometeram comportamentos desviantes em estado sóbrio, em função do sexo

Tabela 23

Participantes e tipos de comportamentos desviantes cometidos em estado sóbrio, em função do sexo

		Feminino	Masculino	
	Não existem	6	29	35
	Agressão verbal	1	8	9
	Agressão física	0	1	1
	Agressão verbal e física	0	3	3
Total		7	41	48

Tabela 23. Prevalência de participantes e dos tipos de comportamentos desviantes cometidos em estado sóbrio, em função da variável sexo

Quando também explorados os crimes cometidos por todos os doentes da amostra, os dados mostram que nenhuma das sete doentes do sexo feminino cometeu qualquer crime. De modo oposto, 23 dos 41 doentes do sexo masculino já responderam em tribunal (Tabelas 24 e 25).

Tabela 24

Participantes que cometeram crimes registrados em tribunal, em função do sexo

			Não	Sim	
Sexo	Feminino	Contagem	7	0	7
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Masculino	Contagem	18	23	41
		%	43,9%	56,1%	100,0%
Total		Contagem	25	23	48
		%	52,1%	47,9%	100,0%

Tabela 24. Frequências e percentagens dos participantes e dos tipos de crimes registrados em tribunal, em função do sexo

Tabela 25

Participantes e tipos de crimes cometidos registrados em tribunal, em função do sexo

		Feminino	Masculino	
	Não	7	18	25
	Agressão verbal	0	2	2
	Agressão física	0	3	3
	Agressão verbal e física	0	5	5
	Condução sob o efeito do álcool	0	6	6
	Agressão verbal + Condução sob o efeito do álcool	0	1	1
	Excesso de velocidade	0	2	2
	Desertor de tropa	0	1	1
	Tráfico de estupefacientes	0	1	1
	Agressão verbal e física + Desordem na via pública	0	1	1
	Posse de droga	0	1	1
Total		7	41	48

Tabela 25. Prevalência de participantes e dos tipos de crimes cometidos, em função da variável sexo

Por fim, relativamente aos comportamentos criminais, perpetrados pelos doentes, mas que tenham passado impunes, apenas três doentes do sexo masculino responderam que já tinham cometido um crime que não fora reportado às autoridades, enquanto as sete doentes do sexo feminino, nunca o fizeram (Tabelas 26 e 27).

Tabela 26

Participantes que cometeram crimes não registrados em tribunal, em função do sexo

			Não	Sim	
Sexo	Feminino	Contagem	7	0	7
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Masculino	Contagem	38	3	41
		%	92,7%	7,3%	100,0%
Total		Contagem	45	3	48
		%	93,8%	6,3%	100,0%

Tabela 26. Frequências e percentagens de participantes e dos tipos de crimes registrados em tribunal, em função do sexo

Tabela 27

Participantes e tipos de crimes cometidos registrados em tribunal, em função do sexo

		Feminino	Masculino	
	Não existem	7	38	45
	Agressão física	0	1	1
	Condução sob o efeito do álcool	0	1	1
	Agressão física + Condução sob o efeito do álcool	0	1	1
Total		7	41	48

Tabela 27. Prevalência de participantes e dos tipos de crimes cometidos, em função da variável sexo

Com base nestes dados, é possível corroborar a hipótese anteriormente colocada, verificando que de facto, existe uma maior prevalência de doentes do sexo masculino, em todos os tipos de comportamentos violentos e criminais explorados no estudo.

A segunda hipótese "*Sob o efeito do álcool, são mais frequentes os comportamentos criminais, do que em estado sóbrio*" prevê que a frequência das ações perpetradas sob o efeito do álcool, pelos doentes da amostra, seja superior à frequência dos comportamentos registrados pelos mesmos, em abstinência alcoólica. Desta forma, e tal como já referido mais acima, 64.6% dos doentes já praticaram algum tipo de conduta repreensível em estado de alcoolemia. Por outro lado, apenas 27.1% dos mesmos doentes afirmaram já ter tido algum tipo de conduta criminal, em estado sóbrio. Claramente, a prevalência de comportamentos criminais, pelos indivíduos da amostra, sob o efeito de álcool, é superior à prevalência desses mesmos comportamentos, mas sem o efeito do álcool (Tabelas 6 e 8, respetivamente).

