Sofia Miguel Caetano de Almeida

Alcoolismo e Adolescência

Sofia Miguel Caetano de Almeida

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem, sob a orientação da Enfermeira Mestre Delmina Afonso.

Resumo

Os padrões de consumo de álcool têm vindo a alterar-se, em especial nas camadas mais jovens da população, com o aumento do consumo de bebidas destiladas e de grandes quantidades em períodos curtos de tempo, sendo actualmente o consumo de álcool encarado como um desafio para a sociedade, pois esta substância psicotrópica é lícita e tem grande aceitação social.

A finalidade deste estudo é descrever as variáveis que influenciam o consumo de álcool na adolescência.

A população deste estudo é constituída pelos alunos do 9º, 10º, 11º e 12º ano de escolaridade de uma Escola Secundária da cidade de Aveiro, sendo a amostra de 60 alunos. Foi utilizado um processo de amostragem não probabilístico e uma amostra por conveniência.

O corrente estudo é exploratório e descritivo, de nível I e a metodologia utilizada na investigação do mesmo, é a quantitativa. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário e o tratamento estatístico foi realizado utilizando o programa SPSS na versão 13.0.

O trajecto foi feito com o objectivo de contribuir para a consciencialização do investigador e da população da necessidade iminente de planear e por em prática intervenções que possam diminuir o consumo de álcool numa faixa etária precoce, assim como enriquecer a investigação em Enfermagem e melhorar a saúde e qualidade de vida da população.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer às várias pessoas que apoiaram e colaboraram na realização deste trabalho, já que sem elas este seria irrealizável.

À Mestre Delmina Afonso, por toda a ajuda e disponibilidade que tornou este trabalho possível.

Aos colegas de curso que me acompanharam nesta etapa da minha vida, pela disponibilidade e pela amizade demonstradas.

Ao Xano, por toda a ajuda no tratamento estatístico e por todo o carinho sempre presente.

Às minhas "meninas do Porto" e aos "meninos de Aveiro", por todas as "neuras" que aturaram e pelo incentivo que me deram.

À minha família, particularmente à minha mãe, por toda a paciência que tiveram nos momentos mais difíceis, pela presença constante e apoio neste e em todos os momentos da minha vida.

Índice

	Pág.
0. Introdução	11
I. Fundamentação Teórica	14
1. Álcool	15
1.1. Breve resenha histórica	16
1.2. Metabolismo do álcool	17
1.3. Farmacologia do álcool	19
1.4. Síndrome de dependência alcoólica	20
1.4.1. Tipos de Síndrome de dependência alcoólica: intoxicação aguda e intoxicação crónica	20
1.5. Dependência	23
1.6. Efeitos do álcool	24
2. Adolescência	26
2.1. Adolescência e o Alcoolismo	27
3. Prevenção	29
3.1.Estratégias para minimizar o problema do alcoolismo na adolescência	30
4. Políticas de Saúde	33
5. Tratamento	35

II. Fase Metodológica 38

1. Contextualização do estudo 40

2. Metodologia 40

2.1. Objectivos do estudo 41

2.2. Tipo de estudo 41

2.3. Problema de investigação 42

2.4. Definição de variáveis 42

2.4.1. Variável dependente 42

2.4.2. Variável independente 43

2.5. População e amostra 43

2.6. Instrumento de colheita de dados 44

2.7. Colheita de dados 46

2.8. Tratamento de dados 46

2.9. Considerações éticas 47

3. Apresentação e discussão dos resultados 48

3.1. Caracterização da amostra 48

3.2. Apresentação dos resultados 51

3.3. Discussão dos resultados 59

4. Conclusão 65

5. Bibliografia 67

Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados

Anexo 2 – Autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados

Índice de Quadros

		Pág.
Quadro 1	Número de inquiridos	48
Quadro 2	Idade dos inquiridos	48
Quadro 3	Percentagem da variável idade	49
Quadro 4	Género dos inquiridos	50
Quadro 5	Frequência do consumo de bebidas alcoólicas	51
Quadro 6	Último consumo de bebidas alcoólicas	51
Quadro 7	Motivo do consumo de bebidas alcoólicas	52
Quadro 8	Tipo de bebidas alcoólicas consumidas	53
Quadro 9	Primeira experiência de consumo	53
Quadro 10	Idade da primeira experiência de consumo	54
Quadro 11	A que hora do dia costuma beber	54
Quadro 12	Razão de ter bebido pela primeira vez	55
Quadro 13	Quando bebe e quanto bebe	55
Quadro 14	Com quem costuma beber	56
Quadro 15	Qual o efeito mais importante causado pela bebida	56
Quadro 16	Maior consequência causada pela bebida na sua vida	57
Quadro 17	Sentimento em relação à bebida	57
Quadro 18	Qual a opinião dos outros sobre o seu consumo de bebidas alcoólicas	58
Quadro 19	Resultado da aplicação da escala de envolvimento com o álcool para adolescentes.	58

Índice de Gráficos

		Pág.
Gráfico 1	Histograma de idades	49
Gráfico 2	Distribuição de percentagem por sexo	50

Abreviaturas

% - Percentagem

AAIS – Escala de Envolvimento com o álcool para o Adolescente

ADH – Enzima Álcooldesidrogenase

CARDA – Centro de Alcoólicos Recuperados do Distrito de Aveiro

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Drugs

FAD – Fundatión de Ayuda contra la Drogadicción

GABA – Ácido gama-aminobutírico

ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

MEOS – Sistema microssomático de oxidação do etanol

N - Amostra

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNC – Sistema nervoso central

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

0. Introdução

A ciência e sua evolução assentam essencialmente na investigação, pois esta permite o desenvolvimento das disciplinas e o seu reconhecimento. A investigação assume no nosso quotidiano um papel primordial, como base no desenvolvimento dos conhecimentos de qualquer profissão, não sendo a enfermagem excepção. Para aprofundar o conhecimento em áreas próprias da enfermagem e fundamentar o seu trabalho convenientemente com bases válidas, a atitude científica, é imprescindível.

Em concordância com o exposto e no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a elaboração de um trabalho de investigação, também denominado por Monografia, subordinado ao tema: "O Alcoolismo e a Adolescência".

O Enfermeiro é um profissional habilitado para tratar de situações de disfuncionalidade pessoal e social que causam limitações nas actividades de vida diária, inclusivé as de saúde escolar e da comunidade. Neste contexto, fomos convidados para participar como assistente num debate efectuado pela associação CARDA, a convite da Associação de Pais dos alunos da Escola Jaime Magalhães de Lima, para sensibilizar a população escolar sobre o uso abusivo de álcool na adolescência, realidade verificada neste estabelecimento de ensino e na sociedade actual, facto que despertou em nós um interesse especial pelo desenvolvimento de um trabalho nesta área.

Actualmente o uso de substâncias psicoactivas constitui um significativo e complexo problema de saúde pública, dado que é responsável, por um número cada vez maior de mortes e incapacidades e porque nele estão envolvidos factores de ordem biomédica, psicológica e social, tornando-se a sua prevenção tarefa árdua de alcançar apesar dos esforços da sociedade.

Desde sempre, as substâncias que interferem com o psiquismo exerceram sobre o homem um fascínio de experimentação, na procura de vivências de êxtase sensorial, de experiências que lhe permitam sair de si próprio, de se tornar diferente de si mesmo, de atenuar ou acentuar algumas características que pretenda moldar, de se melhorar, de se superar ou se curar dos males do físico e da alma.

O consumo excessivo de álcool torna-se um problema que afecta todas as classes e estratos sociais na nossa cultura. O seu acesso fácil e diversificado potencia comportamentos de risco nos adolescentes, que se vêem desde cedo confrontados com o seu uso despenalizado tanto em casa, como nos mais variados locais, o que lhes transmite a ideia que o seu consumo é normal e inconsequente, levando-os por vezes ao excesso e causando impacto tanto nas famílias como no grupo de pares.

A Enfermagem tem inerente a si própria, vários propósitos que não deve descuidar, entre eles estão a promoção de estilos de vida saudáveis e a promoção da cooperação entre uma equipa multidisciplinar com o objectivo da formulação e desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

É ainda de notar a importância da intervenção do Enfermeiro em relação aos adolescentes, pois estes necessitam que a sua saúde seja preservada e incentivada, e dos pais e professores, assim como pessoas significativas desta faixa etária, de modo a alertar a necessidade de promover a saúde e evitar que um conjunto de doenças se instale e se desenvolva.

Na elaboração deste trabalho foi utilizado o método expositivo e descritivo, uma vez que se pretende transmitir sucintamente e de uma forma clara e objectiva a informação seleccionada através de pesquisa bibliográfica, de livros científicos, de revistas científicas na área da Enfermagem e da Internet.

O objectivo geral deste trabalho é identificar os factores que influenciam as atitudes dos adolescentes face ao álcool, recorrendo aos conhecimentos interiorizados nas disciplinas de Métodos e Técnicas de Investigação e Projecto de Investigação I, de modo a desenvolver competências na área da Investigação.

Como objectivos específicos, pretendemos:

- Aprofundar conhecimentos na área da temática em estudo;
- Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos, tendo por base os já adquiridos na Licenciatura de Enfermagem;
- Conhecer o consumo de álcool nos adolescentes da Escola Jaime Magalhães de Lima;
- Identificar a história do consumo de álcool nos adolescentes da Escola Jaime Magalhães de Lima;
- Avaliar a existência do consumo de álcool na Escola Jaime Magalhães de Lima.

De modo a facilitar a consulta e consequente compreensão deste estudo, este, está dividido em dois capítulos: a fundamentação teórica e fase metodológica. O primeiro capítulo aborda toda a revisão bibliográfica, que inclui os itens considerados pertinentes para a compreensão do tema em estudo. O segundo capítulo é constituído pela análise dos questionários através de medidas de estatística descritiva. É feita uma descrição fundamentada e justificativa dos passos deste processo, e são apresentados os resultados obtidos. É ainda feita uma discussão dos mesmos de modo a dar resposta aos objectivos traçados e por último, a conclusão onde serão apresentadas sugestões consideradas úteis, no sentido de prevenir o consumo abusivo de álcool.

