

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

Joana Filipa Santos Rodrigues

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

Joana Filipa Santos Rodrigues

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

Joana Filipa Santos Rodrigues

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

Joana Filipa Santos Rodrigues

Monografia apresentada à Universidade Fernando
Pessoa como requisito para obtenção do grau de
Licenciado em Enfermagem, sob orientação da
Mestre Maria Filomena Cardoso

Abreviaturas

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UFP: Universidade Fernando Pessoa

%: Percentagem

PAS: Percentagem de álcool no sangue

GNR: Guarda Nacional Republicana

PSP: Polícia de Segurança Pública

p.: Página

OMS: Organização Mundial de Saúde

CRAN: Centro Regional de Alcoologia do Norte

SNC: Sistema Nervoso Central

AGAB: Ácido gamaaminobutírico

Sumário

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base para fundamentar a prática de cuidados. O objectivo da investigação em enfermagem diz respeito ao estudo de fenómenos que levam à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina.

Com o intuito de finalizar a Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, foi proposto a realização de um trabalho de investigação, escolhido para tema “Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem”.

A entrada para a universidade é um período de mudança para um jovem adulto. A conquista de mais autonomia, o assumir responsabilidades e muitas vezes sair do abrigo dos pais para viverem sozinhos, causa mudanças nos estilos de vidas dos universitários. Por vezes a entrada no mundo académico abre as portas para a adopção de comportamentos menos saudáveis. Nomeadamente para o início ou aumento dos consumos de álcool.

A componente teórica deste trabalho é resultado de uma extensa pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, desta forma expomos pontos fundamentais para a compreensão do problema estudado.

Neste sentido, construímos a problemática do presente estudo definido com a questão de partida: “A entrada na Universidade influenciou o consumo de álcool nos alunos de enfermagem?”

O tipo de estudo adoptado para a investigação científica é um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

Os objectivos deste trabalho são: saber se a entrada na vida académica contribuí para o consumo de bebidas alcoólicas; conhecer com que regularidade os estudantes de enfermagem ingerem bebidas alcoólicas; saber se os estudantes de enfermagem reconhecem os limites, ou se põem em perigo as suas vidas e de outros, ao terem actos inconscientes; identificar até que ponto a ingestão de bebidas alcoólicas influenciou o desempenho académico dos estudantes de Enfermagem.

O estudo foi realizado na Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Como instrumento de recolha de dados utilizamos o questionário.

A amostra do estudo é constituída por 50 alunos do 4º ano da licenciatura em enfermagem consumidores de álcool.

70% dos alunos consumidores de álcool são do género feminino e a bebida que os estudantes de enfermagem ingerem com maior regularidade é a Cerveja (36%).

58% da amostra afirma que a entrada para a universidade contribuiu para um aumento do consumo de álcool.

A Educação para a saúde tem como função promover estilos de vida saudáveis. Tendo o enfermeiro um lugar privilegiado junto da população, possuindo um importante papel na prevenção do álcool.

Os alunos da licenciatura em enfermagem, devido á interacção diária que têm com os professores, que na sua maioria são experientes enfermeiros, são privilegiados pois podem a qualquer momento esclarecerem dúvidas. Por sua vez os professores da licenciatura também têm um papel extremamente importante na educação para a saúde em meio universitário, cabendo a eles abordarem temáticas problemáticas como a do álcool, e consciencializarem os estudantes para os perigos que pode encontrar durante este período de mudança nesta etapa da vida que é a entrada na universidade.

Dedicatória

Dedico esta monografia a todos que me ajudaram a concretiza-la, especialmente aos meus pais por sempre me apoiarem e me terem ajudado a tornar este sonho possível.

Agradecimentos

Com a apresentação deste trabalho, quero expressar os meus mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, o tornaram possível.

À professora Maria Filomena Cardoso por toda a ajuda que tornou possível este trabalho.

À professora Teresa Guerreiro pela ajuda inicial e pela disponibilidade que sempre me facultou.

Aos meus pais, pelo inigualável papel assumido neste percurso de quatro anos pela expectativa que em mim depositaram, promovendo a minha auto-responsabilidade, realização pessoal, orgulho e dignidade em me formar nesta profissão outrora considerada uma miragem e, agora, uma realidade manifesta. Aos meus pais dedico esta Licenciatura em Enfermagem, pois foram quem mais investiram e se orgulham.

Ao Pedro pela compreensão nos momentos de ausência, e pelo carinho demonstrado diariamente durante estes quatro anos da minha licenciatura.

Aos amigos que me acompanharam nesta etapa da minha vida, pela troca de ideias, pela disponibilidade, pela amizade demonstrada e pelos momentos inesquecíveis vividos neste percurso académico.

A todos eles, muito obrigado!

Índice

0 – Introdução	15
I. Fase Conceptual.....	19
1. Enquadramento Teórico	19
1.1. História do Álcool	19
1.1.1 Definição de Álcool	21
1.2. Metabolismo do Álcool.....	22
1.3. Efeitos do álcool sobre o organismo	23
1.4 Epidemiologia	25
1.5. Falsos conceitos e mitos sobre o álcool.....	27
1.6. Álcool e a Condução	29
1.7. Taxa Alcoólica e Alcoolémia	30
1.8. Intoxicação alcoólica.....	31
1.9. Ressaca.....	33
1.10. Factores que levam ao consumo de álcool	34
1.11. Medidas para diminuir o consumo de álcool.....	35
1.12. Álcool nos Jovens.....	36
1.13. O Enfermeiro e o alcoolismo como problema de saúde pública	37
II - Fase Metodológica	41
2.1. Questões éticas da investigação	41
2.2. Tema.....	43
2.2.1. Delimitação do Tema	43
2.3. Questões de Investigação	44
2.4. Objectivos do estudo	44
2.5. Tipo de estudo	45
2.6. Meio	45
2.7. População alvo	46
2.8. Processo de Amostragem	46
2.8.1. Amostra	46
2.9. Variáveis em estudo	47
2.9.1. Variável Dependente	47
2.9.2. Variável Independente.....	47
2.9.3. Variáveis de Atributo	48

Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem

2.10. Instrumento de colheita de dados	48
2.11. Pré-teste.....	49
2.12. Colheita de dados	49
2.13. Tratamento e Análise de Dados.....	50
III. Fase Empírica.....	51
3.1. Caracterização da amostra.....	51
3.2. Consumos de álcool	55
IV. Discussão dos Resultados	66
V. Conclusão	71
Bibliografia	73
Anexos.....	75

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos por género.....	51
Tabela 2 - Dados estatísticos referentes à idade dos indivíduos.....	522
Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos por Idade.....	522
Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos por Estado Civil.....	544
Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos acerca de com quem vive em período de faculdade.....	544
Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos pela idade que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas.....	555
Tabela 7 - Distribuição dos indivíduos pela regularidade de consumo de bebidas alcoólicas.....	555
Tabela 8 - Distribuição dos indivíduos por bebida alcoólica que ingere com maior regularidade.....	566
Tabela 9 - Distribuição dos indivíduos pela contribuição para um aumento do consumo de bebidas alcoólica com a entrada na universidade.....	577
Tabela 10 - Distribuição dos indivíduos pelo evento que contribuiu para o aumento do consumo de álcool, com a entrada na universidade.....	577
Tabela 11 - Distribuição dos indivíduos sobre o facto de não haver aumento do consumo de bebidas alcoólicas após a entrada para a universidade.....	588
Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos pela necessidade de consumir bebidas alcoólicas para se divertir, quando saem á noite.....	599
Tabela 13 - Distribuição dos indivíduos pelo motivo de precisar de consumir bebidas alcoólicas para se divertir.....	599
Tabela 14 - Distribuição dos indivíduos pela média de consumo de bebidas alcoólicas quando saem à noite.....	60
Tabela 15 - Distribuição dos indivíduos sobre como se sentem quando bebem bebidas alcoólicas.....	611
Tabela 16 - Distribuição dos indivíduos segundo quantas embriaguezes teve no último mês, considerando como manifestações deste estado náuseas, vômitos, taquicardias, visão turva, desequilíbrio na marcha e alterações de humor.....	611
Tabela 17 - Distribuição dos indivíduos quanto ao número de embriaguezes que tiveram desde o começo da vida académica.....	622
Tabela 18 - Distribuição dos indivíduos pelo facto de perderem a consciência devido à ingestão de bebidas alcoólicas.....	622

Tabela 19 - Distribuição dos indivíduos de já terem conduzido mesmo sabendo que estavam alcoolizados	633
Tabela 20 - Distribuição dos indivíduos sobre considerar-se dependente de bebidas alcoólicas	633
Tabela 21 - Distribuição dos indivíduos sobre considerarem-se informados relativamente as bebidas alcoólicas e seus efeitos.....	644
Tabela 22 - Distribuição dos indivíduos sobre se o abuso de bebidas alcoólicas influencia o desempenho enquanto estudantes de enfermagem	644
Tabela 23 - Distribuição dos indivíduos pelo facto de porque considera que as bebidas alcoólicas influenciam o desempenho enquanto alunos	655

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Histogramas de frequência para a variável “Idade” 52

0 – Introdução

Como alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, foi-nos proposto, no âmbito da disciplina Estágio e Projecto de Graduação, a elaboração de um trabalho de investigação incidindo num tema do nosso interesse. Depois de uma reflexão sobre vários temas, o tema que mais suscitou interesse foi: “Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem”.

A área de investigação é deveras fundamental para a prática de Enfermagem. Todas as profissões necessitam de uma base de sustentação, assente em princípios metodológicos e científicos que lhe confirmem objectividade, especificidade e rigor. A Investigação e a sua aplicabilidade na área de Enfermagem são fulcrais para que o desempenho dos profissionais seja assente na realidade observada e constatada, indo de encontro às necessidades detectadas da pessoa, família e comunidade. Sendo a Enfermagem uma ciência viva, é necessário para os enfermeiros acompanharem as mudanças em torno desta ciência. (Bessa, 1994)

A justificação para a selecção deste tema de investigação foi o facto de verificamos os consumos abusivos por parte de colegas e amigos durante a licenciatura. Durante estes quatro anos verifica-se um aumento significativo dos consumos de álcool, factor este preocupante pois muito deste aumento dá-se devido a influências do grupo de pares durante as festas académicas e têm início logo com a entrada na vida universitária. Este facto despertou-nos no sentido de começar a estudar esta problemática.

Com o intuito de facilitar a consulta e a compreensão, este estudo foi dividido em três partes, inicialmente com uma fase conceptual, para obter as respostas necessárias à compreensão das questões em estudo, apresentando a matriz teórica, onde constam breves conceitos sobre:

- História, definição e metabolismo do álcool;
- Efeitos do álcool sobre o organismo;
- Epidemiologia e falsos conceitos e mitos sobre o álcool;
- Álcool e a condução, taxa alcoolemia e alcoolemia;

- Intoxicação alcoólica, abordando a intoxicação crónica e aguda;
- Factores que levam ao consumo do álcool e medidas para diminuir os mesmos;
- Álcool nos jovens;
- O enfermeiro e o alcoolismo como problema de saúde pública.

Numa outra fase, chamada fase metodológica, está inserido os princípios éticos, o problema de investigação, o tipo de estudo e seus objectivos, a população, as variáveis, o instrumento de colheita de dados, o pré-teste, tratamento e análise dos dados. Por fim, a fase empírica, onde estará inserido os resultados e sua discussão, bem como a conclusão e a bibliografia utilizada, os anexos, com a presença final do instrumento de colheita de dados.

Com a realização deste trabalho, pretende-se: adquirir conhecimentos sobre a prática de investigação utilizando os conhecimentos adquiridos na disciplina de Métodos e Técnicas de Investigação; contribuir para a melhoria dos conhecimentos em Enfermagem; demonstrar que certos tipos de consumos podem interferir nas actividades de vida dos estudantes de enfermagem e responder com algumas sugestões aos problemas identificados.

Delineamos como objectivos académicos deste trabalho:

- Aprofundar conhecimentos na área da investigação;
- Aprofundar conhecimentos acerca da temática em estudo;
- Aplicar as etapas inerentes à execução de uma monografia;
- Entender a investigação como metodologia de trabalho e de produção de conhecimento;
- Adquirir competências para o desenvolvimento de trabalhos de investigação

Pretendemos atingir com esta investigação os seguintes objectivos:

- Saber se a entrada na vida académica contribuí para o consumo de bebidas alcoólicas.
- Conhecer com que regularidade os estudantes de enfermagem ingerem bebidas alcoólicas.
- Saber se os estudantes de enfermagem reconhecem os limites, ou se põem em perigo a vidas destes e de outros, ao terem actos inconscientes.
- Identificar até que ponto a ingestão de bebidas alcoólicas influenciou o desempenho académico dos estudantes de Enfermagem.

Tendo em conta o problema de investigação e os objectivos optou-se por se realizar um estudo Exploratório Descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

A população do estudo são os alunos a frequentar o 4º ano da licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa no ano lectivo 2008/2009. A amostragem será do tipo de acidental, os sujeitos da amostra são todos os alunos consumidores de álcool, presentes no seminário de dia 5 de Setembro, excluindo os que participaram no pré-teste, sendo este um total de 73 alunos.