Para a terceira hipótese proposta, "*A condução de veículos sob o efeito do álcool é o tipo de crime mais frequentemente cometido pelos indivíduos da amostra*", foram analisados os comportamentos criminais, bem como os tipos de crimes, reportados e não reportados ao tribunal, de forma a analisar a prevalência da condução sob o efeito do álcool. Tal como também já foi acima discriminado, nos comportamentos levados a cabo pelos doentes, sob o efeito de álcool, a condução sob o efeito de álcool é o tipo de conduta mais cometido, com uma percentagem de 22.9% (correspondendo a 11 casos registados). Mais, neste mesmo parâmetro, são também registados mais seis casos de condução sob o efeito de álcool, agregados a outros crimes. Ou seja, foram também contabilizados seis casos de doentes com um registo de dois (ou mais) crimes em tribunal, em que um deles era a condução sob o efeito de álcool: "*Agressão verbal + Condução sob o efeito do álcool*" (três casos), "*Agressão física + Condução sob o efeito do álcool*" (um caso), "*Agressão verbal e física + Condução sob o efeito de álcool*" (um caso), e "*Agressão verbal e física + Desordem na via pública + Condução sob o efeito do álcool*" (um caso), perfazendo um total de 17 casos em que os doentes conduziram o seu veículo alcoolizados (Tabela 7).

Descriminando os tipos de crime cometidos pelos doentes da amostra, pelos quais responderam em tribunal, a condução sob o efeito de álcool é novamente o tipo de crime com maior prevalência (12.5%), traduzindo seis casos únicos, e um caso em que o doente foi condenado por conduzir embriagado e agredir alguém verbalmente, perfazendo sete casos no total (Tabela 11).

Por outro lado, são registados dois casos de condução sob o efeito de álcool no parâmetro dos crimes perpetrados pelos doentes, mas que não tenham sido indiciados às autoridades, sendo também o tipo de crime com maior prevalência (Tabela 13). É, portanto, seguro afirmar que a condução de veículos sob o efeito de álcool é o tipo de crime com maior prevalência no âmbito dos comportamentos criminais, e crimes em si, cometidos pelos doentes da amostra.

Por fim, em resposta à análise da quarta hipótese, "*Os comportamentos violentos dos dependentes de álcool são dirigidos com maior frequência a familiares*", são analisadas os tipos de vítimas deste mesmo comportamento, bem como as suas frequências. De acordo com os dados recolhidos, aproximadamente 23.0% destas vítimas são familiares, traduzindo um total de 13 casos (11 vítimas registadas *per se*, e outros dois casos de vítimas familiares, agregadas a outros tipos de vítimas, como amigos e desconhecidos) (Tabela 28).

Tabela 28

Tipos de vítimas

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não agrediu	29	60.4	60.4	60.4
	Familiares	11	22.9	22.9	83.3
	Amigos	2	4.2	4.2	87.5
	Vizinhos	1	2.1	2.1	89.6
	Desconhecidos	2	4.2	4.2	93.8
	Vizinhos + Desconhecidos	1	2.1	2.1	95.8
	Familiares + Amigos	1	2.1	2.1	97.9
	Familiares + Desconhecidos	1	2.1	2.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Tabela 28. Frequência dos tipos de vítimas dos comportamentos agressivos dos indivíduos da amostra

Em confirmação com a suposição feita, é correto afirmar que, de facto, os familiares dos doentes alcoólicos da amostra (como o cônjuge, filhos/as, progenitores) são as pessoas que mais são vítimas dos comportamentos agressivos e criminais dos doentes, quando os mesmos se encontram embriagados.

No que diz respeito aos resultados dos dados adquiridos através dos questionários administrados aos acompanhantes de cada doente, não foi possível concluir informação estatisticamente relevante e fidedigna uma vez que a frequência de questionários respondidos por acompanhantes é substancialmente inferior aos doentes participantes. No entanto, foi possível verificar que, nos sete questionários respondidos pelos acompanhantes, regra geral, os dados eram coincidentes com as respostas dadas por cada doente respetivo. Contudo, não é possível generalizar e prever informação relativamente a este parâmetro.

8. Discussão

A amostra de 48 indivíduos dependentes de álcool é constituída, maioritariamente, por participantes do sexo masculino, com uma média de aproximadamente 52 anos de idade e o nível de escolaridade prevalente é o 1.º ciclo do ensino básico.