I. Fundamentação Teórica

1. Álcool

De acordo com o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (Machado, 1977, p.183) 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, principal componente das bebidas alcoólicas e cuja formula química é CH3 CH2 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]" (Borges e Filho, 2004, p.5)

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 1L contém 10% de álcool, isto é 100 ml equivale a 80 mg de álcool.

Segundo Mello et al. (2001, p.17) as bebidas alcoólicas podem ser de dois tipos: fermentadas, as que se obtém por fermentação alcoólica de sumos açucarados por acção de leveduras como é o caso do vinho e da cerveja, ou destiladas que resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação (aguardente, whisky, gin e vodka).

1.1 Breve Resenha Histórica

De acordo com Borges e Correia (2001) o álcool é uma das substâncias de uso e abuso mais antigas que se conhece, podendo a sua história ser confundida com a própria história do homem, dado que os primeiros relatos das sua existência remontam ao período paleolítico, onde este foi descoberto casualmente pela fermentação de frutos e mel, sendo considerado de suma importância chegando o vinho a ser entendido como a "bebida dos Deuses" e a própria videira, a "Árvore da Vida".

> "Mas se ao vinho e consequentemente ao álcool foram associados toda uma série de simbolismos divinos e messiânicos, sendo considerado o símbolo maior da verdade como se diz "in vino veritas" – cedo se começou a evidenciar o perigo e desvantagens do seu consumo em excesso." (Borges e Correia, 2001, p.285)

Na civilização Mesopotâmica, por volta de 8000 a.C., surgiu o processo de fabrico da cerveja, tendo sido nesta altura também encontrados registos das primeiras descrições clínicas sobre intoxicação e cura de ressaca. No Antigo Egipto, foram ainda encontrados documentos que apelam à moderação do seu consumo, que ocorria em todas as camadas sociais e de forma frequente.

Durante a Idade Média e com a produção de bebidas através do alambique, verificou-se um aumento do teor alcoólico superior a 50%, aumentando a sua disponibilidade o que não implicou o decréscimo no custo, estando fora do alcance da maioria das pessoas até 1500 d.C.

Só no século XVI, segundo FAD (*cit in* Borges e Filho, 2004 p.6) o seu uso está ligado a conceitos de saúde e bem-estar e é designado por *aqua vitae*. Durante o século XVIII, surgem as primeiras tentativas de refrear o consumo excessivo de álcool. Com a revolução industrial, o consumo do álcool alcança níveis até então desconhecidos que se devem ao crescimento exponencial da produção e consequente acesso ao álcool, sendo utilizado como meio de evasão e fuga do stress e das dificuldades inerente as mudanças sociais desta época.

Só a partir dos anos 60 é que o álcool passa a ter uma nova forma, perversa de consumo, passando a ser utilizado como droga e generalizado a toda a população.

De acordo com o "ESPAD report 2003", actualmente na Europa a tendência de consumo de álcool tem estabilizado ou diminuído, situação inversa à dos países Orientais, assistindo-se a alterações quer em termos de padrão de consumo do álcool, quer do tipo de bebida ingerida. Estas alterações são também visíveis em Portugal, tendo o consumo de álcool total per capita se situado em 2000 entre os mais elevados do mundo, 10,8 L.

Segundo a revista "World Drink Trends 2005", o consumo de álcool em Portugal, de uma maneira geral tem vindo a decrescer nos últimos anos, tendo diminuído desde 2000, para 9,6 litros per capita anuais de álcool puro. [em linha: http://www.inalco.pt/Epidemiologia.doc].

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 encontrar-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.

Na opinião de Carvey (1998, p346) quanto mais gordura houver no intestino, mais lenta será a absorção do mesmo, apesar de se manterem inalteráveis os seus efeitos.

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 ultrapassada pela quantidade consumida. Na opinião de Schuckit (1998, p88) esta metabolização hepática é efectuada "a uma velocidade de cerca de uma bebida por hora, o equivalente a 7g de etanol por hora." O restante fica na corrente sanguínea onde actua como depressor e anestésico, retardando o metabolismo celular.

Segundo Mello et al. (2001, p.45) 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 (MEOS). 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. (Carvey, 1998, p.346)

Devido ao facto de o álcool não ser convertido em glicogénio, a energia libertada que ocorre da 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 que o próprio açúcar com 4,5, mas nenhuns minerais nem vitaminas. (Phipps 2003, p.416)

1.3 Farmacologia do álcool

De acordo com Aragão e Sacadura (2002, p.76) o etanol é constituído por moléculas que são solúveis tanto nos lípidos como na água, distribuindo-se por todo o corpo, como o plasma nos espaços intersticiais e intracelulares, podendo facilmente atravessar a barreira hemática cerebral, sendo responsável pela euforia e efeitos tóxicos experimentados no SNC. O álcool é classificado como um depressor do sistema nervoso central porque diminui os controlos de inibição ao interferir com o ácido gama-aminobutírico (GABA), que é o principal inibidor da neurotransmissão no cérebro e é o neurotransmissor mais vulgarmente afectado pelo álcool, estando implícito nos efeitos ansiolíticos e hipnóticos da alcoolização.

Em dependentes crónicos há uma depleção em noradrenalina e serotonina que em momentos de abstinência alcoólica é frequente existir uma interrupção da estimulação dos receptores GABA, um factor de sedação, dando aso a uma desinibição central, que dá origem aos sinais de privação alcoólica como por exemplo os tremores, suores e a taquicardia.

> "O álcool interfere também noutros neurotransmissores e origina aumento de produção de dopamina, norepinefrina e serotonina ao atravessar a barreira hemática cerebral. Deste modo, o álcool dá origem inicialmente a uma fase de excitação, logo seguida de sonolência, por vezes profunda paragem respiratória, de acordo com a quantidade ingerida. A dose letal é de 100-200 g de álcool etílico a 90°C." (Aragão e Sacadura, 2002)

Existe um quarto neurotransmissor o glutamato, mediador de fenómenos de excitação cerebral que dependem de canais iónicos. Aquando da estimulação excessiva dos receptores do glutamato, provoca fenómenos de excitotoxicidade causadores de neurodegenerência, que justificam as lesões amnésicas induzidas pela ingestão crónica, assim como a síndrome de Korsakoff entre outras. (Adés e Lejoyeux, 1997, p.28)

1.4 Síndrome de Dependência Alcoólica

Segundo Adés e Lejoyeux (1997, p. 35) o termo "alcoolismo" foi introduzido por Magnus Huss, que o aplicou pela primeira vez em 1849 para designar o "conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva, e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma continua e excessiva e durante um longo período de tempo".

Em 1958 a comunidade médica definiu o alcoolismo como uma doença caracterizada por uma alteração, associada directamente ao uso excessivo de álcool e que incluía desde já a disfunção fisiológica, psicológica e social.

Nos anos 70, a OMS substituiu o termo alcoolismo por síndrome de dependência alcoólica, que permitiu a definição objectiva dos fenómenos de dependência e habituação bem como da compulsão face ao álcool desprovida de qualquer conotação social ou moral. (Edwards *cit in* Adés e Lejoyeux, 1997 p.40).

Só em 1987 é reconhecido como uma toxicodependência, definida "como uma doença primária com componente física, psíquica e sócio-cultural, crónica, progressiva, potencialmente fatal, marcada pela negação" (Borges e Filho, 2004 p.84)

1.4.1 Tipos de síndrome de dependência alcoólica: Intoxicação aguda e Intoxicação Crónica

Há dois tipos de síndrome de dependência alcoólica: a intoxicação aguda, provocada pelos efeitos imediatos de um grande consumo de bebidas alcoólicas, e a intoxicação crónica, resultante dos efeitos tardios de um consumo excessivo e habitual.

a) Intoxicação aguda

As manifestações agudas da intoxicação alcoólica estão relacionadas com a acção directa do álcool sobre o sistema nervoso central, e são variáveis porque dependem da quantidade e qualidade da bebida alcoólica, e da tolerância do indivíduo. Este quadro clínico é designado de embriaguez, podendo distinguir-se em simples ou patológica.

A evolução clássica da intoxicação simples processa-se em três fases:

A primeira fase de excitação psicomotora (alcoolemia compreendida entre 1 e 2 g) com desinibição, euforia superficial e humor lábil, podendo alternar com períodos de tristeza, agressividade, logorreia e familiaridade excessiva.

A segunda fase é já caracterizada por alterações muito marcadas, sendo denominada por fase de descoordenação (alcoolemia superior a 2g). A desordem do pensamento aumenta e conduz à incoerência e progressivamente à confusão total. A vigília altera-se até a sonolência e seguidamente ao torpor. No plano neurológico, instala-se a descoordenação motora, tornando-se o andar atáxico e cambaleante. Pode manifestar-se diplopia ou midriase, síndrome vestibular com vertigens, náuseas e vómitos, taquipneia, taquicardia, alterações vasomotoras no rosto e nas extremidades.

Segue-se uma terceira fase comatosa (alcoolemias superiores a 3g), precedida por vezes de diminuição progressiva da vigília e de sonolência. O coma é profundo sem sinais neurológicos focais. O sujeito fica insensível a qualquer excitação motora ou sensorial. Pode manifestar-se hipotermia, midriase bilateral não reactiva, hipotonia, abolição dos reflexos osteotendinosos, bradicardia e hipotensão. Na maior parte dos casos, o indivíduo sai do coma ao fim de algumas horas. Seguindo-se uma amnésia lacunar (black-out), em que o utente se esquece de todo o período da intoxicação.

A intoxicação patológica é mais frequente em indivíduos que apresentem perturbações da personalidade ou uma perturbação cerebral orgânica, pode também preceder ou regular a síndrome de dependência e passa por actos extremados de desinibição ao de suicídio.