A situação-problema do nosso estudo relaciona-se com os Consumos de Álcool nos estudantes de enfermagem, tendo como questão inicial a seguinte: “A entrada na Universidade influenciou o consumo de álcool nos alunos de enfermagem?”.

A enfermagem não pode descurar aspectos importantes como: a promoção de estilos de vida saudáveis e a cooperação entre uma equipa multidisciplinar numa interacção de esforços tendo como objectivo a saúde.

Em relação aos estudantes de enfermagem o enfermeiro ou/e professores deveram actuar de forma a esclarecer dúvidas, alertando para situações que poderão por em causa a sua saúde,

não esquecendo a sua intervenção junto aos estudantes de forma a promover uma vida saudável. Sendo os estudantes de enfermagem privilegiados por relacionarem-se diariamente com professores enfermeiros ou médicos, devem aproveitar para esclarecerem dúvidas com estes. Tendo também os professores deste curso um papel importante na educação para a saúde.

I. Fase Conceptual

Nesta fase pretende-se escolher e formular um problema de investigação, rever a literatura pertinente, elaborar um quadro de referência e enunciar o objectivo e as questões de investigação ou as hipóteses (Fortin, 2000).

Para Fortin (2000, p.39), “ (...) a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação”.

1. Enquadramento Teórico

Com o fim de complementar e enriquecer os conhecimentos acerca desta temática, tornou-se essencial dotar este estudo de um referencial teórico fundamentado, pesquisando-se dessa forma uma vasta bibliografia alusiva ao estudo em questão.

Segundo Fortin (2000, p.93) o quadro teórico é:

“Função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e sub conceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto em estudo”.

1.1. História do Álcool

À semelhança de outras grandes invenções, acredita-se que o primeiro contacto que o Homem teve com o álcool ocorreu de forma acidental, enquanto se alimentava. Existem elementos arqueológicos e bibliográficos, que permitem pensar que a utilização de bebidas alcoólicas pelo Homem e o conhecimento dos seus efeitos já existem há algumas dezenas de milhares de anos, antes da Era Cristã.

Segundo Goodwin (1981, cit, *in* Ferreira-Borges, 2004), os vestígios do consumo de álcool remontam ao período paleolítico, e dizem respeito a uma substância muito utilizada na época o “*hidromel*”, esta substância encontra-se descrita em textos antigos, como por exemplo,

textos gregos, em sânscrito e outras línguas indo-europeias, as quais designam o “*Hidromel*” como sendo uma substância que teria na sua composição mel e uma bebida intoxicante.

Pensa-se que por volta de 8.000 a.C. surgiu o processo de fabricação da cerveja na Mesopotâmia. E terá sido nesta região do globo (que se encontrava associada a um forte desenvolvimento da agricultura), que pela primeira vez foi descrita uma intoxicação e cura da ressaca devido ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Mello, Barrias & Breda, 2001, *cit. in* Ferreira-Borges, 2004).

O consumo de álcool parece ser um costume muito antigo, que tem persistido por milhares de anos, e desde os tempos mais remotos que o vinho tem sido a bebida de excelência para a alcoolização. O vinho terá sido integrado no universo mitológico, religioso e cultural, sendo mesmo classificado como, “*a bebida divina*”, “*o néctar dos deuses*” ou o “*elemento purificador*” de determinadas práticas sagradas. Na época grega e romana o vinho era idolatrado, chegando estes povos a atribuir-lhes deuses, Dionísio e Baco respectivamente.

Apesar da proibição imposta pelo Islamismo, pensa-se que o vinho chega à China em meados do ano 500 d.C. através da rota da seda, sendo os árabes os primeiros a destilar o álcool. Por sua vez pensa-se que os europeus aprenderam com estes povos a técnica da destilação e no século XI já se encontravam à venda em Itália aguardentes (Ferreira-Borges, 2004). Na mesma altura a destilação do vinho poderá ter-se também generalizado em França. As bebidas alcoólicas nem sempre tiveram a mesma designação – álcool, e só tomou esta designação nos finais do século XVI, sendo até então conhecido pela eloquente e apelativa designação *aqua vitae* (Ferreira-Borges, 2004).

O consumo de novas bebidas parecem surgir com o decorrer dos anos, e no final do século XVIII inícios do século XIX, desenvolve-se a concepção de embriaguez como doença. O conceito de alcoolismo, como doença e não como vício, só terá surgido no século XVIII, depois de uma crescente produção e comercialização de álcool destilado, conseqüente à revolução industrial (Mello et al, 2001). A partir da revolução industrial o consumo de álcool atingiu níveis até então desconhecidos.

O vinho assumiu proporções gigantescas em toda a Europa, e se o consumo era generalizado teria de existir uma produção que fizesse face a tanta procura, estimando-se que em 1958,

cerca de dez por cento dos terrenos agrícolas em Itália eram destinados à produção de vinho, dando ocupação, a tempo completo ou parcial, a cerca de dois milhões de trabalhadores (Szsaz, 1990 *cit. in* Ferreira-Borges 2004). O mesmo acontecia em Portugal, país com grandes tradições vitivinícola.

Como verificamos anteriormente, nem sempre o consumo de bebidas alcoólicas foi encarado como um problema, ainda hoje em dia parece existir uma certa dificuldade para definir alcoolismo. Muitas teorias têm surgido sem que nenhuma satisfaça completamente. Esta dificuldade advém da diversidade etiológica do alcoolismo e da sua ampla expressão, pelo que seguidamente irá ser apresentada uma breve abordagem do conceito e definição de álcool.

1.1.1 Definição de Álcool

De acordo com o Dicionário Etimológico de Língua Portuguesa (Machado, 1997) a palavra álcool deriva do árabe “al-kuhl”, que designava colírio feito de pó de um semi-metal denominado antimónio, usado especialmente em cosmética, para as mulheres colorirem as pálpebras de um tom branco azulado, tendo vindo a evoluir para “al-kuhul” forma vulgar para designar qualquer “pó fino”. No século XVI, a palavra “alkol” derivada do latim dos alquimistas passou a designar não só a substância química, mas também toda e qualquer substância obtida por destilação.

Actualmente entende-se por álcool a substância etanol ou álcool etílico, a principal componente das bebidas alcoólicas e cuja formula química é $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$.

“O álcool é uma substância incolor, que se apresenta no estado líquido à temperatura ambiente, de cheiro e gosto ardentes. [Ferve a 78,5°C]. É um solvente de largo espectro que se mistura com água em qualquer grau de concentração, podendo este grau de concentração ser expresso em percentagem de volume ou peso [e pode separar-se da água por destilação] ” (Ferreira-Borges, 2004)

A graduação alcoólica de uma bebida é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro nela contido. Quando se refere que um vinho tem 10° significa que 1 litro contém 10% de álcool, isto é 100ml equivale a 80g de álcool.

Segundo Mello et al. (2001) as bebidas alcoólicas podem ser de dois tipos:

- Bebidas Alcoólicas Fermentadas

- Bebidas Alcoólicas Destiladas

Fermentadas, as que se obtém por fermentação alcoólica de sumos açucarados por acção de leveduras como é o caso de vinho e da cerveja, ou destiladas que resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação (aguardente, whisky, gin e vodka).

1.2. Metabolismo do Álcool

O álcool é absorvido atravessando a mucosa digestiva sem sofrer prévia digestão, ao contrário do que sucede com os alimentos. A sua absorção dá-se em pequenas quantidades pela mucosa da boca e do esófago, em moderada quantidade no estômago (30%), sendo o duodeno o principal local de absorção (65%) e o restante no cólon. Passando para a circulação sanguínea difunde-se facilmente através dela a todo o organismo, em função do conteúdo hídrico dos diferentes órgãos ou tecidos, podendo encontra-se facilmente na saliva, suor e urina. (Mello et al, 2001).

Segundo o mesmo autor, a absorção do álcool é mais rápida nos indivíduos em jejum do que em indivíduos que tenham ingerido alimentos, demorando apenas 15 a 20 minutos. A sua concentração no sangue aumenta de imediato para 60% e atinge valores máximos até cerca de uma hora e meia após a sua ingestão. Estes valores decrescem em função do tempo e da velocidade de absorção, variando consoante os factores individuais de metabolização, da concentração de álcool ou do tipo de bebida ingerida, e ainda da presença de alimentos no intestino tornando mais lenta a absorção do álcool.

A passagem do álcool do intestino para o sangue dá-se de acordo com a velocidade com que este é ingerido. Já o processo de degradação do álcool pelo fígado obedece a um ritmo fixo podendo ser ultrapassado pela quantidade consumida. De acordo com Schuckit (1998, p.88) esta metabolização hepática é efectuada “a uma velocidade de cerca de uma bebida por hora, o que equivale a 7g de etanol por hora.” O restante fica na corrente sanguínea onde actua como depressor e anestésico, retardando o metabolismo celular.

Para Mello (2001), a eliminação do álcool faz-se em 10% pelos pulmões, pelo suor e pela urina. Os restantes 90% são transformados em quase toda a sua totalidade ao nível do fígado, em que o etanol é oxidado primeiro em acetaldeído e depois em acetato por acção de uma

enzima catalizadora denominada Álcooldesidrogenase (ADH), decompondo-se através desta reacção química em água e dióxido de carbono. A metabolização do álcool completa-se por uma via alternativa denominada sistema microssomático de oxidação do etanol. Esta via alternativa torna-se mais importante à medida que a concentração de álcool aumenta, como acontece nos consumos crónicos, levando ao aparecimento da tolerância.

Devido ao facto de o álcool não ser convertido em glicogénio, a energia libertada que ocorre na reacção química não é armazenável, e só é utilizada enquanto o álcool circula pelo organismo, ou então é perdida. Apesar disso o álcool fornece cerca de 7,1 calorias, mais do que o próprio açúcar com 4,5 e não possui nenhuns minerais nem vitaminas. (Phipps, 2003).

1.3. Efeitos do álcool sobre o organismo

A OMS estabeleceu critérios quantitativos dos limites de risco quanto ao consumo de álcool em adultos. Nessa definição de limites, houve o cuidado de fazer a distinção de valores para homens e mulheres, dada a maior vulnerabilidade do sexo feminino (Secades, 2001). Considera-se tipo de consumo seguro a quantidade de 0 a 40 gramas/dia para o homem e de 0 a 20 gramas/dia para a mulher; consumo arriscado de 41 a 60 gramas/dia para o sexo masculino e 21 a 40 gramas/dia para o feminino; quando os valores excedem os 60 gramas/dia para o género masculino e os 40 gramas/dia para o feminino já se considera consumo prejudicial.

Neste sentido, conforme a OMS, o uso prejudicial corresponde, no homem a mais de 14 bebidas por semana ou a mais de quatro bebidas por dia e na mulher a mais que sete bebidas por semana ou mais que uma bebida por dia.

Contudo, o consumo de álcool, depende de cada pessoa e da fase de vida em que se encontra. A OMS recomenda que os jovens até aos 18 anos não devem ingerir bebidas com álcool, pois o fígado ainda não está preparado para enfrentar a metabolização alcoólica. Os adultos que gozam de uma boa saúde, podem beber moderadamente às refeições, ou seja, nunca ultrapassar 0,5 gramas de álcool por Kg de peso, por dia.

A mesma organização aconselha até 24 g de álcool por dia para o homem e 16 g para a mulher.

O álcool é uma substância atractiva, pois os seus efeitos imediatos em doses moderadas são percebidos pelo consumidor como agradáveis. No caso de um indivíduo saudável, não alcoólico a dose de álcool até duas bebidas por dia, pode ser benéfica de modo a melhorar a sociabilidade deste, assim como, a possível estimulação do apetite e diminuição de risco de doença cardiovascular, uma vez que reduz as lipoproteínas de alta densidade. Contudo se o consumo for excessivo (superior a 2 bebidas por dia) ou se os indivíduos forem doentes, poderão potenciar prejuízos no organismo (Schuckit, 1998).

Existe uma série de prejuízos no organismo que estão associados à ingestão excessiva e permanente de álcool. A nível do aparelho digestivo, são evidentes as cáries dentárias e gengivites, esofagites e varizes esofágicas, gastrites (agudas e crónicas), úlcera péptica ou duodenal, pancreatite, diabetes ou doença hepática crónica. (Shils, 2003).

No sistema circulatório, o álcool tem tendência a aumentar os níveis de colesterol circulante o que, conseqüentemente, provoca um aumento da tensão arterial assim como uma série de outras situações patológicas que daí advém. Para além disso, o álcool tem uma acção tóxica directa no músculo cardíaco (Shils, 2003).

A lesão no sistema nervoso de um alcoólico é permanentemente lesada, quer pela desnutrição, decorrente do alcoolismo, quer pela acção tóxica directa do álcool. A polineuropatia é uma patologia clássica destes indivíduos. Esta caracteriza-se pela alteração dos nervos periféricos resultando em distúrbios na marcha, formigueiro, câibras e insensibilidade cutânea (Michel, 2002).

O sistema reprodutor é outro dos alvos atingidos pelo álcool, provocando impotência e infertilidade, para além de distúrbios menstruais nas mulheres a atrofia dos testículos nos homens (Jaffe, 1981).