O foco inicial deste estudo é o padrão de consumo de álcool em função da idade de cada indivíduo. Como foi possível constatar, no que diz respeito à idade em que o participante iniciou os consumos de álcool, a média de idades ronda os 16 anos. No entanto, a idade mínima neste parâmetro é de seis anos de idade. Estes dados remetem para a precocidade,

cada vez maior, do início de consumo de consumos de bebidas alcoólicas. Ribeiro (2008) refere também que 50.0% dos jovens europeus, aos 11 anos, já experimentaram álcool e que, aos 15 anos, 90.0% desses jovens já consumiram bebidas alcoólicas. Nas idades de início de consumo regular de bebidas alcoólicas, a média é de 22 anos e a idade mínima de sete anos, consumos estes feitos de forma mais usual. Quando estes consumos tomam proporções maiores e, portanto, excessivos, a idade mínima é de 17 anos. Estes dados continuam a traduzir a prematuridade nos padrões de consumo de álcool, em que as idades mínimas nem sequer ultrapassam a maioridade. Mais, o contexto do início dos consumos de álcool, na amostra estudada, traduziu-se maioritariamente em um contexto social (amigos), o que reforça o enorme peso das bebidas alcoólicas, quase como uma obrigatoriedade, nas relações interpessoais, em circunstâncias recreativas.

A par dos efeitos psicoativos e da propensão para alterações comportamentais e cognitivas do consumo de álcool, 50.0% dos indivíduos dependentes da amostra afirmam que, em estado de embriaguez, perdem o controlo das suas ações "algumas vezes". No entanto, aproximadamente 65.0% dos mesmos indivíduos já cometeram algum tipo de crime, também em estado de embriaguez. Conforme é também possível analisar, a prevalência de comportamentos delituosos, dos dependentes de álcool da amostra, em estado sóbrio é significativamente mais baixa. A incapacidade de deliberar as consequências e o aumento da desinibição e dos níveis de impulsividade e de agressividade são fatores cruciais e impulsionadores de comportamentos delituosos. Muitas vezes estes comportamentos colocam a vida do próprio e dos outros em risco, e o comportamento violento é também muitas vezes dirigido a outrem, principalmente a nível familiar (Niewiadomski, 2004). Os crimes mais cometidos pelos indivíduos da amostra, a condução sob o efeito de álcool, e a agressão verbal e/ou física, suportam essas mesmas afirmações. Consequentemente, as principais vítimas destes comportamentos são os familiares. É também possível verificar que, conforme a literatura nos indica (de Almeida, Pasa, & Scheffer, 2009; Niewiadomski, 2004), existe uma maior predominância de indivíduos do sexo masculino, dependentes de álcool, envolvidos em comportamentos delituosos, nomeadamente, em casos de violência doméstica (agressões verbais e/ou físicas dirigidas a familiares).

9. Conclusão

O objetivo principal deste estudo visa, primordialmente, associar o consumo de álcool, mais concretamente a dependência alcoólica, e o comportamento criminal dos indivíduos da amostra. Tal como já foi explorado, o álcool tem uma influência direta, e cada vez mais

acentuada, na propensão de comportamentos violentos e na alteração dos níveis de ansiedade e de impulsividade dos indivíduos. Os dados recolhidos através dos 48 participantes, todos eles diagnosticados com o síndrome da dependência alcoólica, remetem para isso mesmo.

Em todos os comportamentos criminais estudados, quer a nível das condutas infratoras levadas a cabo sob o efeito de álcool, quer a nível dos crimes registados em tribunal, a frequência dos mesmos é superior à inexistência desses mesmos comportamentos. Por outro lado, a percentagem de condutas delituosas em estado sóbrio é significativamente inferior. Esta discrepância conduz à possível mudança cognitiva e comportamental em indivíduos sob o efeito de álcool, potenciando condutas violentas e irrefletidas que poderiam não acontecer caso o indivíduo estivesse sem beber. Curiosamente, 93.8% dos participantes nega ter cometido qualquer tipo de crime que não tenha sido reportado às autoridades. Estes dados poderão ser algo inconclusivos, uma vez que a maioria dos doentes, ao responderem a esta questão, demonstraram alguma inibição em responder, por receio de uma possível denúncia.