Garnier (*cit in* Adès e Lejoyeux, 1997) propôs uma descrição de 4 fases clínicas da intoxicação patológica:

- Excitomotora, caracterizada por um estado extremo de agitação psicomotora, acompanhada por violência física, por vezes dificilmente controlável. A crise pode demorar várias horas terminando em estado comatoso.

- Alucinatória, associada a distorções da realidade ou até alucinações a nível visual, auditivo e olfactivo, associando-se a alterações da vigília, podendo ser confundido com o *delirium tremens.*

- Delirante, apresenta-se sobre a forma de episódios delirantes, em que se misturam quadros de ciúme, perseguição, grandeza ou culpabilidade.

- Alteração do humor, pode manifestar-se por euforia, logorreia, agitação, insónia e ideias de grandeza ou sintomas depressivos. Pode ainda, verificar-se a sucessão repentina de todos.

b) Intoxicação crónica

Pode ser feita a distinção entre comportamentos de alcoolização intermitentes e crónicos, estando estas duas formas frequentemente associadas, podendo a frequência dos estados de intoxicação aguda resultar em comportamentos de alcoolismo crónico, tornando-se cada vez mais curtos os intervalos livres entre eles. Nos adolescentes e em alguns pacientes este consumo pode assumir uma utilização toxicomaníaca do álcool, transformando-o numa verdadeira droga ou como complemento de outras substâncias tóxicas.

Alguns problemas médicos do alcoolismo crónico correspondem a situações causadas por deficiente nutrição e carência de vitaminas, mas a sua maior parte advém dos efeitos de uma acção tóxica directa de álcool, nomeadamente do acetaldeído proveniente da metabolização do álcool.

1.5 Dependência

As classificações internacionais como a classificação internacional das doenças das OMS (ICD-10), ou a classificação da American Psychiatric Association (DSM-IV), permitem identificar e homogeneizar os padrões de critérios dos sinais da dependência.

A dependência, definida como um comportamento adquirido, é uma espécie de hábito patológico, que afecta a vida mental e social do utente. O seu diagnóstico usualmente é detectado aquando de um episódio de intoxicação aguda, com base em quatro aspectos: alterações do comportamento face ao álcool, desejo obsessivo de álcool associado à perda de controlo da ingestão, tolerância e sintomas de privação, num período mínimo de doze meses, como indicado pelo DSM-IV. (Adés e Lejoyeux, 1997 p.40)

Os dois tipos de sinais de dependência física são:

- A tolerância, que se define como sendo a resistência aos efeitos do álcool, ou seja um indivíduo tem de beber cada vez mais para obter as primeiras experiências de intoxicação, como é o caso da euforia e da desinibição conseguidas inicialmente e que vão diminuindo de intensidade. No caso do bebedor dependente, estes efeitos podem ser negativos, potenciando sensações de humor depressivo. (Adés e Lejoyeux, 1998, p.68)

- A Abstinência Alcoólica é caracterizada por manifestações diárias que não significam verdadeiros acidentes de abstinência como o *delirium tremens*, mas que reforçam o comportamento alcoólico e a vontade irreprimível de beber "craving". Normalmente surgem após um período de abstinência, por exemplo, à noite e reflectem-se pelos

seguintes sinais: tremor das mãos e da língua, parestesias, cãimbras, náuseas, vómitos, suores, taquicardia, hipotensão ortostática, ansiedade, insónia e irritabilidade. Este quadro de sintomas é atenuado pela ingestão de bebidas alcoólicas, tornando-se num ciclo vicioso.

1.6 Efeitos do álcool

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 às 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 duas bebidas por dia) ou se os indivíduos forem doentes, poderão potenciar prejuízos no organismo (Schuckit, 1998, p.80), mencionados nos tópicos seguintes.

a) Sistema gastrointestinal

O organismo necessita de combustível para funcionar, e as suas principais fontes são os hidratos de carbono e as gorduras, sendo o fígado o responsável pela conversão dessas substâncias em energia. Aquando da presença de álcool no organismo, o fígado opta por usá-lo em vez das gorduras armazenando-as, pois a metabolização deste solicita menos tempo e esforço. No caso do alcoólico crónico, como este ingere bebidas alcoólicas com frequência durante o dia, vai-se manter uma alcoolização permanente do organismo, ao contrário do que sucede com os bebedores esporádicos, cujo fígado converte a gordura armazenada em energia, evitando a sua sucessiva acumulação. Estas disfunções hepáticas, contribuem para o fígado gordo e progressivamente para a cirrose.

O álcool está associado a uma elevada taxa de doença ulcerosa, a inflamações da mucosa gástrica e pancreática, assim como, alterações do funcionamento do esófago e hepatite crónica. O etanol pode ainda causar lesões hemorrágicas das vilosidades duodenais e diarreia secundária ou aumento da motilidade do intestino delgado, assim como a redução da absorção de água e electrólitos. (Carvey, 1998 p.344) "O uso prolongado do álcool tem um efeito tóxico na mucosa intestinal, que resulta numa menor absorção de tiamina, ácido fólico e vitamina B12".(Phipps 2003, p.417)

b) Sistema neurológico

A afecção cerebral é a lesão mais vulgar no alcoólico, quaisquer que sejam os tipos de bebidas utilizadas e a quantidade ingerida, esta é acompanhada por uma diminuição do número e da qualidade das fibras nervosas do cortéx e está muitas vezes associada a outras lesões características da falta de vitamina B1. O consumo crónico de álcool está relacionado à baixa absorção de tiamina pelas células intestinais, bem como à menor fosforilação da mesma, na sua forma activa, diminuindo a sua concentração no fígado. Outra das explicações é a diminuição de consumo de alimentos ricos em tiamina.

c) Sistema Cardiovascular

O uso crónico de álcool é responsável por miocardiopatias, hipertensão arterial e por problemas do ritmo cardíaco, devido à sua toxicidade para os músculos estriados diminui a contractibilidade cardíaca. (Richard e Senon, 2005)

2. Adolescência

Actualmente tem-se vindo a assistir a um alargamento progressivo do período da adolescência sendo esta considerada a fase chave do processo de crescimento e desenvolvimento humano, em que se verifica a maturação biopsicológica do indivíduo e a formação da sua identidade.

Segundo Fonseca (2005, p.17), "não podemos considerar a adolescência no singular já que se trata de um período de vida que corresponde a uma multiplicidade de aventuras individuais" [que variam não só consoante o vivido mas também na sua duração e meio cultural].

De acordo com Debesse (1976), o termo adolescência deriva da palavra que em latim significa tornar-se adulto. A adolescência é um período em que se manifestam um conjunto de transformações corporais e psicológicas que se produzem entre a infância e a idade adulta e que ocorrem entre os 12-15 anos e os 20 anos. Este autor faz a distinção entre adolescência, puberdade e juventude, termos que frequentemente são usados como sinónimos. Na sua perspectiva, quando se fala de puberdade, pensa-se sobretudo no lado orgânico da adolescência. A juventude por sua vez é o aspecto social da adolescência.

A adolescência é por muitos autores dividida em três fases: uma fase inicial dos 10 aos 13; uma fase intermédia dos 14 aos 16 e uma fase tardia depois dos 16. Cada vez mais "temos vindo assistir a um alargamento progressivo do período da adolescência, em parte devido à maior precocidade da idade pubertária, mas também como resultado do prolongamento da escolaridade e consequente retardamento de entrada no mundo do trabalho" (Antunes 1998, p.29).

Freud (*cit. in* Papalia e Olds 1998, p.310) considerou a adolescência uma fase da vida difícil e turbulenta porque a libertação da autoridade dos pais é um processo doloroso, apesar de fundamental para que haja a evolução do jovem, e que é por si só uma etapa de risco, devido à precariedade do seu sistema adaptativo, levando à ocorrência de múltiplas mudanças a nível psíquico do jovem.

Este processo é muitas vezes acompanhado por acções imprevisíveis, mas com pesadas consequências, não só para o próprio mas também para o meio envolvente. Temos como exemplo de comportamentos desviantes: o suicídio, a fuga através do álcool ou outras drogas e a delinquência, que se manifestam na busca da sua identidade, em que o adolescente toma como modelo o adulto e os papéis que culturalmente estão a ele associados. Sendo de certa forma conotadas como atitudes de provocação, chamada de atenção ou até de integração no seu grupo de pares, de modo a manifestar o seu novo estatuto.

2.1 Adolescência e o Alcoolismo

A adolescência é a idade em que tudo se pergunta e em que tudo é analisado de novo: a moral, a religião, os valores tradicionais, os hábitos sociais. Há necessidade de falar, discutir, de pôr problemas e agitar os assuntos mesmo que por vezes esses problemas sejam falsos ou inúteis.

Presentemente os adolescentes adoptam com facilidade hábitos de conduta menos sãos, que aliados ao sedentarismo colocam em causa a saúde da juventude. Ao procurar a sua autonomia o adolescente toma atitudes arriscadas, cabendo aos adultos esclarecer e ensinar a conquista da autonomia e da liberdade com a devida responsabilidade, sem ameaçar ou amedrontar. (Papalia et al., 2001)

Em comparação com os adultos, os adolescentes têm normalmente uma história curta de consumo de álcool e consequentemente nem sempre experimentam efeitos negativos relacionados com o seu consumo.

Os sinais e sintomas de consumo de álcool ou outras drogas são subtis, sendo poucas as manifestações comportamentais num estádio inicial. À medida que o consumo aumenta tornam-se mais evidentes sinais como as faltas à escola, a diminuição do rendimento escolar, a deterioração no relacionamento com a família ou lei. Podem ainda ser diagnosticados como sintomas de consumo, a perda de peso, mudança dos hábitos de sono, humor depressivo, tentativas de suicídio. (Borges e Correia, 2001, p.287)

Os significados dos comportamentos alcoólicos dos jovens são múltiplos e devem ser interpretados em função do contexto psicológico e social, dos comportamentos de dependência associados, da existência ou ausência de sinais de angústia psicossocial. Na maior parte dos casos o uso abuso de álcool é descoberto por ocasião de acidentes, problemas médicos, sociais e comportamentos delinquentes, estados depressivos ou tentativas de suicídio.