De forma aguda o etanol em doses moderadas pode aumentar o impulso sexual dos homens mas apenas quando "...concentrações sanguíneas de álcool de 100mg/dl ou até menos..." (Harrison, 1998, p.2657). Essas doses moderadas podem diminuir simultaneamente a capacidade erétil dos homens.

Além de todos os aspectos anteriormente referidos, a ingestão repetida do etanol, também provoca graves danos a tantos outros níveis. Assim, o cancro é a segunda causa principal de morte em alcoólicos (depois da doença cardiovascular).

“ A incidência do carcinoma nos alcoólicos é dez vezes maior do que na população em geral, pois a ingestão maciça de álcool pode provocar miopatia alcoólica aguda caracterizada por edema e dores musculares, níveis séricos elevados de creatina-fosfocinase e, raramente, mioglobinúria e mioglobulinemia.” (Harrison, 1998, p.2657)

Segundo Pina (1992), problemas ligados ao álcool ou simplesmente problemas de álcool são expressões imprecisas mas cada vez mais usadas nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool.

Para Mello et al (2001, p.20), “Efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool; consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool em determinadas circunstâncias” podem prejudicar o indivíduo em muitos aspectos:

- Na família do bebedor “perturbação da família e do lar do alcoólico; descendência do alcoólico – crianças e suas perturbações.”
- No trabalho “Diminuição da capacidade laboral; elevado absentismo e acidentabilidade; reformas prematuras”
- Na Comunidade, “perturbações nas relações sociais de ordem pública; delitos, actos violentos, criminalidade, desemprego. Degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade.”

1.4 Epidemiologia

A Epidemiologia trata do estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos de saúde reactivo a uma determinada população. Nesta questão o álcool, a epidemiologia é o estudo do número de casos de consumidores e/ou dependentes, além de problemas relacionados com o seu consumo.

“Cerca de dois terços dos homens e 50% das mulheres nos países ocidentais não bebem ocasionalmente. O período de idade que existem mais bebedores e o consumo per capita é maior vai dos 16 aos 25 anos, após o que se verifica uma maior diminuição com a idade. Em qualquer momento da vida, as probabilidades de se tornar um bebedor (não um alcoólico) são mais elevadas entre as pessoas com mais elevados níveis educacionais e sócio económico.” (Schuckit, 1998, p.90)

Para Mello et al (2001), mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre 12 e 16 anos e mais de 70% acima dos 16 anos consomem regularmente bebidas alcoólicas. Em

Portugal, nas décadas de 60 e 70 tiveram início as primeiras abordagens epidemiológicas, através de estudos e inquéritos em escolas e grupos de jovens.

Segundo o mesmo autor o consumo de vinho tem vindo a diminuir, mas o consumo de cerveja e bebidas destiladas tem vindo a aumentar. O consumo efectuado pelo homem é superior ao da mulher embora o consumo neste sexo ao longo dos tempos também tem aumentado.

Carvalho (2002), refere que existe unanimidade entre os cientistas e epidemiológicos em aceitar que existe uma tendência europeia de uniformização dos padrões de consumo alcoólico. Em Portugal, assistimos basicamente ao aumento do consumo de cerveja em detrimento do vinho e a concentração dos consumos em fins-de-semana, basicamente com fins recreativos e especialmente entre a população jovem. Breda (1996), acrescenta que para além da cerveja, há um aumento de consumo de aperitivos, licores e outras bebidas destiladas fortemente alcoolizadas.

O consumidor de bebidas alcoólicas não tem perfil característico pois pode ser desde trabalhador da construção civil, estudante, executivo ou até uma dona de casa. “ O bêbedo de sarjeta ou sem domicílio fixo apresenta apenas 5% ou menos do total dos indivíduos alcoólatras.” (Harrison, 1998, p.2658)

O abuso de álcool é quase endémico na nossa sociedade, contudo os jovens são aqueles que mais facilmente poderão sofrer de um modo marcado e com consequências permanentes para o resto das suas vidas. Os jovens que bebem em excesso correm riscos que variam desde ferimentos acidentais à morte.

Estudos sobre consumos e atitudes face ao álcool foram, durante muitos anos efectuados apenas no âmbito do homem adulto, menosprezando-se o consumo em jovens e o reconhecimento do que poderia ser considerado específico neste grupo etário. Nas últimas duas décadas este objecto de estudo acabou por se impor, face ao reconhecimento de uma preocupante evolução de consumos e de comportamentos de consumo excessivo de álcool nas novas gerações, designadamente nos jovens.

Num estudo efectuado por Gameiro (1998), na população jovem (15 a 24 anos) cerca de 500 mil jovens já consomem bebidas alcoólicas três vezes por semana ou mais e segundo o mesmo autor “focar os problemas do álcool apenas nos alcoólicos em fase avançada é proceder como um apagador de incêndios desprevenido e insensato.”

O consumo de álcool passou a ser uma componente essencial, articuladora e dinamizadora dos tempos livres de muitos jovens. Entre os jovens europeus que participam na vida nocturna o álcool é a substância habitual na cultura e diversão.

Mello et al (2001), apresenta alguns dados da evolução do consumo de álcool em Portugal. Desde 1970 registou-se um aumento de 10% no consumo de etanol.

Segundo a World Drink Trends (2004), Portugal ocupava o 7º lugar dos principais consumidores de álcool “per capita”. Neste mesmo ano, cada português ingeriu em média 58,6 litros de cerveja, 43 litros de vinho e aproximadamente 1,4 litros de álcool em bebidas destiladas. Estima-se que, em Portugal, cerca de 10% da população tenhas problemas com o álcool, devido ao seu consumo inadequado. (CRAN, 2005).

Na estratégia de saúde, estes problemas ligados ao álcool foram inscritos como área de intervenção, com metas, objectivos, e orientações de actuação definidos. Mas a amplitude e a gravidade dos problemas ligados ao álcool em termos de saúde pública, impõem a tomada de medidas imediatas mais amplas e eficazes, quer de educação e promoção da saúde, quer de natureza legislativa, que concorram para a redução efectiva e rápida do alcoolismo (CRAN, 2005).

1.5. Falsos conceitos e mitos sobre o álcool

Usos e costumes no nosso país são sem dúvida uma marca da nossa tradição com grande importância. O álcool enquanto substância psicoactiva tem uma grande tolerância cultural e social, acabando por constituir um elemento omnipresente na cultura popular portuguesa. A estas tradições estão associados conceitos menos correctos em relação aos efeitos do álcool.

Estas ideias são, deste modo, abaixo desmitificadas:

- O álcool não mata a sede. A sensação de sede significa necessidade de ingestão de água. Ao consumir-se uma bebida alcoólica, uma grande quantidade de água, indispensável para o organismo, é eliminada na urina, aumentando consequentemente a necessidade de água no organismo e desta forma a sede (Michel, 2002).

- O álcool não aquece. O álcool provoca uma afluência de sangue à superfície da pele, dando uma sensação de calor. Contudo, este deslocamento provoca consequentemente uma perda de calor interna em detrimento do funcionamento de todos os órgãos (Michel, 2002).
- O álcool não ajuda a digestão. O álcool provoca alterações no estômago e consequentemente um esvaziamento gástrico mais rápido, passando os alimentos para o intestino sem estarem completamente digeridos, dando a impressão de estômago vazio. As consequências são o aparecimento de gastrites erosivas e úlceras (Michel, 2002).
- O álcool não dá força. O álcool provoca no indivíduo que o ingere, uma acção excitante, que dissimula o cansaço físico e intelectual intenso, dando assim a ilusão de voltarem as forças. No entanto, depois essa sensação desaparece e o cansaço é duplicado, porque além das energias gastas durante o esforço, mais energias foram gastas no processo de metabolização do álcool no fígado. De qualquer forma, o álcool não aumenta a força física. Embora seja muito rico em calorias, essas calorias especificamente têm o problema de nunca serem utilizadas pelo músculo. Ou seja, beber álcool engorda, mas não dá energia para trabalhar (Michel, 2002).
- O álcool não é alimento. As bebidas contêm água, etanol, quantidades variáveis de hidratos de carbono e poucos componentes de valor nutritivo. A quantidade de vitaminas e proteínas é extremamente baixa enquanto as quantidades de ferro, chumbo ou cobalto atingem por vezes valores nocivos (Shils, 2003). O álcool não é um nutriente porque produz calorias inúteis para os músculos e não serve para o funcionamento das células. Contrariamente aos verdadeiros nutrientes, eles não ajudam na edificação, construção e reconstrução do organismo. Ao contrário dos nutrientes, o álcool não é armazenado, sendo destruído nas horas seguintes à sua ingestão.

1.6. Álcool e a Condução

Segundo Mello et al (2001, p.76), é atribuído ao álcool o papel de causa directa de uma elevada percentagem de mortes por acidentes de viação e, menor percentagem, o de causa de acidentes de que apenas resultam feridos e outras incapacidades. “A taxa de sinistralidade em Portugal é 50% superior à média da União Europeia e quase o triplo do Reino Unido”.

Segundo o mesmo autor, a análise destas situações vem reforçar a relação existente entre os níveis de álcool no sangue do condutor e a frequência de acidentes, a sua maior incidência em determinados dias (fins de semana, festas e feriados) e até em determinadas horas do dia. Mas o álcool desempenha um papel não somente como factor de risco de acidente, mas também da gravidade do mesmo.

De acordo o relatório anual de sinistralidade de 2007, quase metade das detenções pela GNR e PSP no âmbito das acções de fiscalização de trânsito deveu-se ao excesso de álcool, o documento refere ainda que a GNR deteve em 2007, 24.371 condutores dos quais 49% por excesso de álcool. (Agencia Lusa, 2008)

De acordo com o fenómeno da multiplicação de risco, de Freudenberg, verifica-se que este não cresce proporcionalmente com os valores de alcoolémia. Assim, em relação a um condutor abstinente, um outro com uma alcoolemia de 0,5 gramas/litro, valor limite da taxa de alcoolémia na condução automóvel, está sujeito ao dobro do risco; um segundo, com 0,8 gramas/litro, tem o quádruplo de risco do primeiro, e um terceiro, com 1,5 gramas/litro, passa a estar sujeito a um risco dezasseis vezes maior (Mello et al, 2001).

De acordo com Murta (2002), a progressiva absorção do álcool vai modificar o comportamento do homem, influenciando as suas atitudes ao volante. Os reflexos diminuem, assim como a atenção, a capacidade de recolha de informações, e a capacidade de fixação do raciocínio, dando o estado eufórico origem a uma minimização do risco. Acrescenta-se ainda o facto do alcoolismo crónico originar perturbações físicas e intelectuais que lhe aumentam a probabilidade do acidente.

Projeções da OMS para 2020 colocam os acidentes de viação como a 3^a causa mais importante de morbilidade mundial, logo a seguir às cardiopatias isquémicas e à depressão.

Segundo a Direcção Geral de Viação, a acção do álcool no sistema nervoso origina efeitos nefastos que prejudicam o efeito da condução. Os efeitos provocados pelo consumo de bebidas alcoólicas são:

- “Audácia incontrolada”;
- Perturbação das capacidades sensoriais, principalmente a visão;
- Perda de vigilância em relação ao meio envolvente;
- Perturbação das capacidades perceptivas;
- Aumento do tempo de reacção;
- Lentificação da resposta reflexa;
- Diminuição da resistência à fadiga.

1.7. Taxa Alcoólica e Alcoolémia

“A alcoolémia, taxa de álcool no sangue, traduz a impregnação alcoólica do indivíduo, em determinado momento” (Mello et al, 2001, p.76).

A alcoolémia é a quantidade de álcool existente no sangue em determinado momento e espessa-se em gramas de álcool por litro de sangue. Segundo os dados do Centro de Alcoologia de Coimbra, a taxa de 0,5 gramas por litro de sangue é facilmente atingida com menos de três cervejas.

A presença de álcool no sangue é a indicação de que o álcool se espalhou em todo o corpo, e particularmente nos órgãos mais irrigados, como o fígado, os pulmões e o cérebro.

Para Mello et al (2001), após a absorção de uma bebida alcoólica, a concentração de álcool no sangue eleva-se, atingindo valores máximos até cerca de uma hora e meia após a ingestão, mais rapidamente em jejum e mais lentamente no decurso de uma refeição. Seguidamente, os valores começam a decrescer em função do tempo, com uma velocidade que depende dos factores individuais e metabólicos.

A esta permilagem chama-se taxa alcoólica no sangue (TAS). É a medida mais habitual para avaliar a intensidade da concentração alcoólica no organismo num dado momento.

Em termos orgânicos uma TAS de, por exemplo, 0,30 gramas/litro significa que o indivíduo, no momento em que é submetido ao teste de alcoolémia, possui 0,30 gramas de álcool puro por litro de sangue.