Na prevalência de comportamentos desviantes e na prevalência de crimes registados, o tipo de infração mais cometida é a condução sob o efeito de álcool. Mais, a agressão verbal e/ou física, predominantemente dirigida a familiares, são também dos comportamentos transgressores mais perpetrados nestas duas valências. Estes dados remetem também para a possível incapacidade de discernir as consequências de um comportamento pautado pelo aumento dos níveis de desinibição, de impulsividade, e de agressividade. Consequentemente, o indivíduo, sob o efeito de álcool, coloca indeliberadamente a sua vida em risco, bem como a vida dos outros.

É de notar que a amostra em estudo é constituída, em 85.4%, por indivíduos do sexo masculino. Mais, no registo de comportamentos desviantes sob o efeito de álcool, praticados por indivíduos do sexo masculino (30), é estimada uma percentagem de 73.2%. Apenas uma mulher (14.3%) afirmou ter conduzido sob o efeito de álcool. Dos 23 crimes registados em tribunal, todos eles foram levados a cabo por doentes do sexo masculino. É, portanto, correto afirmar que existe, de facto, uma relação entre os indivíduos do sexo masculino, dependentes de álcool, e uma propensão à criminalidade. Apesar de 50.0% dos participantes afirmarem que perdem o controlo das suas ações, quando embriagados, "*algumas vezes*", a predominância de comportamentos criminais, em estado de alcoolemia, é significativa.

Outro dado relevante é o levantamento da sintomatologia do doente em período de abstinência. Dado que um dos critérios de inclusão, para a recolha dos indivíduos da amostra, é um período mínimo de abstinência alcoólica de três meses, as respostas obtidas neste parâmetro são mais fidedignas, permitindo que os participantes se baseiem no seu estado

atual. Com percentagens compreendidas entre os 75.0% e os 90.0%, os doentes afirmaram que, sóbrios, se sentem menos agressivos e violentos, com um humor mais estável, menos ansiosos, e com menores níveis de irritabilidade. A maior parte dos relatos dos doentes que participaram nesta investigação, declararam que iniciaram os consumos abusivos de álcool na procura de um escape aos problemas pessoais, e amenizar os sentimentos de tristeza, e de angústia. Em outros casos, a necessidade de pertença e um grupo e/ou circunstância social, está também na base da procura de álcool. Desde problemas conjugais, a económicos, laborais, e mesmo judiciais, a forma de contornar os mesmos, segundo os participantes, seria o refúgio nas bebidas alcoólicas.

No entanto, muitos dos doentes relataram também que os efeitos que procuravam no álcool tomavam um sentido inverso. Ou seja, os sentimentos de bem-estar e de tranquilidade, a diminuição da ansiedade da tensão interna, que deveriam manifestar-se após os consumos excessivos de álcool, surgiam apenas em períodos de abstinência alcoólica.

A par da precocidade do início de consumo de álcool, está também o aparecimento, também precoce, de problemas ligados ao álcool, e de uma maior probabilidade do indivíduo desenvolver o Síndrome de Dependência Alcoólica.

A prevalência de baixa escolaridade dos participantes da amostra pode estar associada, na maioria dos casos, à falta de informação e de recursos que concernem ao consumo de álcool e aos seus malefícios. Neste caso, os amigos e a família são as redes com as quais os doentes iniciaram os seus consumos de álcool. A permissividade com que muitos destes membros inserem o álcool nas suas rotinas, transmite ao doente falsos conceitos e uma quase obrigatoriedade de eles próprios seguirem esses modelos comportamentais.

É também verificado que aproximadamente 46.0% dos doentes se encontravam desempregados e, portanto, na maioria dos casos, procuravam ajuda em último recurso. A par do preconceito social, já imposto nesta doença, as dificuldades económicas, a disfuncionalidade a nível familiar, e o sentimento de impotência perante as dificuldades, contribuía para uma maior inibição e vergonha em procurar ajuda.

Uma das principais dificuldades neste estudo foi efetivamente recolher, atempadamente, o número inicialmente idealizado de participantes. As ausências, cada vez mais frequentes, dos doentes, às consultas, e a incapacidade de poderem levar alguém a acompanhá-los, eram situações, maioritariamente justificadas pela falta de dinheiro, de transporte, ou mesmo a desistência.