3. Prevenção

Entende-se por prevenção, toda e qualquer actividade realizada no sentido de reduzir as possibilidades ou adiar o início do uso de uma substância, prevenindo ainda a progressão para um uso mais frequente e regular entre populações de risco.

As estratégias de prevenção só podem ser totalmente eficazes se se articularem com as estratégias de cuidados de saúde e de integração social.

Richard e Senon (2005) defendem que a referência actual em matéria de prevenção já não diz respeito a uma doença que deveria ser impedida, mas à saúde que é necessária promover, incluindo no campo da reflexão, o conjunto dos determinantes biológicos, psicológicos, culturais, económicos e sociais. Trata-se de modificar comportamentos em vez de os impedir, de propor alternativas favoráveis à saúde, fornecendo informação objectiva e de qualidade e permitindo a cada individuo identificar quais os comportamentos benéficos para si.

As estratégias de prevenção assentam em três níveis distintos elaborados pela OMS, que permitem prevenir riscos distintos:

- Prevenção primária

Destina-se a promover uma atitude activa em favor da saúde, e logo a prevenir a evolução de um consumo de simples utilização para um consumo abusivo e até toxicomaníaco através de medidas de ordem legislativa e económica, que limitem o acesso; medidas de ordem informativa e educativa que limitem a procura; e educações para a saúde que promovam a mesma.

- Prevenção secundária

Conjunto de intervenções de diagnóstico e tratamento aos indivíduos já atingidos, dando-lhes assim como aos que os rodeiam meios necessários para melhor compreenderem as géneses das perturbações e evitarem tanto quanto possível o seu agravamento.

- Prevenção terciária

Destina-se a implementar medidas terapêuticas que limitem as sequelas da doença e previnam a recaída de indivíduos já reinseridos na sociedade, ou readaptá-los através de um processo de reajustamento social.

3.1 Estratégias para minimizar o problema do alcoolismo na adolescência

A finalidade de qualquer programa de prevenção é a melhoria da saúde, bem-estar e condições de existência do indivíduo, implicando uma melhoria dos níveis de saber e de competência, promovendo a responsabilidade individual e o desenvolvimento de laços sociais e comunitários. Todo e qualquer programa de prevenção não pode ser improvisado e deve estar baseado em evidências científicas que comprovem a sua utilidade e aplicabilidade.

Há três princípios base em que as estratégias contra o uso de substâncias devem assentar: o da redução da oferta, o da redução das condições sociais associadas ao fenómeno e o da redução da procura, sendo defendidas por diferentes interesses.

A nível politico e jurisdicional, entende-se por prevenção qualquer proposta no âmbito da redução da oferta, pois quanto menos disponível estiver uma substância menores são as hipóteses de utilização. A nível social e comunitário são preconizadas intervenções que levam à melhoria das condições económicas, culturais, educativas, sociais e de Saúde Pública das populações mais desfavorecidas da sociedade, e promover estilos de vida saudáveis na população em geral.

No campo da saúde pública, os profissionais de saúde, associam a prevenção a medidas que visam a redução da procura. (Borges e Filho, 2004, p.244)

A necessidade de fusão destas ideologias é iminente, de modo a uniformizar cuidados contínuos que deverão ter em conta não só a prevenção, como todo o tratamento e ainda a sua manutenção, por meio de *guidelines*, de modo a optimizar recursos, minimizar riscos e exterminar danos possíveis. No entanto e de acordo com Mello et al. (2001, p.111) é muito difícil o estabelecimento dessas linhas gerais de uma metodologia de prevenção, num domínio complexo como o alcoolismo. O mesmo autor salienta duas estratégias que têm tido lugar nos programas de acção preventiva: as medidas de "limitação da oferta" e medidas de "limitação da procura". No caso da primeira enfatiza-se:

- "Controlo da produção e comércio, incluindo a expansão de mercado e comércio internacional;
- Regulamentação da distribuição, incluindo o que diz respeito a horas e locais de venda;
- Regulamentação dos preços, da compra e de promoção e vendas, tendo em atenção uma politica de tarifas que encare a subida do preço real da bebida alcoólica, a criação de taxas especiais, o estabelecimento de idade-limite para a venda e compra".

No que diz respeito à redução da procura as medidas pretendem diminuir a motivação do indivíduo para o uso do álcool, tais como:

- Informação que difunde conhecimentos ao público em geral, acerca do álcool, seus riscos, consequências do consumo abusivo, desmistificando falsos conceitos;
- Educação que influência normas e valores, visando a formação de atitudes, comportamentos e responsabilidade de todo o indivíduo pela saúde que poderá ser em meio escolar.

- Análise e mudança de condições de vida que podem estar na base da procura do álcool pelo indivíduo.

Os profissionais de saúde podem ter um papel preponderante na implementação de estratégias que promovam estilos de vida saudáveis na comunidade em geral, encorajando pais e pessoas intervenientes no processo de educação dos adolescentes, a aprender mais sobre os efeitos nocivos do álcool e as consequências legais resultantes do seu uso, de modo a monitorizar os comportamentos desviantes dos mesmos. (Antunes, 1998, p.37)

A informação deve ser clara e acessível, de modo a que possam ajudar activamente no despiste e que sejam elos vitais numa relação interpessoal com a equipa multidisciplinar de saúde e os adolescentes. Os enfermeiros, enquanto membros dessa mesma equipa, têm um lugar de destaque na comunicação junto ao indivíduo, família e comunidade. Estão preparados para a utilização de estratégias de promoção de saúde, tais como a educação do público, e discussão de alternativas saudáveis para consumos indiscriminados, pouco cuidadosos e por vezes extremamente graves de modo a obter uma mudança nos comportamentos e estilos de vida dos adolescentes, contribuindo para a redução do consumo de álcool para níveis compatíveis com a saúde.

Segundo Breda (1996) a educação para a saúde será a abordagem que permitirá a redução da oferta e da procura. Se os adolescentes compreenderem os riscos que o consumo excessivo de álcool implica, estarão mais preparados para aceitar as medidas restritivas que assentam na redução da oferta, porque só na posse de dados que lhes permitam conhecer os reais perigos das drogas é que os indivíduos são capazes de tomar decisões responsáveis.

4. Politicas de Saúde

De acordo com o Relatório de Saúde Mundial 2002, o consumo de álcool está entre os dez principais riscos para a saúde, não apenas no que diz respeito à mortalidade e à morbilidade como era senso comum em Saúde Publica, mas também quanto à incapacidade para a actividade produtiva. Nos países desenvolvidos ocupa o primeiro lugar e o terceiro nos industrializados, causando 1,8 milhões de mortes, e tendo repercussões ao nível das várias entidades patológicas, físicas ou mentais.

Mundialmente os esforços para promover o uso de álcool têm aumentado em prevalência e sofisticação nos últimos trinta anos e as medidas de prevenção não tem conseguido minimizá-las, quer devido à dispersão dos novos e potencialmente danosos padrões de consumo, quer pela expansão da actividade promocional que impede a implementação de uma efectiva fiscalização.

De acordo com estudos recentes o padrão de consumo de bebidas alcoólicas mundial tem vindo a decrescer nos países desenvolvidos, contrariamente aos países em desenvolvimento, uma vez que é um potencial gerador de receitas. Sabe-se também que este declínio global de consumo é apenas aparente:

> " (...) pois mascara diferenças regionais de substancial preocupação numa perspectiva de saúde – os países em que os consumos vêm apresentando redução são os mais saudáveis, com tecnologia e serviços disponíveis para mitigarem alguns danos. (...) enquanto que nos países em desenvolvimento as infra-estruturas de saúde publica ou não existem ou estão em grande desorganização (...)"(Borges e Filho, 2004, p.166)

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a uma convergência de atitudes que pressionam as medidas para o controlo da produção e consumo de álcool, associadas a programas de prevenção ou educação. No entanto a existência destes programas não significa que estejam em prática, mas que os problemas ligados ao álcool já estão na agenda política influenciando futuras decisões sobre o tema.

O primeiro compromisso governamental em Portugal sobre o consumo, venda e intervenção nos problemas ligados ao alcoolismo surge com a adopção do plano de acção contra o alcoolismo (PACA) em 29 de Novembro de 2000, que proíbe a venda e consumo de bebidas alcoólicas, em locais públicos a menores de 18 anos, idade considerada cientificamente como limiar médio de maturidade biológica quanto à completa metabolização do etanol, embora na regulamentação aprovada seja antecipado para os 16 anos (Decreto Lei nº 9/2002). [em linha: http://www.idt.pt/media/legislacao/dl_9_2002.pdf]

Uma outra medida, como a que limita o horário de venda nas áreas de serviço nas auto-estradas, teve também como objectivo a função pedagógica activa a nível cívico e de promoção e educação para a saúde, mostrando assim o Estado o exemplo da necessidade de investir junto dos grupos etários, em que as situações de consumo de bebidas alcoólicas são potencialmente mais gravosas.

Cabe aos pais a responsabilidade dos filhos menores, mas face ao índice de acidentes e alterações de ordem pública nas noites e locais mais frequentados pelos jovens foi considerado pertinente que o Estado não se demita de uma acção pedagógica activa regulamentadora. (Borges e Filho, 2004 p.186)

Ao nível cívico é também desejável uma iniciativa simultânea dos produtores de bebidas alcoólicas, das instituições públicas (as escolas e os institutos da juventude), e profissionais de saúde, de modo a minorar o consumo de álcool e a desmistificar preconceitos comuns sobre o pretenso efeito positivo do mesmo. No entanto, por vezes surgem situações paradoxais que evidenciam, pelo menos, uma descoordenação entre as estruturas oficiais, exemplo disto, é a campanha "Condutor 100% Cool" da iniciativa da ANEBE (Associação Nacional das Empresas de Bebidas Espirituosas) e tendo como apoiantes entidades publicas, tais como a Secretaria de Estado da Juventude e Desportos, entre outras, que parecem esquecer a vertente da saúde pública incitando os jovens a beber à excepção de um que se responsabilize pelos outros, quando deveriam todos ser responsáveis pela situação e conscientes das suas repercussões. [em linha: http://www.100porcentocool.pt/]

5. Tratamento

Qualquer tratamento dos comportamentos alcoólicos tem por objectivo ajudar o indivíduo a manter a longo prazo a abstinência total de álcool, de modo a favorecer a melhoria de qualidade de vida. Mais do que um tratamento é um acompanhamento psicoterapêutico a longo prazo, eventualmente auxiliado por um tratamento medicamentoso e por um acompanhamento psicossocial, de modo a resolver qualquer situação de crise.