Há vários métodos laboratoriais e práticos para a determinação da taxa alcoolémica. A taxa de alcoolémia pode ser calculada segundo Mello et al (2001, p.44) da seguinte forma:

$$\text{Taxa de alcoolemia} \\ \text{Peso corporal} \times \text{Coeficiente}$$

Sendo:

- Taxa de alcoolémia (Peso do álcool puro consumido em gramas)
- Peso corporal (Kg)
- Coeficiente (0,7 nos homens; 0,6 nas mulheres; 1,1 no decurso da refeição)

1.8. Intoxicação alcoólica

A intoxicação alcoólica, também designada por alcoolismo pode apresentar-se sobre duas formas:

- Aguda
- Crónica

Possuindo o álcool capacidade de atravessar rapidamente a barreira hematoencefálica, a sua concentração no cérebro assemelha-se à do sangue. Nos consumidores esporádicos, a intoxicação ocorre quando se atinge níveis de álcool no sangue de 50-150mg/dl. A sintomatologia varia em relação directa com a taxa de bebida e poderá ser euforia, descoordenação, ataxia, sonolência, perda de inibição, verborreia, melancolia. Com o aumento dos níveis sanguíneos, os efeitos depressivos directos aumentam podendo ocorrer letargia, bradicardia, hipotensão e depressão respiratória, algumas vezes complicadas por vômitos e aspiração para os pulmões. O nível médio sanguíneo de álcool letal situa-se nos 450 mg/dl (Zeigler et al., 2005).

Para Seible et al. (2001), a intoxicação com o álcool pode ser leve, moderada ou grave, podendo levar ao coma e à morte. As complicações médicas da intoxicação aguda são em geral provenientes de quedas com fracturas, podendo chegar-se a hematomas subdurais.

Segundo o mesmo autor, em geral, não há tratamento específico em casos de intoxicação aguda por álcool, deixando o paciente dormir até passar a “bebedeira”, tendo-se cuidado para não deixar aspirar o seu vômito.

A OMS define embriaguez como sendo toda a forma de ingestão de álcool que excede ao consumo tradicional, aos hábitos sociais da comunidade considerada, quaisquer que sejam os factores etiológicos responsáveis e qualquer que seja a origem desse factor, por exemplo a heretarietàade, a constituição física ou as alterações fisiopatológicas adquiridas.

De acordo com Mello et al (2001), estes quadros de embriaguez podem complicar-se por crises convulsivas, e por outros sintomas que agravam a situação, tomando tonalidades bem diferentes da vulgar embriaguez. São chamados quadros de embriaguez «patológica», que apresentam sintomas de excitação e delírio, nos quais é tradicional distinguir três formas diferentes:

- Forma alucinatória, caracterizada pelo aparecimento, durante a embriaguez, de alucinações visuais e auditivas. Existe, por vezes, um verdadeiro onirismo. O carácter ameaçador dos temas leva o individuo a reagir, por vezes, com violência.
- Forma delirante, em que ideias de perseguição, megalomanias, e muito frequentemente, de ciúme, tornam o quadro de embriaguez muito grave, com perigosidade.
- Forma excito-motora, caracterizada por excitação verbal e de movimentos, atitudes furiosas e agressivas, conduta por vezes com perigosidade, na base de situações médico-legais.

Quanto à intoxicação crónica o CRAN (2007) considera alcoólatra crónico, quem bebe regularmente durante anos, e em quantidades excessivas. Refere também que os indivíduos que sofrem destas doenças, mais tarde ou mais cedo adoecem gravemente. O alcoolismo crónico, provoca doenças e lesões nos órgãos que vão desde problemas digestivos até à cirrose ou outros problemas graves do fígado. Lapsos de memória, dificuldades em realizar o trabalho, alterações do sistema nervoso, irritabilidade e até crises convulsivas, semelhantes à epilepsia, são algumas das consequências do consumo excessivo feito ao longo de muitos anos.

A OMS (2006), considera ainda que o alcoolismo crónico pressupõe uma ingestão excessiva, habitual e frequente de bebidas alcoólicas, repartidas ao longo de dia em várias doses, que vão mantendo uma alcoolização permanente no organismo do indivíduo. O indivíduo tende a passar o dia a beber não distinguindo o tipo de bebida, a ingestão de alimentos é reduzida, os comportamentos mentais deterioram-se, a tolerância ao álcool aumenta surgindo assim sintomas físicos a um nível bastante grave que o levam a urgentes cuidados médicos.

Um consumo excessivo poderá levar a uma perda de consciência (blackout) ou a perda de memória para acontecimentos que ocorram durante o período do consumo. Estas perdas parecem ser causadas por uma disfunção aguda do hipocampo. A perda de memória normalmente é temporária, mas poderá persistir após algum tempo do episódio do consumo excessivo (Zeigler et al., 2005).

O álcool é um depressor do SNC: afecta o cérebro inibindo a actividade do ácido gamaaminobutírico (AGAB), um neurotransmissor inibidor. Assim sendo, o álcool inibe o inibidor. Os chamados efeitos estimulantes do álcool ocorrem porque as primeiras áreas afectadas pela inibição do AGAB são os centros mais elevados do cérebro, que regulam o autocontrolo e o discernimento, que são funções inibitórias. A redução na libertação do AGAB para aquelas regiões resulta nem efeito aparentemente estimulante. À medida que o álcool continua a acumular-se no cérebro, há áreas do sistema límbico e do tronco cerebral que ficam inibidas. Ocorre intoxicação e pode instalar-se a inconsciência (Phipps, 2002).

1.9. Ressaca

Oliveira (2004), define ressaca como um sintoma ou um conjunto de sintomas que indicam que houve uma intoxicação causada pela ingestão excessiva de álcool, possuindo o nome técnico de Veisalgia. Nem todas as pessoas apresentam os mesmos sintomas e em igual intensidade.

Segundo Zeigler et al. (2005), normalmente a ressaca surge entre 6 a 24 horas após o consumo excessivo, experienciando sintomas sub-agudos de curta duração. Estes poderão incluir cefaleias, tonturas, náuseas e vômitos, mialgias, tremores, taquicardia, hiperventilação, suores, depressão, irritabilidade, podendo o processo de aprendizagem e pensamento ficar

também debilitados. Estes sintomas aparecem quando a concentração de álcool no sangue está diminuindo e atinge o seu pico quando esta se encontra próxima de zero.

Um estudo divulgado na Grã-Bretanha indica que as soluções utilizadas para curar a ressaca não resolvem o problema. Os cientistas afirmam que apenas a abstinência e o consumo de álcool com moderação podem prevenir os sintomas. (Campos, 2005)

Martins (2003), afirma que o sexo feminino sofre os sintomas de ressaca com maior intensidade, devido à própria biologia da mulher. Pois o género feminino tem tendência a pesar menos e a ter percentagens menores de água no corpo do que o género masculino, por isso pode atingir níveis mais altos de intoxicação.

1.10. Factores que levam ao consumo de álcool

Actualmente, vive-se uma situação em que o uso do álcool tem sido um tema de ampla complexidade, pois os órgãos governamentais e não governamentais, não têm conseguido gerar respostas efectivas para o problema.

O uso de álcool, nos dias de hoje é influenciado por vários factores, como por exemplo factores sociais, económicos e políticos.

Adés (1997), refere ainda que os factores que estão na origem de um uso patológico do álcool ou dependência resultam:

- Dos efeitos psicofarmacológicos do etanol;
- Da personalidade do indivíduo;
- Dos valores e normas sociais e do significado sociológico do consumo do álcool;
- Das influências e pressões que o meio exerce sobre o indivíduo;

Para além destes, muitos outros factores vão permitir que se forme um ciclo vicioso em torno da dependência, pois quando esta surge o indivíduo passa a beber para evitar sintomas de privação, sentimentos de culpa e medo. Os conflitos com a família e amigos derivados ao abuso de consumo de álcool vão contribuir para o isolamento do indivíduo, desfavorecendo a sua imagem social.

Segundo Breda (1996), os efeitos negativos do álcool são significativos para a saúde e bem-estar social, mas também para a protecção da família, para os jovens, para o emprego, para a segurança e a produtividade do país.

Segundo Adés (1997), citando Miller & Golda (1991), os factores genéticos e ambientais condicionam em partes iguais a dependência alcoólica. Factores sempre postos em evidência são os genéticos. Contudo, mesmo quando um indivíduo tem predisposição genética, tem de estar regularmente em contacto com o álcool para se tornar alcoólico.

1.11. Medidas para diminuir o consumo de álcool

Portugal, é um país situado entre os países membros da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao álcool (PLA), tem vindo a integrar-se, nos últimos anos, na política geral europeia de controlo de PLA.

Portugal começou por aderir, em 1984, a programas de Cooperação Técnica Europeia para a Prevenção dos PLA. De acordo com Mello et al (2001, p.9), "...o último dos quais em curso (*Europaen Alcohol Action Plan – 2000-2005*) adopta a *Carta Europeia Sobre o Consumo de Álcool*, aprovada na conferência de Paris em 1995.

Essa preocupação com os PLA é também reconhecida no Plano Nacional de Saúde, onde o consumo excessivo de álcool é explicitamente tratado, sendo aí identificadas intervenções necessárias nesta área tão importante e que tanto impacto tem na saúde e na qualidade de vida dos Portugueses.

A estratégia global, em termos de política de álcool, deveria ser a da criação de ambientes que ajudem as pessoas a fazer escolhas mais saudáveis, tomando as opções menos saudáveis mais difíceis, e mais caras.

Devia-se aumentar os impostos sobre bebidas alcoólicas, pois esta é uma medida muito eficaz para o controlo dos problemas de álcool. Segundo Clímaco (2003, p.118), "um aumento de 10% no preço conduz a uma redução de 5% no consumo de cerveja, 7,5% no consumo de vinho e de 10% no consumo de bebidas destiladas, sendo também os consumidores excessivos afectados por esta medida."

Medidas ambientais, como influenciar o acesso físico ao álcool, podem dar um contributo muito significativo para a prevenção dos problemas de álcool. São exemplos a idade legal para beber, restrições nos horários e dias de venda de bebidas alcoólicas e o número e localização dos estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas.

Outra medida que se deve adoptar em relação ao consumo de álcool é controlar a publicidade deste.

“A publicidade deve ser analisada não só no que concerne aos efeitos directos que provoca sobre o consumo, mas também como um factor que age sobre o contexto em que os esforços educacionais de prevenção do álcool são aplicados e em que as políticas de álcool são formuladas.” (Clímaco, 2003, p.118)

Deve-se privilegiar a acção comunitária através de programas de educação escolar e utilizar estratégias de marketing social.

“ Uma compreensiva política de álcool é aquela que utiliza os impostos, o controlo de acesso físico ao álcool, que restringe a publicidade, que controla eficazmente a condução sob o efeito de álcool e que investe claramente na intervenção moderna ao nível dos cuidados primários de saúde e também no tratamento.” (Clímaco, 2003, p.79)

1.12. Álcool nos Jovens

Segundo Mello et al (2001), a maioria dos indivíduos tem o seu primeiro contacto com o álcool na adolescência, por volta dos quinze anos de idade e o pico de consumo ocorre normalmente aos 35 anos.

Parece consensual verificar-se um aumento do consumo entre os jovens, nomeadamente das raparigas, assistindo-se paralelamente a uma mudança de imagem e a uma melhor informação dos jovens. Os factores parecem ter um papel importante no início e manutenção das condutas alcoólicas nos jovens. (Rosa, 1993).

Até recentemente acreditava-se, estar completo na adolescência, o desenvolvimento do cérebro. Agora acredita-se que esta realiza importantes avanços até aos 20/21 anos de idade.

Kenneth Sher, pesquisador da universidade de Missori, em Columbia, diz que precisa de haver cautela nestas conclusões pois ainda não são totalmente conclusivas e Swantzwelder refere “as linhas convergentes de evidências oferecem um argumento bastante convincente” e acrescenta que os jovens que “estudam de dia e bebem á noite tem problemas em lembrar matérias nos exames do dia seguinte” (Mello et al, 2001).

Uma vez que este estudo incidiu sobre os estudantes universitários, importa referir os padrões de consumo destes jovens. Assim, como refere Schuckit, três quartos ou mais dos jovens são consumidores de álcool no fim do curso. Além disso, “(...) um em cada três licenciados consomem seis ou mais bebidas em, pelo menos, uma ocasião durante os três meses anteriores, incluindo 15% de indivíduos dos últimos anos da universidade que consumiram igual quantidade na semana anterior.” (1998, p. 90). Estes jovens que bebem diariamente e/ou aqueles que apresentam grave patologia relacionada com o álcool, são susceptíveis de ter múltiplos problemas associados a drogas e integram-se nos critérios de perturbação anti-social da personalidade.

Assim, os problemas dos estudantes universitários com o álcool são um importante problema social e representam uma das maiores preocupações nas universidades. Estudos realizados comprovam que a proporção maior de bebedores excessivos são estudantes universitários e que estes subestimam os problemas que daí possam surgir (Turrisi, Nichololson & Jaccard, 1999).

As atitudes e padrões de consumo de álcool em contexto universitário variam em função de vários factores como o género, região, nível socioeconómico, idade e o ano curricular (Gliksman, Newton-Taylor, Adlaf & Giesbrecht, 1997).

Segundo Freyssinet-Dominjon et al (2003, p.33) “beber é um acto festivo... o álcool é quase exclusivamente associado às noites passadas entre amigos”.