Todos estes fatores têm uma extrema relevância na prevenção e no tratamento da doença alcoólica. Muitos destes fatores poderão condicionar a adesão ao processo terapêutico,

e aos custos, e às cedências que dele advém. É essencial que, principalmente na etapa inicial, exista um comprometimento por parte do doente. Claro está, sem o devido suporte, quer a nível familiar, económico, quer a nível do próprio sujeito, poderá limitar a continuidade do tratamento. Apesar dos esforços no combate a esta problemática, os consumos de álcool, quer a nível nacional, quer a nível europeu, são preocupantes. Apesar de muitos doentes procurarem ajuda por iniciativa própria, muitos outros são enviados para o serviço de alcoologia por médicos de família, por contextos de urgências hospitalares, por instituições de apoio a pessoas carenciadas, quase sempre em uma fase já algo avançada da doença.

Outro aspeto importante, aliado ao consumo e à dependência de álcool, visa a falta de uma rede de suporte estável e consistente que acompanhe e alente o indivíduo durante todo o processo terapêutico.

É fulcral que a sensibilização para este problema seja feita cada vez mais cedo, que abranja todos os tipos de população, seja clara e objetiva, e que todos possam ter acesso aos cuidados de saúde primários, e que estas valências estejam devidamente formadas e aptas na prevenção e no rastreio de comportamentos de risco, nomeadamente, no âmbito dos comportamentos aditivos. Mais, é também crucial que estas valências continuem a trabalhar a par com os serviços de acolhimento de pessoas com algum tipo de dependência e que necessitam de tratamento e de cuidados apropriados.

Referências bibliográficas

- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. (pp. 267-273). Maia: Instituto Superior da Maia.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Campos, P., & Ribeiro, C. (2012). Rastreio do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários – atitudes dos utentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 28, 98-104.
- Coutinho, J., de Almeida, J., Santos, M., Onofre, O., Silva, R., Marques, C., & Paz, C. (2009). Estudo do Perfil-Tipo dos Doentes Internados na Unidade de Alcoologia do Porto. *Revista Toxicodependências*, 15(3), 23-29.
- Chalub, M., & Telles, L. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 69-73.
- de Almeida, L. (2004). *O sortilégio de Pandora – o sistema nervoso e os tóxicos*. (pp. 267-272). Lisboa: Gradiva.
- de Almeida, R., Pasa, G., & Scheffer, M. (2009). Álcool e Violência em Homens e Mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 252-260.
- de Deus, A. (2002). Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos. *Análise Psicológica*, 3(20), 479-494.
- Dias, P. (2008). *Determinantes sociais e comportamentais do consumo de álcool*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Laranjeira, R., Duailibi, M., & Pinsky, I. (2005). Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 176-177.
- Lima, M., & Ribeiro, C. (2008). Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(3), 317-322.

- Marante, S. (2010). *Relatório de Estágio Acadêmico na Unidade de Alcoologia do Norte*. Relatório de Estágio de Mestrado Integrado em Medicina Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Mendes, D., Mari, J., Singer, M., Barros, G., & Mello, A. (2009). Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 77-85.
- Niewiadomski, C. (2004). Violência e Alcoolismo: Abordagem Biográfica em Alcoologia e Hermenêutica do Sujeito. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 331-341.
- Nogueira, T., & Ribeiro, C. (2008). Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 304-316.
- Nunes, L. (2010). *Crime e comportamentos criminosos*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Oliveira, B. (2009). *Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social*. Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Oliveira, J., Lima, M., Simão, M., Cavanari, M., Tucci, A., & Kerr-Corrêa, F. (2009). Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(6), 494-301.
- Oliveira, M., Laranjeira, R., & Jaeger, A. (2002). Estudo dos prejuízos cognitivos na dependência do álcool. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 205-212.

- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Pombo, S. (2010). Estudo das características psicométricas do Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) em uma população clínica de dependentes do álcool. *Revista Toxicodependências*, 16(2), 71-78.
- Pombo, S., Ismail, F., & Cardoso, J. (2008). "Cravers" pelo álcool. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 349-365.
- Ribeiro, C. (2008). Álcool – Impacto no indivíduo e na sociedade. Qual o papel dos Cuidados de Saúde Primários? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 269-274.
- Ribeiro, C. (2008). Álcool – Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Qual o papel para os Cuidados de Saúde Primários? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 323-329.
- Smart, R. (1991). *World trends in alcohol consumption*. World Health Forum, 12, 99-103.
- World Health Organization. (1955). *Alcohol and Alcoholism. Report of an Expert Committee*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*. World Health Organization: Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1980). *Problems related to alcohol consumption*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *World Health Statistics 2013*. Italy: World Health Organization.