Lindström (*cit in* Richard e Senon, 2005, p. 35), defende a eficácia de uma intervenção multidisciplinar que vise: privilegiar a informação sobre o alcoolismo de modo a que um apoio personalizado seja mais eficaz do que um tratamento prolongado e dispendioso; adequar cada tratamento a um grupo de doentes, segundo as suas características intrínsecas; e valorizar o meio social e familiar de cada utente, de modo a potenciar o aparecimento de melhoras espontâneas.

De acordo com Mello et al. (2001, p.93) nos primeiros estádios de intoxicação aguda pelo etanol, como é o caso da embriaguez ligeira e moderada, não há necessidade de intervenção terapêutica.

No caso de intoxicações mais graves deve-se ter em conta dois objectivos base: acelerar a destruição do álcool e neutralizar os efeitos depressores do mesmo, sobre o sistema nervoso central. Para isso deve privilegiar-se o repouso e a ventilação do utente, de modo a prevenir e vigiar uma depressão cardio-respiratória. Pode-se ainda efectuar uma lavagem gástrica, no caso do paciente ainda se encontrar nas primeiras fases de intoxicação, apesar de esta não ser muito proveitosa devido a rápida absorção digestiva do álcool.

Na perspectiva de Adès e Lejoyeux (1997, p.133) os métodos de tratamento podem distinguir-se: pela cura por desintoxicação e pelos tratamentos a longo prazo.

A primeira fase do processo de desintoxicação consiste num esclarecimento adequado às capacidades de compreensão do utente e respectiva família, sobre o consumo de álcool e a reversibilidade do comportamento alcoólico, tendo por base as repercussões a nível profissional,

familiar, somático e psíquico, que poderão por em causa o seu papel na comunidade. Esta abordagem deve ser conduzida sem agressividade, nem complacência, devendo o Enfermeiro ser imparcial, de modo a que o utente seja capaz de aceitar a sua intolerância individual ao álcool e consequentemente uma proposta de desintoxicação. Ao promover uma relação interpessoal de confiança, o Enfermeiro, poderá reforçar a motivação do paciente e a sua tomada de consciência da necessidade da cura.

Muitos são os alcoólicos que não estão conscientes do problema nem aceitam o tratamento, facto que pode estar justificado por esta doença provocar alterações que afectam a capacidade de discernimento do indivíduo, o que o poderá levar a padrões de comportamento auto-destrutivos. Por outro lado a pressão exercida por familiares ou empregadores, pode levar a que o alcoólico recorra a um pedido de auxílio, que não deseja, pelo facto de não estar consciente do problema que o afecta, sendo necessário um processo interventivo que o ajude a perceber e aceitar que está doente.

A desintoxicação pode efectuar-se a nível ambulatório ou hospitalar, tendo esta última mais vantagens devido à avaliação exacta de eventuais complicações somáticas e psíquicas do alcoolismo, assim como, a aplicação de tratamentos psicoterapêuticos, prevenindo e diagnosticando sinais de privação tais como o *delirium tremens* e as crises convulsivas.

O tratamento psicoterapêutico deve sempre ser acompanhado por um tratamento medicamentoso, que consiste num tratamento sedativo, hidratação e vitaminoterapia, de modo a restabelecer o equilíbrio hidro-electrolítico do indivíduo, assim como proteger a célula hepática e nervosa pela administração de glucose e das vitaminas do complexo B que irão ter um papel preponderante na oxidação do etanol. (Mello et al. 2001, p.99)

Este pode dividir-se em: terapias de apoio, como a escuta activa, que tem como objectivo estabelecer uma relação de confiança, abordar sem rodeios as dificuldades inerentes à alcoolização e permitir a desculpabilização, que proporcionará ao utente uma sensação de bem-estar e revalorização; e as terapias de grupo que consistem em reuniões de esclarecimento com conferências, utilização de material didáctico, discussões orientadas por profissionais de saúde, ou paralelas entre ex-consumidores, com o objectivo de anular a passividade dos pacientes, e suscitar reestruturação da própria identidade.

Após a cura existem outras psicoterapias com o objectivo de reinserir o indivíduo na comunidade, de modo a que este restaure a sua autoconfiança, possua estratégias de *copping* e favoreça o retorno a funções sociais, como é o caso do psicodrama, das simulações de role playing, as terapias familiares e a ergoterapia. (Adès e Lejoyeux, 1997, p.143)

Os tratamentos a longo prazo englobam todos os processos anteriores já mencionados com o objectivo do utente viver abstémico, reaprender a relacionar-se socialmente sem interferência do álcool e evitar a recaída e comportamentos de craving, sendo este comportamento "um forte impulso subjectivo para usar [uma] substância", experimentado pela maioria, senão por todos os dependentes de substância psicoactivas (DSM-IV, 2002).

Estas são algumas das intervenções que a equipa multidisciplinar de saúde terá de adoptar, para conseguir transmitir a necessidade de construção de hábitos compatíveis com a saúde pública, ao mesmo tempo que reforça uma relação interpessoal com o utente, para obter o bem estar e a qualidade de vida do indivíduo no seu meio envolvente.

II. Fase Metodológica

De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional. Um aspecto importante que o distingue de outros métodos é que ele pode ser corrigido conforme a sua progressão e recolocar em questão tudo o que ele propõe. Trata-se de um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Enquanto processo comporta certas características inegáveis, entre outras, ele é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos.

Para Burns e Grove citado por Fortin (1999, p.17), a investigação é "um processo sistemático, efectuado com o objectivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos que vão, de forma directa ou indirecta, influenciar a prática". Esta definição não requer que o estudo seja empírico, nem estritamente objectivo (o que deixa lugar aos métodos subjectivos ou interpretativos), mas rigoroso e sistemático.

De acordo com Fortin (1999), a investigação é portanto um método de aquisição de conhecimentos, mas as definições anteriormente apresentadas também encerram noções de rigor e sistematização, deixam a entender que a investigação permite criar novos conhecimentos pelo desenvolvimento da teoria ou pela sua verificação.

A mesma autora (1999, p.18), refere a este respeito que "segundo o género de investigação em que o investigador se deseja envolver assim ele adoptará a definição que melhor corresponde às suas preocupações e planificará um método apropriado para a obtenção das respostas às suas questões".

O nível dos conhecimentos, no domínio em estudo, determina a escolha do tipo de investigação. Se existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre um fenómeno, o investigador orientará o seu estudo para a descrição de um conceito ou factor, mais do que para o estudo de relações entre factores.

1. Contextualização do estudo

O presente trabalho foi elaborado na cidade de Aveiro, na freguesia de Esgueira, e a colheita de dados na Escola Secundária Jaime Magalhães Lima.

2. Metodologia

A metodologia constitui uma etapa de elevada importância pois, é nesta fase que, o investigador define todo um conjunto de processos que utilizará para responder às questões de investigação e alcançar os objectivos definidos.

A supracitada autora (1999, p.108) descreve metodologia como o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica e esta fase "operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população".

Tendo em conta os objectivos da investigação, serão expostos:

- Objectivos do estudo;
- Tipo de estudo;
- Formulação do problema;
- Identificação das variáveis;
- Instrumento de colheita de dados;
- Recolha de dados;

- Tratamento;

- Apresentação e análise de dados.

2.1 Objectivos do estudo

- Aprofundar conhecimentos na área da temática em estudo;

- Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos, tendo por base os já adquiridos na Licenciatura de Enfermagem;

- Conhecer o consumo de álcool nos adolescentes da Escola Jaime Magalhães de Lima;

- Identificar a história do consumo de álcool nos adolescentes da Escola Jaime Magalhães de Lima;

- Avaliar a existência do consumo de álcool na Escola Jaime Magalhães de Lima.

2.2 Tipo de Estudo

Tendo em conta o problema de investigação e os objectivos optou-se por se realizar um estudo exploratório e descritivo, que corresponde ao nível I, segundo a classificação de Fortin (1999,p.136) e tem por objectivo a obtenção de mais informações sobre as características de uma população.

Segundo Fortin (1999, p.162) o estudo descritivo consiste em descriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo. O estudo descritivo por inquérito, representa toda a actividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta, a fim de examinar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos.

2.3 Problema de investigação

A determinação do problema consiste em definir uma situação que gera alguma inquietação para o investigador e que necessita de uma melhor compreensão. Desta forma, o investigador inicia a sua investigação com o objectivo de fornecer conhecimentos relevantes para um melhor entendimento acerca da problemática (Fortin, 2003).

A problemática desta investigação foi traçada através da seguinte questão: "Existe consumo de álcool na população de adolescentes da Escola Jaime Magalhães de Lima?"

2.4 Definição de Variáveis

Quando um conceito é colocado em acção numa investigação toma o nome de "variável". Para Fortin (1999, p.376), uma variável é "característica de pessoas de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores".

As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação.

Neste estudo foram definidas e operacionalizadas dois tipos de variáveis: dependentes e independentes.

2.4.1 Variável dependente:

Na opinião de Fortin (1999, p.37), a variável dependente "é a que sofre o efeito esperado da variável independente, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (...) é muitas vezes chamada a variável crítica ou a variável explicada".