1.13. O Enfermeiro e o alcoolismo como problema de saúde pública

“... a maioria dos comportamentos que infringem a ordem pública, a segurança e a lei diz respeito a indivíduos em estado de embriaguez, sendo os delírios praticados com a maior violência, e mais frequentes na embriaguez...” (Mello et al, 2001, p.78).

O mesmo autor refere que a ingestão imoderada pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade.

Mello et al (2001), citando Castelão *et al* (1985), refere que em Portugal, um estudo realizado em estabelecimentos prisionais mostra que cerca de 40% da população reclusa estava ligada directa ou indirectamente ao consumo de álcool.

Carvalho (2002), refere que o consumo de bebidas alcoólicas traduz-se num problema grave que vem evoluindo aceleradamente, afectando assim a sociedade na sua globalidade. Pretende-se dar respostas às necessidades educativas, criando instrumentos e métodos específicos que diminuam o consumo descontrolado do álcool. Ao longo do tempo tem-se verificado uma evolução nas abordagens educativas relativamente ao álcool, nomeadamente uma progressiva influência do modelo de saúde pública.

A educação para a saúde tem como função promover mudanças de estilos de vida, de forma espontânea tendo em conta alterações de comportamentos que possam prejudicar a saúde dos jovens, adoptando estilos de vida saudáveis através de um processo interactivo, reconhecido e aceite por todos intervenientes, promovendo a liberdade e responsabilidade de cada indivíduo (Amorim, 1999).

Breda (1996), afirma ainda que a educação para a saúde irá fornecer elementos que possibilitem a compreensão e informação necessária dos riscos do consumo de álcool e assim permite a redução da oferta e da procura. Assim sendo os jovens irão sentir-se melhor preparados para rejeitar a oferta de álcool.

Como elemento de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro, pelo lugar de eleição que ocupa junto do indivíduo e família, possui um papel extraordinariamente importante na prevenção do álcool. Esta intervenção só poderá ser concretizada quando o enfermeiro possuir conhecimentos científicos acerca deste tema, conseguindo uma mudança nos comportamentos e estilos de vida dos jovens, contribuindo assim para uma diminuição dos consumos de álcool. A intervenção do enfermeiro nos cuidados de saúde primários é essencial para a prevenção e diagnóstico precoce (Pimentel, 2005).

Segundo Mather (1999), para alcançar um estado de saúde excelente, o enfermeiro deverá reconhecer o conjunto de intervenções alternativas ou complementares ao consumo de álcool. O ensino e reforço de competências correctas e de tomada de decisão, ajudará os jovens a aumentar a responsabilidade pela sua saúde e dirigir a sua atenção para outras opções disponíveis.

Segundo Kathy Neeb (2000), a dependência de álcool inclui o uso desadequado de álcool e o desempenho deficiente das obrigações sociais e ocupacionais, que em última instância levam a sinais de tolerância ou abstinência. O abuso de álcool é o padrão de uso compulsivo deste. A dependência de álcool inclui geralmente vários sintomas principais como a incapacidade de cortar ou parar a utilização sendo comum o uso diário, bebedeiras que duram dois ou mais dias, blackouts e deficiente função social.

A mesma autora refere ainda que o tratamento para a dependência e abuso de álcool é lento, por esse motivo um dos slogans da sociedade dos alcoólicos anónimos é “um dia de cada vez”. O enfermeiro tem um papel fundamental no tratamento de um doente alcoólico. A base dos cuidados de enfermagem num doente destes sustenta-se nos seguintes pontos:

- Honestidade, pois é essencial haver uma comunicação terapêutica eficaz. Quaisquer conflitos mal resolvidos que o enfermeiro possa ter com pessoas que tenham experiência de dependência, deve ser trabalhado no sentido de tornar possível o confronto e ajudar assim os seus doentes.
- Grupo, o enfermeiro que trabalha numa unidade de dependência de álcool, faz parte do grupo de tratamento do doente. Precisa, no entanto, de ter conhecimentos sobre o tipo de terapia utilizada, de forma a poder manter esse mesmo tipo de comunicação nas suas interações com o doente.
- Tomada de consciência quanto à utilização de mecanismos de defesa. Os indivíduos alcoólicos fixam-se geralmente muito no mecanismo de defesa a que chamamos negação. O enfermeiro deve por esse motivo confrontar o doente quando identifica comportamentos de negação.
- Apoio, o reforço positivo, que visa o sucesso, é igualmente muito importante para uma pessoa dependente. Neste campo, todos os passos são “o grande passo”.
- Segurança, o enfermeiro deve ter em atenção que os indivíduos dependentes de substâncias químicas mostram por vezes tendência suicida ou outros comportamentos

bizarros. Nesta fase de pânico para o doente, será grande ajuda se o enfermeiro mantiver um ambiente seguro e um comportamento calmo. É igualmente importante o ensino sobre a medicação e tratamento.

- “Amor ditatorial”, este conceito encoraja o doente a ser responsável pela sua própria cura. Os enfermeiros devem fortalecer o aspecto de auto-cuidado nos doentes dependentes de álcool ou drogas, à medida que trabalham com eles.

Uma licenciatura em enfermagem, é o ambiente ideal para abordar esta temática, sendo os estudantes universitários grandes consumidores de álcool, cabe aos professores de enfermagem um papel indiscutivelmente importante para o ensino em forma de alerta para estas problemáticas.

II - Fase Metodológica

A metodologia desempenha um papel essencial no desenvolvimento de um trabalho de investigação, pois quase sempre os resultados finais são condicionados pelo processo, o método e a forma como se obtiveram estes dados.

Para Fortin (2000) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo, será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação.

O que determina uma correcta pesquisa científica é a adopção de uma metodologia de trabalho, que de acordo com Fortin (2000, p. 373), “(...) é um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Assim no decurso da fase metodológica, procuraremos determinar os métodos a utilizar para obter respostas as questões de investigação colocadas. Torna-se necessário escolher um desenho apropriado para explorar e descrever um fenómeno e examinar associações e diferenças. Aqui fazemos uma pequena abordagem a metodologia adoptada para este tema, definimos a população, a amostra e qual a escolha do instrumento de colheita de dados.

2.1. Questões éticas da investigação

Toda e qualquer investigação levanta questões morais e éticas, pelo que é necessário, tomar todas as disposições para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações (Fortin, 2000).

A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Toda a investigação deverá ser conduzida com o princípio do respeito pela autonomia e dignidade de qualquer pessoa. Sendo assim, a investigação deve respeitar o direito à confidencialidade, anonimato e deve zelar pela não invasão de privacidade. Para isso, o investigador deverá agir à luz dos princípios éticos e em conformidade com os mesmos (Fortin, 2000).

Na visão de Fortin (2000, p.116):

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética.”

Fortin (2000) cita cinco princípios essenciais, que são:

Direito à autodeterminação – baseia-se no respeito pela pessoa, ou seja, qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tem direito a decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação; iremos questionar os intervenientes de forma a saber se estes desejam ou não participar na investigação, no momento da aplicação do questionário.

Direito à intimidade – o direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. O investigador, empenhar-se-á em proteger o anonimato dos alunos que responderão ao questionário, bem como a confidencialidade dos dados obtidos, ao longo de todo o estudo.

Direito ao anonimato e à confidencialidade – Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. De forma a garantir este direito, será explicado na introdução ao questionário ao informando que toda a informação adquirida é estritamente confidencial e anónima, lembrando-se assim que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte do questionário ou qualquer outra informação que os identifique.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – relativo às regras de protecção da pessoa contra incómodos susceptíveis de a prejudicarem. No presente trabalho de investigação, não estão previstos quaisquer riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica que possam advir com a realização do mesmo. O único desconforto advinha do preenchimento do questionário.

Direito a um tratamento justo e equitativo – refere-se ao direito que o participante tem em receber um tratamento justo (direito a ser informado sobre a natureza, os objectivos e a duração da investigação) e equitativo (escolha dos sujeitos ligada ao problema de investigação), antes, durante e após a sua participação no estudo. Neste estudo, todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim como os métodos utilizados para a realização do estudo.

2.2. Tema

Segundo Fortin (2000), para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar e lhe dará uma explicação. Segundo o mesmo autor, o investigador deve ter em conta certos pontos para a definição do seu tema de investigação, dos quais se destaca:

- A actualidade da questão
- A exequibilidade do projecto
- A operacionalização da questão

Assim sendo, o tema escolhido foi “Consumos de Álcool nos Estudantes de Enfermagem”

2.2.1. Delimitação do Tema

O estudo foi realizado na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no dia 5 de Setembro de 2008, na sala de aula do primeiro seminário dos alunos do 4º ano da licenciatura em enfermagem, num total de 73 questionados, excluindo-se do estudo os alunos que participaram no pré-teste.

2.3. Questões de Investigação

Uma questão de investigação é uma: “(...) interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”. Fortin (2000, p.101).

Depois da selecção de uma temática de interesse, desponta a necessidade de construir uma questão de investigação que encaminhará o estudo que se pretende desenvolver, que se baseia em identificar se a entrada na universidade influenciou os alunos para o consumo de álcool.

De acordo com isto definiu-se para este estudo, a seguinte questão de investigação: **A entrada na Universidade influenciou o consumo de álcool nos alunos de enfermagem?**

2.4. Objectivos do estudo

Para que se possa estudar o problema com maior rigor é necessário especificá-lo, através dos objectivos que orientam a direcção a adoptar.

“O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão”. (Fortin, 1999, p.100).

Desta forma e tendo em atenção todos os aspectos que nos levaram a optar por este tema, definimos como objectivos:

- Saber se a entrada na vida académica contribuí para o consumo de bebidas alcoólicas.
- Conhecer com que regularidade os estudantes de enfermagem ingerem bebidas alcoólicas.
- Saber se os estudantes de enfermagem reconhecem os limites, ou se põem em perigo a vidas destes e de outros, ou terem actos inconscientes.

- Identificar até que ponto a ingestão de bebidas alcoólicas influenciou o desempenho académico dos estudantes de Enfermagem.

2.5. Tipo de estudo

Na visão de Fortin (2000, p.135), “(...) o nível dos conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação.”

De acordo com a opinião de Fortin (2000, p.138), os estudos descritivos “(...) visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

Segundo Fortin (2000), o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos. Para o mesmo autor a objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal porque envolve “(...) a colheita de dados em um ponto do tempo. Os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados...” (Polit, 2004, p.180).

2.6. Meio

Perante a natureza do estudo e do problema de investigação, e tendo em conta os objectivos traçados, o estudo terá que ser conduzido em meio natural “... o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios” (Fortin, 1999, p.132).

Desta forma, o estudo foi realizado na Universidade Fernando Pessoa, em sala de aula.

2.7. População alvo

Segundo Fortin (2000, p.238) uma população é “...uma colecção de elementos ou de sujeitos partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

Assim, a população para este estudo será constituída pelos alunos a frequentarem o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa no ano lectivo 2008/2009.

2.8. Processo de Amostragem

Segundo Fortin (2000, p.202), o processo de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra.

O método escolhido foi o não probabilístico, que para Fortin (2000), é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso.

A escolha deste método de amostragem deve-se ao facto da população alvo não estar presente na sua totalidade aquando a colheita de dados. Fortin (2000)

A forma de colher os dados, consiste na entrega de um questionário a cada aluno presente na sala de aula onde se realiza o estudo, no período estipulado para a colheita de dados.

2.8.1. Amostra

Fortin (2000), define amostra como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos, que fazem parte de uma mesma população, sendo as características da amostra uma representação da população em estudo.

O questionário foi entregue a todos aos 73 alunos presentes no seminário de 5 de Setembro de 2008. Sendo a amostra deste estudo os 50 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa presentes no seminário de dia 5 de Setembro

de 2008, que referem consumir álcool. Consideramos uma amostra suficientemente grande para detectar diferenças estatísticas, considerando o tempo disponível para a realização deste estudo.

2.9. Variáveis em estudo

Na perspectiva de Fortin (2000, p.36) “(...) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”. As variáveis numa investigação podem ser classificadas de diferentes maneiras. Neste estudo optou-se por definir a variável dependente, atributo e as independentes.

Para Fortin (2000, p.37) “(...) a variável dependente [...] é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, é a resposta ou o resultado observado que é devido à variável independente (...)”.

2.9.1. Variável Dependente

Segundo Fortin (2000) a variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente. Neste estudo a variável dependente é o Consumo de Álcool nos estudantes de enfermagem, porque é uma variável que se vai manter ao longo do estudo.

2.9.2. Variável Independente

A variável independente é aquela que influência, determina ou afecta outra variável. As variáveis independentes explicam o factor em estudo, ou seja, a variável dependente (Fortin, 2000). Neste estudo a variável independente é a entrada para a universidade. Avaliamos este facto quando questionamos se a entrada na universidade contribuiu para um aumento de consumo de álcool e qual evento académico mais contribuiu para esse acontecimento.

2.9.3. Variáveis de Atributo

Segundo Fortin (2000, p.37) “As variáveis atributo são [...] as características dos sujeitos em estudo [...] serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra”. Neste estudo as variáveis de atributo vão ser operacionalizadas segundo uma escala binomial segundo a escala de géneros, excepto a variável de atributo Idade.