Assim, a variável dependente corresponde ao factor ou ao fenómeno que se pretende explicar ou descobrir e que é determinado pelas variáveis independentes.

A variável dependente do estudo é o alcoolismo na população de adolescentes da Escola Jaime Magalhães de Lima.

2.4.2 Variáveis independentes:

Fortin (1999, p.377), define variável independente como "a variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente".

No caso concreto do nosso estudo de investigação, após alguma reflexão e pesquisa, considerámos as seguintes variáveis independentes que nos parecem poder ter maior influência sobre a variável dependente: Idade, género, frequência de consumo e tipo de bebidas alcoólicas.

2.5 População e Amostra

De acordo com Bell (2002 p.26):

> " (...) as características da população total têm de ser representadas na sua amostra, de modo a permitirem-lhe dizer com uma certa segurança que a sua amostra é razoavelmente representativa."

Fortin (1999 p. 202) refere que população é: " (...) uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios [sobre o qual assenta a investigação]".

Fortin considera ainda que a população alvo "é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações"(Fortin, p.202)

No entanto, nem sempre a população alvo está acessível ao investigador, pelo que muitas vezes o estudo deve ser realizado face à população acessível, ou seja, face a uma porção limitada da população alvo.

Ao conjunto de sujeitos retirados de uma população, denominamos de amostra.

Para Gil (1995, p.92), uma amostra é "um subconjunto da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características dessa população".

Importa ainda referir a pertinência do cálculo do tamanho da amostra que deve estar relacionada com o tipo de estudo, a homogeneidade da população ou do fenómeno estudado e os testes de análises estatísticas.

A população deste estudo, são os alunos do 9º,10º, 11º e 12º anos, das áreas curriculares, existentes na Escola Secundária Jaime Magalhães Lima no distrito de Aveiro, freguesia de Esgueira. A amostra é constituída por 60 alunos, o tipo de amostragem foi a aleatória simples, tendo-se colocado o questionário a 2 turmas de cada ano e seleccionado aleatoriamente 15 questionários de cada ano lectivo.

2.6 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo é o questionário, que segundo Fortin (1999, p.249), "é um dos métodos que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos".

O questionário utilizado permite organizar, normalizar e controlar os dados, para que as informações procuradas sejam colhidas de forma rigorosa, evitando assim o desvio às questões efectuadas.

Segundo a mesma autora (1999, p.254) o questionário apresenta vantagens e desvantagens, entre as quais: o facto de ser menos dispendioso que a entrevista e exigir menor aptidão por parte de quem o põe em prática; é impessoal, apresentando-se de forma uniforme, o que facilita a comparação entre os indivíduos que se sentem à vontade e exprimem livremente as suas opiniões devido ao anonimato das respostas. Entre as desvantagens, podemos destacar a superficialidade das respostas.

O questionário utilizado foi o AAIS (Escala de Envolvimento com o álcool para Adolescentes), instrumento de auto-avaliação com respostas de escolha múltipla, que permite avaliar uma dimensão denominada por envolvimento com álcool (Mayer e Filstead cit in. Fonte e Alves, 1999). Segundo Fonte e Alves (1999), este instrumento poderá ser vantajoso no estudo de relações dos adolescentes com o uso de álcool. É formado por 14 questões, apresentadas com o propósito de avaliar diferentes respostas segundo a frequência e intensidade do consumo de álcool.

Os itens contêm várias questões como: frequência, data da última bebida alcoólica, motivos para beber, bebida habitual, data e com quem começaram a beber, horas do dia em que costumam beber, quantidade, tipos de companhia, efeitos produzidos pelo álcool, opinião do próprio e dos outros sobre si mesmos. Cada questão tem entre 4 e 6 respostas de escolha múltipla, de modo a permitir que o inquirido seleccione a que melhor corresponde à sua situação. A pontuação total é formada pelo somatório da pontuação a todas as questões (Fonte e Alves, 1999).

A pontuação total é estabelecida num contínuo, de 0 a 79, traduzindo o grau de envolvimento do adolescente com as bebidas alcoólicas. Segundo Fonte e Alves (1999), os autores tiveram por base um processo de avaliação conduzido numa população clínica, propondo uma categorização dos inquiridos em 5 grupos, de acordo com a pontuação global: abstinentes (0 pontos), bebedores irregulares (1 a 19 pontos), bebedores habituais sem problemas (20 a 41 pontos), bebedores habituais com problemas (42 a 57 pontos) e "alcoholic like" (58 a 74 pontos).

2.7 Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada na última quinzena do mês de Junho de 2006. Para que tal fosse possível a Escola responsabilizou-se pela obtenção da autorização aos pais, de modo a proceder à aplicação dos questionários.

Para prevenir alguns casos em que o questionário fosse mal preenchido ou por algum motivo tivesse de ser eliminado, foram distribuídos 120 questionários. Quando recolhidos constatou-se que alguns (12) tiveram de ser excluídos pois não estavam preenchidos na sua totalidade. Dos restantes 108, foram seleccionados por cada ano de forma aleatória 15 questionários, resultando numa amostra de 60 alunos.

2.8 Tratamento dos Dados

Após a colheita de dados têm que se proceder ao seu tratamento para obter significado e poderem ser interpretados. Quando os dados dizem respeito a valores numéricos, utiliza-se a estatística, que pode ser descritiva ou inferencial.

Neste estudo empregou-se a estatística descritiva de forma a organizar os dados e a obter uma visão geral das variáveis medidas.

Para a análise estatística deste estudo, utilizou-se o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 13.0 para Windows. Os resultados foram apresentados por meio de quadros e, quando a visualização dos dados se tornava mais precisa, recorreu-se, concomitantemente, à exibição de gráficos.

2.9 Considerações Éticas

Na elaboração de qualquer trabalho científico é essencial ter-se em atenção as considerações éticas, pois, ao realizar-se uma investigação, há certos aspectos que têm que ser considerados para proteger os direitos e liberdades dos entrevistados. Isto porque, segundo Fortin (1999, p.113), "qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais" que devem ser consideradas.

No decorrer de toda a investigação, foi sempre tida em conta a protecção dos indivíduos com base nos cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, definidos pelos códigos de ética.

Na tentativa de respeitar o Princípio da Autonomia, em que as pessoas são livres de participar e podem desistir quando quiserem, sem coacção nem medo de recriminações, teve-se o cuidado de as informar desse direito e obter a permissão dos encarregados de educação uma vez que a maior parte dos inquiridos era menor.

Outros direitos que assistem aos investigados e que foram assegurados são a confidencialidade e o anonimato, que salvaguarda que a identidade dos indivíduos não pode ser associada às suas respostas.

Não se sobrepôs o interesse do investigador aos interesses dos investigados e não existem riscos associados à participação dos mesmos neste estudo.

A nível ético todos estes princípios foram respeitados de forma a tornar este estudo válido.

3. Apresentação e discussão dos resultados

3.1 Caracterização da amostra

Antes de proceder à apresentação dos dados recolhidos através da aplicação do questionário e da escala de envolvimento com o álcool para adolescentes, torna-se relevante expor que todos os questionários seleccionados foram considerados válidos, uma vez que os inquiridos responderam adequadamente a todas as questões.

Quadro 1 – Número de Inquiridos

	N
Válidos	60
Não responderam	0

A amostra é constituída por 60 alunos, com uma média de idades igual a 16,53, localizando entre os 16 e os 17 anos a média de idades da amostra e uma amplitude de 4 anos. A variável idade tem como limite mínimo 15 anos e máximo 19.

Quadro 2 – Idade dos Inquiridos

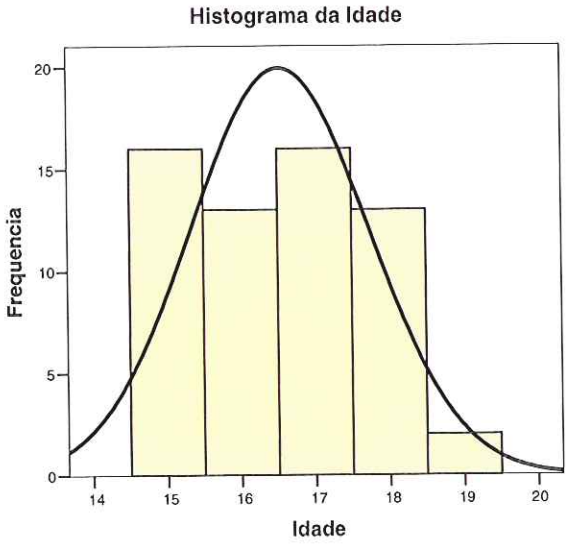
Média	16,53
Desvio Padrão	1,200
Mínimo	15
Máximo	19

Quadro 3 – Percentagem da variável idade

Idades	Frequência Absoluta	Percentagem
15	16	26,7
16	13	21,7
17	16	26,7
18	13	21,7
19	2	3,3
Total	60	100,0

Dos entrevistados, 16 (26,7%) tinham 15 anos; 13 (21,7%) tinham 16 anos; 16 entrevistados (26,7%) tinham 17 anos; 13 (21,7%) tinham 18 anos e apenas 2 entrevistados (3,3%) tinham 19 anos.

Gráfico 1 – Histograma de idades

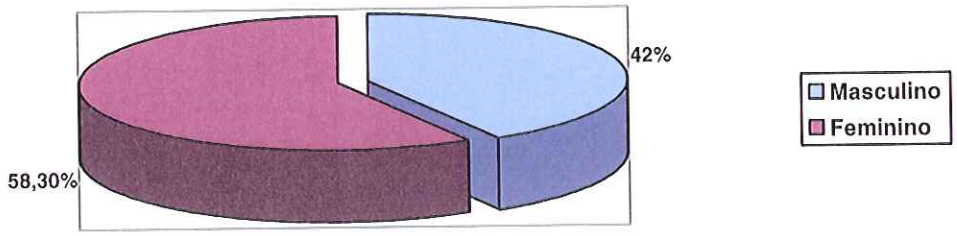


Quadro 4 – Género dos Inquiridos

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	25	41,7
Feminino	35	58,3
Total	60	100,0

No que concerne ao género 25 (41,7%) dos 60 inquiridos, são indivíduos do sexo masculino e 35 (58,3%) são do sexo feminino.

Gráfico 2 – Distribuição de percentagem por sexo



3.2 Apresentação dos resultados

Quadro 5 - Frequência do consumo de bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem
Nunca	1	1,7
1 ou 2 vezes por ano	14	23,3
1 ou 2 vezes por mês	27	45,0
Todos os fins-de-semana	16	26,7
Várias vezes por semana	2	3,3
Total	60	100,0

A primeira variável apresentada no questionário pretende conhecer a frequência com que os inquiridos costumam consumir bebidas alcoólicas. De uma forma geral, verifica-se que de 60 inquiridos, apenas 1 (1,7%) respondeu que nunca ingere bebidas alcoólicas; 14 (23,3%) responderam que bebem 1 ou 2 vezes por ano; 27 (45%) responderam que bebem álcool 1 ou 2 vezes por mês; 16 (26,7%) responderam que bebem todos os fins-de-semana; e 2 (3,3%) inquiridos responderam que bebem várias vezes por semana.

Quadro 6 – ultimo consumo de bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem
Nunca bebi	1	1,7
Há mais de um ano	4	6,7
Entre 6 meses e um ano	6	10,0
Há várias semanas atrás	21	35,0
A semana passada	24	40,0
Ontem	4	6,7
Total	60	100,0

Dos 60 inquiridos, apenas 1 (1,7%) respondeu que nunca ingeriu bebidas alcoólicas; 4 (6,7%) responderam a última vez que beberam foi há mais de 1 ano; 6 (10%) dos inquiridos responderam que beberam pela última vez entre 6 meses a 1 ano; 21 (35%) responderam que o seu "último copo" foi há várias semanas atrás; 24 (40%) responderam que ingeriram álcool na semana passada e 1 (6,7%) inquirido respondeu que o seu "último copo" foi no dia anterior ao inquérito.

Quadro 7 – Motivo do consumo de bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem
Porque gosto do paladar	37	61,7
Para acompanhar os amigos	17	28,3
Para sentir-me como os adultos	2	3,3
Porque me sinto nervoso, tenso, aborrecido ou com problemas	3	5,0
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Em relação à questão "motivo do consumo de bebidas alcoólicas" 37 (61,7%) dos 60 inquiridos respondeu que começa a beber, habitualmente, porque gosta do paladar; 17 (28,3%) respondeu que é para acompanhar os amigos; 2 (3,3%) dos inquiridos respondeu que começa a beber para se sentir como os adultos; 3 (5%) respondeu que é porque se sente nervoso, tenso ou com problemas e 1 (1,7%) dos inquiridos não respondeu a esta pergunta.

Quadro 8 – Tipo de Bebidas alcoólicas consumidas

	Frequência	Percentagem
Vinho	1	1,7
Cerveja	18	30,0
Cocktails de bebidas alcoólicas	34	56,7
Bagaço, brandy, whisky ou licores	6	10,0
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

No que diz respeito ao "tipo de bebidas consumidas" apenas 1 (1,7%) respondeu que bebe vinho; 18 (30%) responderam que bebem cerveja; 34 (56,7%) inquiridos responderam que bebem cocktails de bebidas alcoólicas; 6 (10%) preferem beber bagaço, brandy, whisky ou licores e 1 (1,7%) dos inquiridos não respondeu a esta pergunta.

Quadro 9 – Primeira experiência de consumo

	Frequência	Percentagem
Na presença dos pais ou parentes	17	28,3
Com os irmãos ou irmãs	2	3,3
Com os amigos	36	60,0
Comprada por mim	4	6,7
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Dos 60 inquiridos, 17 (28,3%) responderam que começaram a ingerir bebidas alcoólicas na presença dos pais ou parentes; 2 (3,3%) começaram a beber com irmãos ou irmãs; 36 (60%) dos inquiridos começaram a beber junto dos amigos; 4 (6,7%) responderam que a sua primeira bebida alcoólica foi comprada por eles; e 1 (1,7%) dos inquiridos não respondeu a esta pergunta.

Quadro 10- Idade da primeira experiência de consumo

	Frequência	Percentagem
Nunca	1	1,7
Recentemente	1	1,7
Depois dos 15 anos	17	28,3
Entre os 14 e os 15 anos	25	41,7
Entre os 10 e os 13 anos	11	18,3
Antes dos 10 anos	5	8,3
Total	60	100,0

Apenas 1 inquirido (1,7%) respondeu que nunca ingeriu bebidas alcoólicas e que a primeira vez que bebeu foi recentemente; 17 (28,3%) dos inquiridos responderam que beberam pela primeira vez depois dos 15 anos; 25 (41,7%) ingeriram bebidas alcoólicas pela primeira vez entre os 14 e os 15 anos; 11 (18,3%) entre os 10 e os 13 anos; e 5 (8,3%) beberam pela primeira vez antes dos 10 anos.

Quadro 11 - A que horas do dia costuma beber

	Frequência	Percentagem
Com as refeições	2	3,3
À noite	54	90,0
De tarde	1	1,7
Normalmente de manhã ou com o pequeno-almoço	1	1,7
Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo	1	1,7
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

No que diz respeito a questão apresentada "A que horas do dia costuma beber", 54 dos 60 inquiridos (90%) responderam que costumam beber à noite; 2 (3,3%) responderam que costumam beber álcool às refeições; 1 inquirido (1,7%) respondeu que costuma beber de tarde; 1 (1,7%)

respondeu muitas vezes durante a noite levanta-se para beber álcool; e 1 inquirido (1,7%) não respondeu.

Quadro 12 – Razão de ter bebido pela primeira vez

	Frequência	Percentagem
Por curiosidade	32	53,3
Porque me foi oferecido pelos pais ou família	12	20,0
Entusiasmado pelos amigos	10	16,7
Para me sentir mais "maduro"	1	1,7
Para me embebedar ou para entrar "numa boa"	4	6,7
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Dos 60 inquiridos, 32 (53,3%) responderam, da primeira vez que ingeriram bebidas alcoólicas foi por curiosidade; 12 (20%) responderam que a primeira vez foi porque lhes foi oferecido pelos pais ou família; 10 (16,7%) beberam álcool pela primeira vez entusiasmados pelos amigos; 4 inquiridos (6,7%) beberam pela primeira vez para se embebedar ou para entrar "numa boa"; e 1 inquirido (1,7%) não respondeu.

Quadro 13 - Quando bebe e quanto bebe

	Frequência	Percentagem
1 copo ou menos	12	20,0
2 copos	22	36,7
3 a 6 copos	17	28,3
Até ficar alegre ou bêbedo	8	13,3
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Dos 60 inquiridos, 12 (20%) responderam que bebem 1 copo ou menos; 22 (36,7%) responderam que bebem 2 copos; 17 inquiridos (28,3%) responderam que bebem entre 3 a 6 copos; 8 (13,3%) responderam que bebem até ficar alegres ou bêbedos; e 1 inquirido (1,7%) não respondeu.

Quadro 14 – Com quem costuma beber

	Frequência	Percentagem
Só com os meus pais ou família	3	5,0
Só com os meus irmãos ou irmãs	1	1,7
Com os amigos da minha idade	29	48,3
Com amigos ou companhias mais velhas	24	40,0
Bebo sozinho	1	1,7
Não respondeu	2	3,3
Total	60	100,0

De acordo com os dados apresentado, dos 60 inquiridos, 3 (5%) costumam beber só com os pais ou família; 1 inquirido (1,7%) costuma beber só com irmãos ou irmãs; 29 (48,3%) inquiridos costumam beber com os amigos da sua idade; 24 (40%) inquiridos costumam beber com amigos ou companhias mais velhas; 1 inquirido (1,7%) costuma beber sozinho e 2 inquiridos (3,3%) não responderam.

Quadro 15 - Qual o efeito mais importante causado pela bebida

	Frequência	Percentagem
Descontrair-me	16	26,7
Ficar moderadamente alegre	34	56,7
Ficar bêbedo	6	10,0
Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte	3	5,0
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Dos 60 inquiridos, 16 (26,7%) consideram que descontrair-se foi o efeito mais importante que já tiveram com a bebida; 34 (56,7%) responderam ficar moderadamente alegre; 6 (10%) responderam ficar bêbedo; 3 (5%) responderam que o efeito mais importante que já tiveram com a bebida foi beber muito e não se recordarem de nada no dia seguinte; e 1 (1,7%) inquirido não respondeu.

Quadro 16 - Maior consequência causada pela bebida na sua vida

	Frequência	Percentagem
Nenhum – Não senti qualquer efeito	37	61,7
Interferiu com o que dizia	15	25,0
Não me deixou passar um bom bocado	5	8,3
Interferiu com o meu trabalho escolar	1	1,7
Não respondeu	2	3,3
Total	60	100,0

Como podemos verificar, dos 60 inquiridos, 37 (61,7%) responderam que nunca sentiu qualquer consequência provocada pela ingestão de álcool; 15 (25%) responderam que beber interferiu com o que dizia; 5 (8,3%) inquiridos responderam que não os deixou passar um bom bocado; apenas 1 (1,7%) respondeu que interferiu com o seu trabalho escolar; 2 (3,3%) inquiridos não responderam.

Quadro 17 – Sentimento em relação à bebida

	Frequência	Percentagem
Sem problemas	27	45,0
Posso controlar-me e impor limites a mim próprio	31	51,7
Preciso que me ajudem para poder controlar-me	1	1,7
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Dos 60 inquiridos, 27 não sentem qualquer problema em relação ao que bebem; 31 (51,7%) sentem que se podem controlar e podem impor-se limites; apenas 1 (1,7%) inquirido sente que precisa de ajuda para se poder controlar e 1 (1,7%) inquirido não respondeu.