No presente estudo as variáveis de atributo são:

- Sexo;
- Idade;
- Estado civil;
- Com quem vive durante o período de faculdade

2.10. Instrumento de colheita de dados

A selecção do instrumento de colheita de dados deve ser feita com base no tipo de estudo utilizado e nos objectivos da investigação. Perante isto, o instrumento seleccionado para a colheita de dados foi o questionário.

Segundo Fortin (2000), apresenta algumas vantagens em relação a outros métodos, tais como: instrumento menos dispendioso; requer menos habilidade da parte de quem o aplica; pode ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de sujeitos.

O questionário deste estudo encontra-se dividido em duas partes distintas:

A primeira parte é a caracterização da amostra, que é constituída por três perguntas de resposta fechada e 1 de resposta aberta correspondente á idade.

A segunda parte, é relacionada com os consumos de bebidas alcoólicas por parte dos estudantes de enfermagem. Esta é constituída por 19 questões das quais 13 são de resposta fechada.

O questionário foi elaborado pela autora do presente trabalho de investigação com base na pesquisa bibliográfica consultada, sendo constituído por 6 páginas e encontramdo-se em Anexos I.

2.11. Pré-teste

O pré-teste tem como objectivo principal avaliar a eficácia, a pertinência e validade do questionário.

Fortin (2000), defende que um pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas e imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.

Foi aplicado o questionário elaborado, a 10 alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem do ano de 2008/2009. Os alunos que entraram no pré-teste não entram na amostra do estudo. O questionário aplicado no pré-teste sofreu algumas alterações relativamente á ordem das questões.

2.12. Colheita de dados

Segundo Fortin (2000, p.365), a colheita de dados é “Um processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”.

Após a elaboração do instrumento de colheita de dados, foi solicitado á Universidade Fernando Pessoa, a recolha de dados no respectivo local. O investigador consoante a sua disponibilidade deslocou-se ao local da investigação, para a distribuição e para a recolha dos questionários preenchidos pelos elementos da amostra. Esta colheita de dados teve a duração de 1 dia.

2.13. Tratamento e Análise de Dados

Por ser um estudo de abordagem quantitativa, o tratamento de dados foi criado numa base de dados utilizando para isso um programa informático, nomeadamente o Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 para o Windows. A apresentação dos resultados é feita através da narração de quadros.

Fortin (2000, p.364), refere que a análise de dados é o “(...) conjunto dos métodos estatísticos que permitam visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos”.

As estatísticas descritivas irão incluir as distribuições de frequência, as medidas de tendência central (média, moda e mediana), e as medidas de dispersão (desvio padrão).

III. Fase Empírica

Segundo Fortin (2000), a fase empírica inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos mesmos. Em seguida passa-se á interpretação e posteriormente à comunicação dos resultados.

A análise dos dados foi realizada através da utilização de estatísticas descritivas como o cálculo da moda, média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo.

Esta fase encontra-se organizada em duas etapas, sendo a primeira a caracterização da amostra e a segunda refere-se aos consumos de álcool nos estudantes de enfermagem.

3.1. Caracterização da amostra

A primeira parte do questionário é relativamente á caracterização da amostra. Apresentamos seguidamente os resultados obtidos, fazendo também uma análise destes, caracterizando assim a amostra deste estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos por género

Sexo	n	%
Masculino	15	30,0
Feminino	35	70,0
Total	50	100,0

Relativamente à tabela 1 quanto à distribuição dos indivíduos por género sendo a amostra constituída por 50 alunos, existe uma predominância do sexo feminino 70% (35) relativamente ao género masculino 30% (15).

Tabela 2 - Dados estatísticos referentes à idade dos indivíduos

N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
50	22,3	22	21	2,01271	20	30

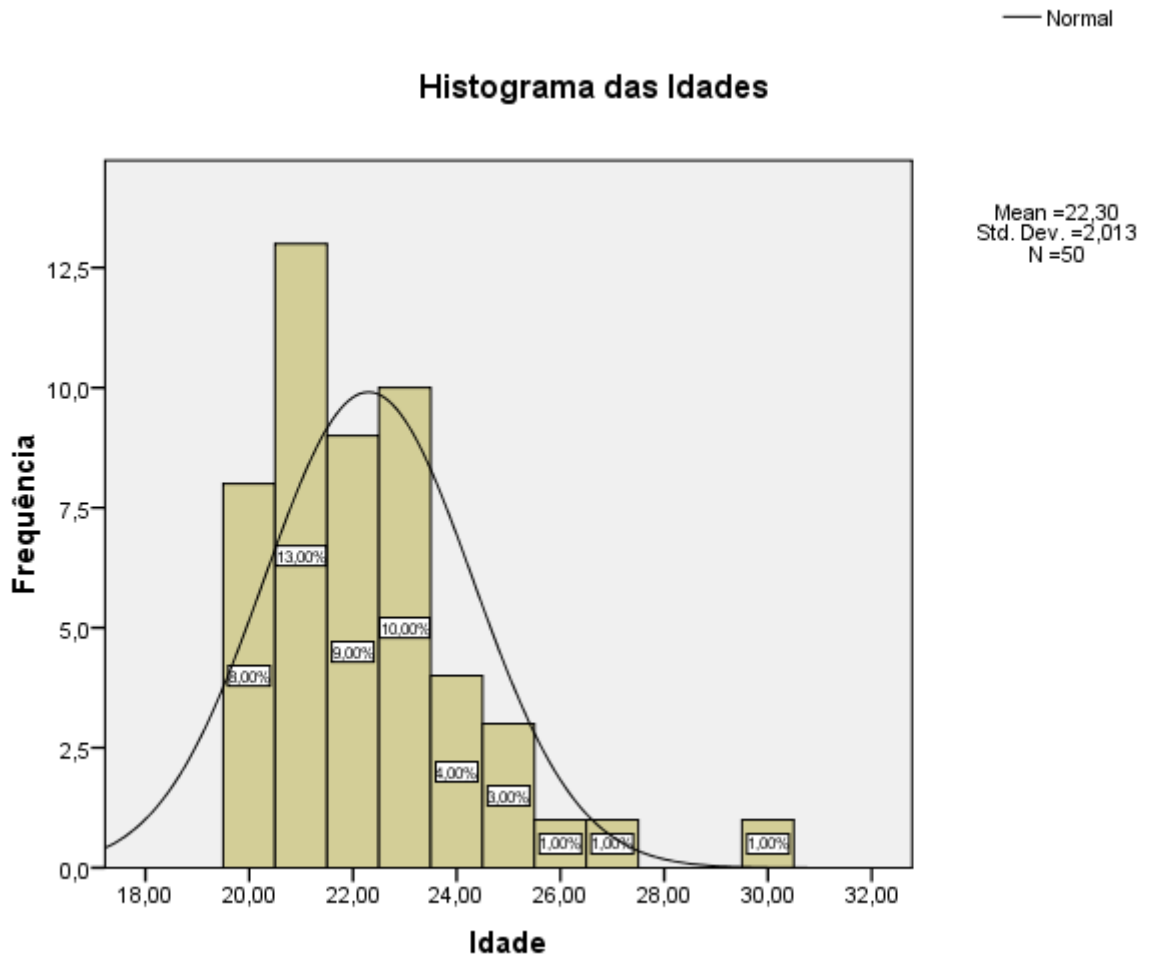
Na tabela 2 verifica-se que a amostra deste estudo corresponde a 50 alunos, onde a moda assume o valor de 21 anos, sendo a média de 22,3 e a mediana de 22 anos, tendo uma amplitude de 10 anos (idade máxima de 30 e mínima de 20 anos).

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos por Idade

Idade	N	%
20	8	16,0
21	13	26,0
22	9	18,0
23	10	20,0
24	4	8,0
25	3	6,0
26	1	2,0
27	1	2,0
30	1	2,0
Total	50	100,0

Relativamente à distribuição dos indivíduos por idades (Tabela 3) verifica-se um maior número relativamente aos 21 anos 26% (13); seguindo-se com percentagem de 20% (10) o grupo relativo aos 23 anos, com 18% (9) o grupo dos 22 anos, com 16% (8) o grupo dos 20 anos, com a percentagem de 8% (4) o grupo de 24 anos, com 6% (3) o grupo relativo aos 25 anos e com a mesma percentagem, 2 % (1), os grupos de 26, 27 e 30 anos.

Gráfico 1- Histograma de frequência para a variável “Idade”



No Histograma das idades (Gráfico1), pode-se verificar que a distribuição das idades dos inquiridos segue uma curva normal.

Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos por Estado Civil

Estado Civil	n	%
Solteiro	49	98,0
Casado	1	2,0
Total	50	100,0

Relativamente à variável “Estado Civil” (Tabela 4), verifica-se que 98% (49) da amostra são solteiros e com a percentagem de 2% (1) é casado.

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos acerca de com quem vive em período de faculdade

Com quem vive durante o período de Faculdade	n	%
Pais	22	44,0
Amigos	18	36,0
Familiares	3	6,0
Sozinho	6	12,0
Namorado/Namorada	1	2,0
Total	50	100,0

Em relação à tabela 5 com a variável “Com quem vive durante o período de faculdade” verifica-se que 44% da amostra vivem com os pais, 36% vivem com amigos, com a percentagem de 12% vivem sozinhos, 6% com familiares e por fim com 2% vive com o Namorado/Namorada.

3.2. Consumos de álcool

Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos pela idade que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas

Idade de consumo da 1ª bebida alcoólica	n	%
Antes dos 12 anos	6	12,0
Dos 12 aos 16 anos	33	66,0
Dos 17 aos 20 anos	10	20,0
Depois dos 20 anos	1	2,0
Total	50	100,0

No que concerne à tabela 6, correspondente à variável “distribuição dos indivíduos pela idade que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas” verifica-se que 66% iniciaram o consumo de álcool dos 12 aos 16 anos, 20% iniciou dos 17 aos 20 anos, 12% consumiram a primeira bebida alcoólica antes dos 12 anos e com 2% iniciou o consumo de álcool depois dos 20 anos.

Tabela 7 - Distribuição dos indivíduos pela regularidade de consumo de bebidas alcoólicas

Regularidade de consumo de bebidas alcoólicas	n	%
De longe a longe	23	46,0
Uma ou menos por semana	16	32,0
Duas ou menos por semana	5	10,0
Quatro ou mais vezes por semana	3	6,0
Uma vez por dia	1	2,0
Mais que uma vez por dia	2	4,0
Total	50	100,0

Relativamente à tabela 7, quando questionados acerca da “Regularidade de consumo de bebidas alcoólicas” verifica-se que 46% consome bebidas alcoólicas de longe a longe, 32% refere consumir bebidas alcoólicas uma ou menos vezes por semana, 6% mencionam consumir bebidas alcoólicas quatro ou mais vezes por semana, 4% consomem álcool mais do que uma vez por dia e 2% consome uma vez por dia bebidas alcoólicas.

Tabela 8 - Distribuição dos indivíduos por bebida alcoólica que ingere com maior regularidade

Que tipo de bebida ingere com maior regularidade	n	%
Vinho	8	16,0
Cerveja	18	36,0
Whisky	3	6,0
Shots	7	14,0
Vodka	14	28,0
Total	50	100,0

Em relação à tabela 8, relativamente à variável “ que tipo de bebidas ingere com maior regularidade”, verifica-se que 36% consomem Cerveja, 28% consomem Vodka, 16% consomem Vinho, com 14% consomem Shots e com 6% consomem Whisky.

Tabela 9 - Distribuição dos indivíduos pela contribuição para um aumento do consumo de bebidas alcoólicas com a entrada na universidade

A entrada para a universidade contribuiu para um aumento do consumo de bebidas alcoólicas	n	%
Sim	29	58,0
Não	21	42,0
Total	50	100,0

Quanto à tabela 9, comparativamente à variável “se a entrada para a universidade contribuiu para um aumento do consumo de bebidas alcoólicas”, verifica-se que 58% referem que a entrada na universidade contribuiu para um aumento do consumo de álcool e 42% mencionam que a entrada para a universidade não contribuiu para um aumento do consumo de bebida alcoólicas.

Tabela 10 - Distribuição dos indivíduos pelo evento que contribuiu para o aumento do consumo de álcool, com a entrada na universidade

Que evento contribuiu para o aumento do consumo de álcool com a entrada na faculdade	n	%
Jantares académicos	7	14,0
Queima das fitas	6	12,0
Festas particulares	4	8,0
Praxe	9	18,0
Quando sai à noite	3	6,0
Total	29	58,0

Quanto à tabela 10 e no que concerne à variável “que evento contribuiu para o aumento do consumo de álcool com a entrada na faculdade”, dos 58% que referiram que a entrada para a

faculdade contribuiu para um aumento do consumo de álcool, 18% da amostra refere a Praxe como evento que mais contribuiu para o aumento do consumo de álcool, 14% mencionam os Jantares Académicos, 12% referem a Queima das Fitas, com 8% referem as Festas Particulares e com 6% as Saídas à Noite como eventos que contribuem par um aumento do consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 11 - Distribuição dos indivíduos sobre o facto de não haver aumento do consumo de bebidas alcoólicas após a entrada para a universidade

Não houve aumento do consumo de álcool com a entrada na universidade	n	%
Consumir bebidas alcoólicas desde muito jovem	1	2,0
Já sair regularmente à noite	12	24,0
O seu grupo de amigos consumir regularmente bebidas alcoólicas	3	6,0
Já frequentar ambientes académicos mesmo antes de entrar para a universidade	5	10,0
Total	21	42,0

Relativamente à tabela 11, com a variável sobre “ o facto de não haver aumento do consumo de álcool com a entrada na universidade”, dos 42% que referiram que a entrada para a faculdade não contribuiu para um aumento do consumo de álcool, verifica-se que 24% da amostra já saiam regularmente à noite, 10% já frequentavam ambientes académicos mesmo antes de entrar para a universidade, 6% referem que o seu grupo de amigos consomem regularmente bebidas alcoólicas e 2% consome bebidas alcoólicas desde muito jovem.

Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos pela necessidade de consumir bebidas alcoólicas para se divertir, quando saem à noite

Necessidade de consumir álcool para se divertir quando saem à noite	n	%
Sim	13	26,0
Não	37	74,0
Total	50	100,0

No que diz respeito à tabela 12, relativamente à variável “Necessidade de consumir álcool para se divertir quando saem à noite”, 74% refere que não necessita de consumir álcool para se divertirem quando saem à noite enquanto 26% refere precisar de consumir álcool para se divertir quando saem à noite.

Tabela 13 - Distribuição dos indivíduos pelo motivo de precisar de consumir bebidas alcoólicas para se divertir

Motivos porque precisam de consumir álcool para se divertirem quando saem à noite	n	%
Sente que ao beber liberta a timidez	4	8,0
Porque as bebidas alcoólicas lhe dão mais força para se divertir	4	8,0
Tem a sensação que se beber desfruta mais a noite	4	8,0
Apenas com o prazer de beber já se diverte	1	2,0
Total	13	26,0

No que diz respeito à tabela 13, comparativamente à variável “Motivos porque precisam de consumir álcool para se divertirem quando saem à noite”, dos 26% da amostra que afirmaram

que necessitam de consumir álcool para se divertir quando saem à noite, com a mesma percentagem de 8% referem beber porque sentem que beber liberta a timidez, sentem que as bebidas alcoólicas lhes dão mais força para se divertirem e porque têm a sensação que se beberem bebidas alcoólicas desfrutam mais a noite; Contudo, 2% da amostra referem que apenas com o prazer de beber já se diverte.

Tabela 14 - Distribuição dos indivíduos pela média de consumo de bebidas alcoólicas quando saem à noite

Média de consumos de álcool quando saem à noite	n	%
Uma a Duas	18	36,0
Três a Quatro	16	32,0
Quatro a Seis	8	16,0
Mais de Seis	8	16,0
Total	50	100,0

Quanto variável “Média de consumos de álcool quando saem à noite” referente à tabela 14, 36% dos inquiridos referem beber em média, Uma a duas bebidas alcoólicas quando saem à noite, 32% referem beber Três a Quatro e com a mesma percentagem de 16% referem beber Quatro a seis e Mais de seis.

Tabela 15 - Distribuição dos indivíduos sobre como se sentem quando bebem bebidas alcoólicas

Como se sentem quando consomem álcool	n	%
Sem alterações	24	48,0
Com alterações visuais	3	6,0
Com alterações motoras	4	8,0
Sonolência	2	4,0
Euforia	17	34,0
Total	50	100,0

Comparativamente à tabela 15 onde consta a variável “Como se sentem quando consomem álcool”, 48% referem que não sentem alterações, 34% refere a Euforia como a alteração mais significativa, 8% referem sentir alterações motoras, 6% alterações visuais e 4% da amostra referem Sonolência como principal alteração.

Tabela 16 - Distribuição dos indivíduos segundo quantas embriaguezes teve no último mês, considerando como manifestações deste estado náuseas, vômitos, taquicardias, visão turva, desequilíbrio na marcha e alterações de humor

Quantas embriaguezes tiveram no último mês	n	%
Nenhuma	32	64,0
Uma	7	14,0
Duas	6	12,0
Três	2	4,0
Mais de três	3	6,0
Total	50	100,0

No que concerne à variável “Quantas embriaguezes tiveram no último mês” correspondente à tabela 16, 64% da amostra referem não ter tido nenhuma embriaguez no último mês, 14%

responderam que tiveram uma embriaguez, 12% referem terem tido duas embriaguezes, 6% dos inquiridos afirmaram terem tido mais de três embriaguezes e com menor percentagem 4% dos inquiridos referem terem tido três embriaguezes no último mês.

Tabela 17 - Distribuição dos indivíduos quanto ao número de embriaguezes que tiveram desde o começo da vida académica

Número de embriaguezes que tiveram desde o começo da vida académica	n	%
Nenhuma	10	20,0
1 a 5	18	36,0
6 a 10	8	16,0
11 a 20	4	8,0
Mais de 20	10	20,0
Total	50	100,0

Quando questionados relativamente à variável “Número de embriaguezes que tiveram desde o começo da vida académica” representada na tabela 17, 36% dos inquiridos de 1 a 5 embriaguezes, com igual percentagem 20% referem não terem tido nenhuma embriaguez e Mais de 20 embriaguezes desde o início da vida académica, 16% da amostra afirma terem tido de 6 a 10 embriaguezes e 8% terem tido 11 a 20 embriaguezes desde o começo da vida académica.

Tabela 18 - Distribuição dos indivíduos pelo facto de perderem a consciência devido à ingestão de bebidas alcoólicas

Perderam a consciência devido ao consumo de álcool	n	%
Sim	6	12,0
Não	44	88,0
Total	50	100,0

Na tabela 18, onde consta a variável “Perderam a consciência devido ao consumo de álcool” 88% dos alunos responderam que nunca perderam a consciência devido ao consumo de álcool, enquanto 12% dos inquiridos referem que já perderam a consciência devido ao consumo de álcool.

Tabela 19 - Distribuição dos indivíduos de já terem conduzido mesmo sabendo que estavam alcoolizados

Conduziram mesmo sabendo que estavam alcoolizados	n	%
Sim	17	34,0
Não	33	66,0
Total	50	100,0

Relativamente à tabela 19, com variável “Conduziram mesmo sabendo que estavam alcoolizados” 66% da amostra respondeu que nunca conduziram sabendo que estavam alcoolizados e 34% dos inquiridos afirmaram que já tinham conduzido mesmo sabendo que estavam alcoolizados.

Tabela 20 - Distribuição dos indivíduos sobre considerar-se dependente de bebidas alcoólicas

Consideram-se dependentes de álcool	n	%
Não	50	100,0

No que concerne à tabela 20, relativamente á variável “Consideram-se dependentes de álcool”, a totalidade da amostra, 100%, afirmaram não serem dependentes de álcool.

Tabela 21 - Distribuição dos indivíduos sobre considerarem-se informados relativamente às bebidas alcoólicas e seus efeitos

Consideram-se informados relativamente às bebidas alcoólicas	n	%
Sim	45	90,0
Não	5	10,0
Total	50	100,0

Quanto à tabela 21, correspondente à variável “Consideram-se informados relativamente às bebidas alcoólicas”, 90% da amostra respondeu que se considera informados relativamente às bebidas alcoólicas e 10% não se consideram informados sobre esta temática.

Tabela 22 - Distribuição dos indivíduos sobre se o abuso de bebidas alcoólicas influencia o desempenho enquanto estudantes de enfermagem

O consumo de álcool influencia o desempenho enquanto estudantes	n	%
Sim	23	46,0
Não	27	54,0
Total	50	100,0

Quando questionados relativamente se o consumo de álcool influencia o desempenho enquanto estudantes, correspondente à tabela 22, 54% dos alunos responderam que o consumo de álcool não influencia o desempenho enquanto estudantes e 46% afirmam que o consumo de álcool influencia o desempenho enquanto estudantes.

Tabela 23 - Distribuição dos indivíduos pelo facto de porque considera que as bebidas alcoólicas influenciam o desempenho enquanto alunos

Porque consideram que o álcool influencia o desempenho enquanto alunos	n	%
Afecta a sua concentração em sala de aula	10	20,0
Sente que o processo de memorização dá-se mais lentamente	7	14,0
Tem tendência a faltar às aulas para consumo de bebidas alcoólicas	1	2,0
Tem tendência a faltar às aulas após o consumo de bebidas alcoólicas	5	10,0
Total	23	46,0

Na tabela 23 relativamente à variável “Porque consideram que o álcool influencia o desempenho enquanto alunos”, dos 46% que responderam sim à pergunta anterior, 20% afirma que beber álcool influencia o desempenho enquanto alunos porque afecta a sua concentração em sala de aula, 14% refere que sente que o processo de memorização dá-se mais lentamente, 10% refere ter tendência a faltar às aulas após o consumo de bebidas alcoólicas e 2% respondeu que tem tendência a faltar às aulas para consumo de bebidas alcoólicas.

IV. Discussão dos Resultados

O objectivo deste capítulo é fazer a discussão dos resultados, ou seja, apresentar os resultados obtidos, compará-los com a opinião e com os resultados dos diversos autores nacionais e internacionais, e descrever as implicações práticas.

Através da análise e interpretação dos resultados, podemos afirmar que a amostra é constituída por 50 alunos que referem consumir álcool.

Verifica-se uma predominância de alunos do género feminino (70%) relativamente ao género masculino (30%). Para Mello et al (2001), o consumo efectuado pelo homem é superior ao da mulher embora o consumo neste sexo ao longo dos tempos também tem aumentado. Este não se relaciona com o estudo de Mello, porém teremos de ter em conta que a Licenciatura em Enfermagem é maioritariamente constituída pelo sexo feminino.

No que concerne à distribuição dos sujeitos segundo a idade, verifica-se que a faixa etária em predomínio encontra-se entre os 20 e os 23 anos. Sendo uma maior percentagem dos sujeitos com 21 anos (26%) seguindo-se os 23 anos com a percentagem de 20%. Schuckit (1998, p.90) afirma que “o período de idade que existem mais bebedores e o consumo de álcool é maior, vai dos 16 aos 25 anos”

Relativamente a com quem vivem os estudantes em período de faculdade conclui-se que a maior percentagem 44% residem com os pais, 36% com os amigos, seguindo-se a percentagem de 12% que afirmam viver sozinhos em período escolar.

Quanto à idade com que consumiram a primeira bebida alcoólica, 66% dos inquiridos afirmaram que iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas entre os 12 e os 16 anos, seguindo-se com a percentagem de 20% os que iniciaram o consumo de álcool entre os 17 e os 20 anos. Para Mello et al (2001), a maioria dos indivíduos tem o seu primeiro contacto com o álcool na adolescência, por volta dos 15 anos de idade.

Comparativamente à regularidade que os alunos consomem bebidas alcoólicas, 46% afirmam consumir bebidas alcoólicas de longe a longe enquanto 32% consomem álcool uma ou menos vezes por semana. Segundo uma estudo de Gameiro (1998), na população jovem (15 a 24 anos) cerca de 500 mil jovens já consomem bebidas alcoólicas três ou mais vezes por semana. Os dados obtidos neste estudo foram em contra o estudo de Gameiro, já que a maior percentagem dos inquiridos responderam que consomem álcool de longe a longe e uma ou menos vezes por semana.

No que respeita ao tipo de bebida alcoólica que ingere com maior regularidade, 36% da amostra refere que consome cerveja com maior regularidade seguido com a percentagem de 28% o consumo de Vodka. Para Mello et al (2001), o consumo de vinho tem vindo a diminuir, mas o consumo de Cerveja e bebidas destiladas tem vindo a aumentar.

No que respeita à opinião dos alunos acharem que a entrada para a universidade contribuiu para o aumento do consumo de álcool, 58% refere que a entrada contribuiu para esse aumento enquanto 42% afirma que a entrada para o meio académico não influenciou o aumento do consumo de álcool. Para Schuckit (1998, p.90), “três quartos ou mais dos jovens são consumidores de álcool no fim do curso”.

Dos 58% que afirmaram que a entrada na universidade contribuiu para um aumento de consumo de bebidas alcoólicas, 38% são do género feminino e 20% masculino. No que concerne a com quem vivem durante o período universitário, 13 dos 29 alunos (58%) referem que vivem como os pais, 9 referem viver com amigos, 5 vivem sozinhos, 1 elemento respondeu que vive com o namorado/namorada e em igual número referiu viver com familiares. Os 58% dos inquiridos que afirmaram que a entrada na universidade contribuiu para o aumento do consumo de álcool, 18% referem a Praxe como principal evento que contribuiu para o aumento deste, 14% referem ter sido os Jantares Académicos enquanto 12% referencia ter sido a Queima da Fitas como maior evento que contribuiu para o aumento deste consumo com a entrada na universidade. Quanto á percentagem de 42% da amostra que refere que a entrada na universidade não contribuiu para um aumento do consumo de álcool, 24% refere que isso deve-se ao facto de já sair regularmente á noite e 10% afirma que foi por já frequentar ambientes académicos mesmo antes da entrada para a universidade. Carvalho (2002) afirma que em Portugal assiste-se a um aumento do consumo de álcool em festejos recreativos especialmente entre a população jovem.

Quanto à necessidade de consumir bebidas alcoólicas para se divertirem quando saem à noite, 74% da amostra refere não ter essa necessidade e 26% afirma que tem essa necessidade. Dos 26% que responderam que têm necessidade de consumir álcool para se divertirem quando saem à noite, com a mesma percentagem de 8% referem terem essa necessidade porque beber liberta a timidez, porque as bebidas alcoólicas lhes dão mais força para se divertirem e porque tem a sensação que se beberem desfrutam mais a noite.

Relativamente à média de quantas bebidas costumam beber quando saem à noite, 36% dos inquiridos referem que bebem em média uma a duas bebidas por noite e 32% afirmam beber

três a quatro bebidas alcoólicas por noite. Segundo Freyssinet-Dominjon et al. (2003, p.33) “beber é um acto festivo... o álcool é quase exclusivamente associado às noites passadas entre amigos”.

No que concerne a como se sentem quando ingerem álcool, 48% da amostra refere não sentir alterações enquanto 34% consideraram a Euforia como principal sintoma. Comparando os resultados desta variável com a variável anterior (quantas bebidas alcoólicas bebem, em média, quando saem á noite), certifica-se que estas se complementam, visto que 48% dos inquiridos referem a não sentirem alterações quando ingere álcool, e a maior percentagem (36%) refere beber em média, uma a duas bebidas por noite. Relativamente a estes dados é possível que os alunos que apresentaram sintomas de euforia tenham ficado um pouco embriagados com o consumo de três a quatro bebidas por noite (32%) enquanto os que não apresentam alterações não terem ficado embriagados, ou por terem ingerido pouca quantidade de álcool ou por ficarem embriagados apenas com uma grande quantidade de ingestão de álcool.

Considerando como manifestações do estado de embriaguez náuseas, vómitos, taquicardia, visão turva, desequilíbrio na marcha e alteração de humor, 64% dos alunos referiram não terem tido nenhuma embriaguez no último mês, 14% refere ter tido uma embriaguez enquanto 12% afirma ter tido duas embriaguezes.

36% da amostra refere ter tido de 1 a 5 embriaguezes desde o início da vida académica, contudo, com igual percentagem de 20%, os inquiridos responderam que nunca tiveram nenhuma embriaguez ao longo da vida académica e com igualmente o mesmo valor os que referiram terem tido mais de 20 embriaguezes durante este percurso. É de salientar este resultado, pois pode-se constatar que existe uma discrepância nos resultados pois ou não tiveram embriaguezes durante o período académico ou tiveram embriaguezes em excesso. Dos 3 (6%) alunos que afirmaram ter tido mais de três embriaguezes no último mês, 2 são do sexo masculino e 1 do sexo feminino, contudo é importante referir que aquando o cruzamento destes dados constatou-se que esses 3 alunos estão incluídos na percentagem de 20% dos alunos que afirmam terem tido mais de 20 embriaguezes ao longo do seu percurso académico.

Quanto ao facto de já terem ficado inconscientes devido à ingestão de álcool, 12% da amostra referem já ter experienciado este facto, enquanto os restantes 88% negaram este facto. Dos 6 alunos (12%) que já ficaram inconscientes devido á ingestão de álcool, 5 são do género feminino e só um masculino, com o cruzamento de dados verificou-se que 3 alunos que dizem

terem ficado inconscientes admitem terem iniciado o consumo de álcool antes dos 12 anos. Apenas um desses alunos refere ter tido mais de 20 embriaguezes ao longo da sua vida académica. Contudo dos 12% que dizem já ter ficado inconscientes, 10% consideram-se informados relativamente ao álcool e seus efeitos.

No que diz respeito a conduzirem alcoolizados, 66% referem que nunca conduziram alcoolizados enquanto os restantes 34% afirmaram que já conduziram sob o efeito de álcool. Destes 34% (17) que afirmaram já terem conduzido alcoolizados, 9 alunos são do género masculino e 8 no feminino, 30% dos alunos referem estar informados relativamente ao álcool. De acordo com o relatório anual de sinistralidade de 2007, quase metade das detenções pela GNR e PSP no âmbito das acções de fiscalização de trânsito deveu-se ao excesso de álcool, o documento refere ainda que a GNR deteve em 2007, 24.371 condutores dos quais 49% por excesso de álcool. (Agencia Lusa, 2008)

Relativamente ao que diz respeito à dependência de álcool, todos os inquiridos (100%) responderam que não têm dependência dessa substância, apesar de 6% da amostra referir que já se embriagaram mais de três vezes no último mês. Confirma-se com este resultado que o consumo de álcool é um acto social, como se referiu anteriormente.

Em relação à informação sobre as bebidas alcoólicas e seus efeitos, 90% dos inquiridos referem que se sentem informados enquanto 10% afirmam não estarem informados. Destes 10% (5), 3 são do género feminino e 2 do masculino, apesar de referirem não estarem informados, 3 dos alunos consideram-se que o álcool influencia o desempenho dos alunos e só 1 aluno admitiu já ter conduzido alcoolizado. 6% dos 10% que afirmam não estarem informados, tiveram 6 a 10 embriaguezes durante a vida académica e 4% de 11 a 20 embriaguezes, conclui-se também que 6% bebem em média 4 a 6 bebidas alcoólicas quando saem á noite e com a percentagem de 4% 3 a 4 bebidas. Tavares (1995) refere que os jovens que conhecem melhor os efeitos do álcool tendem a beber menos. Sendo os inquiridos alunos do 4º ano de enfermagem, em que a maioria afirma conhecer os efeitos do álcool e perante os resultados obtidos na tabela 6, em que 46% refere beber álcool de longe a longe, pode-se concluir que o estudo vai a favor do que o autor refere. Contudo é relevantes que no 4º ano da licenciatura em enfermagem haja alunos que consideram não estarem informados relativamente a esta temática tão discutida, tanto em aulas como nos meios de comunicação social.

54% da amostra considera que o abuso de bebidas alcoólicas não influencia o seu desempenho enquanto estudante de enfermagem, porém 46% dos inquiridos referiram que influencia. Dos 46% que responderam afirmativo na questão anterior, 20% refere que esta influencia se deve ao facto do consumo de álcool afectar a sua concentração em sala de aula e 14% afirma que sente que o processo de memorização dá-se mais lentamente após ingestão de álcool. Segundo Mello et al (2001), os jovens que estudam de dia e bebem à noite têm problemas em lembrar matérias no dia seguinte. Zeigler (2005), também afirma que após 6 a 24 horas de uma ingestão excessiva de álcool, o indivíduo experiencia sintomas sub-agudos de curta duração, entre eles insere-se uma diminuição do processo de aprendizagem e uma debilidade do pensamento.

V. Conclusão

No concluir deste trabalho, devo referir que a realização do mesmo foi muito gratificante e uma experiência bastante enriquecedora. Foram bastantes as dificuldades que se encontra ao longo da construção de um estudo, a inexperiência neste tipo de trabalho foi o maior obstáculo.

O estudo foi orientado através de referências teóricas tratadas ao longo do trabalho, sugerindo-nos que o consumo de álcool é influenciado por vários factores e de diferentes formas.

Os consumos de álcool nos estudantes universitários, poderão potencialmente, estar na base do início ou desenvolvimento de consumos abusivos, podendo caminhar para graus de dependência.

Na primeira parte deste trabalho encontra-se o enquadramento teórico, onde se enquadró a problemática em estudo, abordando temas gerais relativamente ao álcool, e é esta revisão bibliográfica que constitui o suporte do trabalho e permite aceder a reflexões e conclusões.

O enquadramento teórico aponta no sentido de que nos dias decorrentes o álcool faz parte da cultura dos jovens, podendo este consumo ser visto como um comportamento adaptativo de integração no mundo adulto, consumindo ocasionalmente e por vezes em abundância ou até mesmo á embriaguez, pois sendo de fácil acesso é abundantemente encontrado em festas, divertimentos nocturnos ou até num simples restaurante.

A segunda parte deste trabalho é constituída pela fase metodológica, onde se procedeu á delimitação do estudo abordando a problemática adoptada.

Em resposta aos objectivos delineados, optou-se por um estudo de tipo quantitativo, utilizando o questionário para a colheita de dados e a análise estatística para o tratamento da mesma. A amostra deste estudo é constituída por 50 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, que afirmaram ser consumidores de álcool.

Após a realização da colheita de dados foi efectuado o seu tratamento e realizada uma análise das respostas aos questionários, com recurso ao SPSS versão 16.0.

Considera-se ter dado resposta á questão de investigação e terem sido alcançados os objectivos tanto académicos como os de investigação. Pois com o estudo concluímos que 58% dos alunos consideram que ouve um aumento do consumo de álcool com a entrada para o

mundo académico. Como já se esperava existe um domínio de género feminino (70%) relativamente ao masculino, onde as idades mais frequentes variam entre os 20 e os 23 anos.

Constamos que 66% da amostra teve o primeiro contacto com bebidas alcoólicas dos 12 aos 16 anos, esta fase corresponde á adolescência, onde os jovens querem procurar novas descobertas, sendo o álcool uma das que suscitam mais curiosidade. É nesta fase que o enfermeiro de saúde comunitária pode actuar com educações para a saúde.

Apesar de os questionados frequentarem o 4º ano da licenciatura em enfermagem, 10% afirmam não estarem informados relativamente ao álcool e seus efeitos.

É relevante reafirmar a ideia que apesar de consumirem álcool, 46% dos alunos questionados admitem que o consumo deste, influencia o seu desempenho enquanto estudantes de enfermagem.

Na realização da avaliação final do estudo e comparando os resultados atingidos com os que propusemos atingir, conclui-se que a elaboração deste trabalho foi positiva dando uma satisfação pessoal, contudo não poderá ser descurado o poder fazer sempre mais e melhor.

É de salientar a contribuição dada para a investigação no campo da enfermagem, nunca esquecendo a pequena dimensão que ocupamos, para uma melhor percepção sobre os conhecimentos dos consumos de álcool nos estudantes de enfermagem.

Do nosso ponto de vista, o acompanhamento para a prevenção de um aumento de consumo de álcool, deve partir desde as primeiras aulas leccionadas, pois o álcool pode ser encarado como um divertimento e um meio de socialização, nomeadamente na recepção na vida académica. Mas sem dúvida que se não for bem controlado poderá trazer graves consequências para a vida dos que consomem e seu familiares.

Por fim, deixamos um agradecimento a todos os apoios directos e indirectos que contribuíram para a realização deste estudo.

Bibliografia

Adés, J. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa, Editora Climepsi.

Ferreira-Borges (2004) *Alcoolismo e Toxicodependência: usos, abusos e dependências*. Lisboa, Climepsi Editoras.

Breda, J. (1996). *Bebidas alcólicas e Jovens: Um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes*. Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia de Coimbra. Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. Vol XI, nº3 (Outubro/Março 1996).

Carvalho, A. (2002) *As bebidas alcoólicas em Portugal*. In: Relatório de Primavera 2002 do OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública.

Centro Regional de Alcoologia o Norte. Consultado em «www.cran.min_saude.pt»

Freysinet-Dominjon (2003). *A Temporalidade curta do dever estudantil. Os estudantes e o álcool*. Ed. Quarteto. Paris

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociencia

Gameiro, A. (1998) *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal – 1985, 1991, 1997*. Editorial Hospitalidade.

Harrison, T. Resnick, W. Wintrabe, M. et al.(1998) *Medicina Interna*. ed 14, rio de janeiro, McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.

Jaffe, J. Peterson, R. & Hodgson, R. (1981). *Tónicos e outros vícios: Problemas e Soluções*. Lisboa, Editora Casa do Livro.

Machado, J. (1997) *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 3ª Edição. Lisboa, Livros Horizonte.

Mello, M. et al. (2001). *Álcool e problemas, ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Michel, O. (2002). *Depender do álcool: Considerações simples para quem ajuda e para quem é ajudado*. Rio de Janeiro, Editora Revinter.

- Murta, I. (2002). *Álcool, trabalho e sinistralidade*. Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia de Coimbra. Vol I, nº3 (Setembro/Dezembro 1992).
- Neeb, K. (2000) *Enfermagem de Saúde Mental*. Loures. Lusociência.
- Phipps, W. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*, Lisboa. Lusodidacta .
- Pina, P. et al (1992). *Psicologia social do desenvolvimento: Socialização e saúde mental*. Lisboa, Livros Horizonte.
- Polit, D. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Rosa, A. (1993). *Os filhos de alcoólicos e o insucesso escolar*. Revista da sociedade portuguesa de alcoologia. Coimbra: Centro regional de alcoologia de Coimbra. Vol II nº2
- Rosenstock, T. & Coimbra, V. (1999). *Alcoolismo*. (Em linha). <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-bio/trab99/álcool>. Consultado em 07/01/09
- Schuckit, M. (1998) *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Shils, M. (2003). *Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença*. 9ª ed. Lisboa, Lusodidacta.
- Zeigler, D. , et al (2005). *Os efeitos neurocognitivos do álcool nos adolescentes e estudantes universitários*. In: Teixeira, J. (2005) Boletim Cérebro Toxicodependente. Lisboa, Instituto da Droga e Toxicodependência.

Anexos