Quadro 18 – Qual a opinião dos outros sobre o seu consumo de bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem
Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade	56	93,3
Acham que quando bebo negligencio a família ou os amigos	1	1,7
A família e/ou amigos já disseram para me controlar/cortar	2	3,3
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Quando questionados sobre a opinião dos outros, dos 60 inquiridos, 56 (93,3%) responderam que não sabem como os outros o acham ou que o acham um bebedor normal para a sua idade; 2 (3,3%) responderam que a família e/ou amigos já lhes disseram para controlar ou cortar no álcool; 1 (1,7%) respondeu que acham que negligência a família ou os amigos por ingerir bebidas alcoólicas; e 1 (1,7%) inquirido não respondeu.

Quadro 19 – Resultado da aplicação da escala de envolvimento com o álcool para adolescentes.

	Frequência	Percentagem
Abstinentes – 0 pontos	0	0
Bebedores irregulares – 1 a 19 pontos	1	1,7
Bebedores regulares sem problemas – 20 a 41 pontos	52	86,6
Bebedores regulares com problemas – 42 a 57 pontos	7	11,7
"alcoholic like" – 58 a 74 pontos	0	0
Total	60	100,0

De acordo com a aplicação da escala de envolvimento com o álcool para adolescentes, dos 60 inquiridos 86,6% da amostra são bebedores regulares sem problemas, 11,7% são bebedores regulares com problemas e apenas um indivíduo é bebedor irregular.

3.3 Discussão de resultados

O presente estudo não teve como objectivo a caracterização clínica de uma população relativamente ao problema do alcoolismo, ressaltando que a amostra estudada certamente motivará certas limitações na generalização dos resultados, cujas conclusões obtidas só terão cabimento no contexto deste estudo. De qualquer modo, o estudo efectuado concorre com os dados da literatura que apontam para taxas relevantes do consumo de álcool, em jovens.

Tal como foi referido anteriormente a amostra foi constituída por 60 inquiridos em que 25 são do sexo masculino e 35 do sexo feminino todos eles residentes na cidade de Aveiro, com idades compreendidas entre os 15 e os 19.

Em comparação com os adultos os adolescentes têm uma história curta de consumo de álcool, e nem sempre experimentam efeitos negativos do mesmo, podendo este facto potenciar a uma atitude de descoberta que aliada a um consumo crescente, poderá levar a consumos de risco em relação ao álcool.

No estudo efectuado, 60% dos inquiridos iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 10 e os 15 anos, o que confirma os postulados da literatura quanto ao início precoce de consumo, conforme descreve Mello et al. (2001, p.35) "o inicio dos hábitos de consumo é precoce; mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, e mais de 70% acima dos 16 anos, consomem regularmente bebidas alcoólicas".

Os significados dos comportamentos dos alcoólicos jovens são múltiplos e devem ser interpretados em função do contexto psicológico e social, sendo por vezes só descobertos aquando de acidentes ou comportamentos delinquentes.

Actualmente, o álcool está integrado na cultura contemporânea, e muitas vezes " este tipo de consumo, [é] suscitado pela influência do grupo [de modo a que o jovem se integre no "mundo dos adultos" e no seu grupo de pares, podendo] (...) cessar completamente na idade adulta e transformar-se num consumo social sem risco, ou manter-se e conduzir à dependência alcoólica."

O presente estudo confirma esta ideologia de Adès e Lejoyeux (1997, p.79), uma vez que é quando incentivado pelo grupo de pares que 60% da população inquirida inicia o seu consumo e 28,3% inicia o consumo com os seus familiares, talvez por serem estes os membros modelo e significativos para o adolescente.

Quando interrogados sobre "Com quem costuma beber?", 88,3% da população afirma beber na companhia de amigos da mesma idade ou com companhias mais velhas. "O comportamento relativo ao consumo de álcool, que tem frequentemente origem no seio da família é reforçado por influência dos pares." (Antunes, 1998, p.34)

Zuckerman (cit in Adès e Lejoyeux, 1997, p.34) defende que "a procura de sensações pode, pois, constituir um dos factores propiciadores essenciais das primeiras alcoolizações, sobretudo em sujeitos mais jovens".

Quando abordados sobre a razão do primeiro consumo, 32 inquiridos referiram ter sido "por curiosidade" e 12 deles por ter sido "oferecido pelos pais ou família".

Nem sempre a ingestão de álcool, está relacionada com a desinibição ou a procura de sensações novas, mas também como forma de ultrapassar sentimentos de frustração, impulsividade, nervosismo e situações problemáticas, podendo muitas vezes levar os jovens à procura de experiências tóxicas e da sua repetição.

Habitualmente 61,7% dos inquiridos começa a beber porque gosta do paladar e 28,3% para acompanhar os amigos, mas na amostra existem 3 indivíduos que afirmam beber porque se sentem nervosos, tensos, aborrecidos ou com problemas e dois para se sentirem como os adultos, podendo ser esta estratégia resposta a um sentimento de inferioridade perante os adultos.

Em relação a frequência de consumo verificou-se que 45% da amostra, afirma beber "1 ou 2 vezes por mês" e que 26,7% da mesma amostra afirma que bebe "todos os fins-de-semana", o que é excessivo para estas faixas etárias. Constata-se ainda que estes consumos são recentes, pois 40% dos inquiridos refere que o último consumo foi na semana anterior ao preenchimento do inquérito, mostrando que estes hábitos estão não só presentes como também são frequentes.

O primeiro consumo normalmente acontece em casa dos pais com ou sem consentimento destes, e repete-se muitas vezes em grupo durante os fins-de-semana. Nesta amostra em particular ocorre maioritariamente à noite (90%), sendo mais habitual " (...) em bares e discotecas, seguindo-se a casa de amigos e cafés." (Borges e Correia, 2001, p.289).

Apesar de ser uma minoria, acha-se pertinente referir que um inquirido respondeu que muitas vezes se levanta durante a noite para beber um copo, sendo isto sinal de habituação e de dependência, atitude problemática que necessitará de intervenção.

No nosso país, beber é um acto social importante, quase sempre associado à ideia de comemoração ou convívio. Segundo Shanks (*cit in* Antunes, 1998, p.32) "Beber não é apenas um prazer ou ocasião para conviver, é ascender a um estado adulto imediatamente reconhecível".

À medida que as consequências emocionais e sociais vão aumentando terá que aumentar progressivamente a quantidade consumida, para a obtenção das mesmas sensações.

No nosso estudo, 36, 7 % da amostra refere beber 2 copos, e 28,3% refere beber 3 a 6 copos, sendo pertinente ainda referir que 8 indivíduos refere beber até ficar alegre ou bêbedo, caso injustificável nesta faixa etária, uma vez que aos 16 anos, o " (...) sistema enzimático não está ainda totalmente formado e o seu fígado tem mais dificuldade em eliminar o álcool, que se difunde rapidamente por todo o organismo" (Antunes, 1998, p.36).

As tendências dos padrões de consumo em Portugal, referem que a cerveja aumentou a popularidade, continuando a ser a favorita entre os jovens seguindo-se o consumo das bebidas espirituosas (Borges e Filho, 2004, p.169), o que não se verifica no nosso estudo em que 56,7% da amostra prefere cocktails de bebidas alcoólicas e só 30% prefere cerveja, podendo estar relacionado com o facto de existir um número maior de elementos do sexo feminino, normalmente mais atraídos por este tipo de bebidas.

Mas vários estudos como o do ESPAD em Portugal, afirmam que numa amostra de 18 mil alunos em mais 600 escolas do país, há prevalência do consumo de bebidas destiladas sobre as outras. (Primeiro de Janeiro, 2006, p.16).

"A grande vulnerabilidade do adolescente, em vez de retracção do comportamento e do evitar riscos, lança-o na busca de riscos e emoções novas" (Antunes, 1998, p.31). O álcool está associado a maioria das causas de morte na adolescência. Os traumatismos, os suicídios e os acidentes rodoviários são responsáveis por um grande número de óbitos e o álcool está quase sempre presente.

Quando inquiridos sobre o efeito mais importante que obtiveram com a bebida 56,7 % da amostra refere ter ficado moderadamente alegre e 26,7 % refere ter ficado descontraído. É de salientar que 5% dos indivíduos refere ter bebido muito e não se lembrar de nada no dia seguinte, o que denota que entrou na clinicamente chamada fase comatosa, onde sucedem a amnésia lacunar, em que o utente se esquece de todo o período da intoxicação. Este facto aponta ainda que o consumo destes adolescentes, passa a fase de excitação psicomotora, para uma fase com alcoolemias superiores a 2g denominada fase comatosa.

Estes indivíduos quando sondados sobre as consequências sentidas com o consumo, afirmam não ter tido nenhuma consequência (61,7% da amostra) ou que a bebida interferiu com o que dizia (25%).

O não reconhecimento desta problemática e a inconsciência dos factores de risco, mais uma vez, se pode comprovar, pelos resultados da amostra, em que 45% dos inquiridos diz nunca ter sentido problemas e 51,7% afirmam-se capazes de se controlar e impor limites a si próprios.

Igualmente preocupante é o facto de 93,3% da amostra referir que as pessoas que os rodeiam os consideram bebedores normais para a idade que possuem, quando deveria ser posto em causa o simples facto de beberem nesta faixa etária. Mostra-se assim, mais uma vez que o álcool é uma droga socialmente aceite, e que se espera que o jovem desempenhe este papel para adquirir um novo estatuto na sociedade em que vive.

De acordo com o padrão da escala de envolvimento com o álcool para o adolescente, 52 dos inquiridos demonstram ser bebedores regulares sem problemas, enquanto 7 indivíduos são caracterizados como bebedores regulares com problemas e apenas um individuo é denominado com bebedor irregular, o que denota um índice de consumo de álcool elevado na amostra estudada.

Segundo Mello (*cit in* Antunes, 1998, p.37) "não é possível agir contra atitudes culturais com leis ou regulamentos impostos, a alteração de atitudes e comportamentos passa forçosamente por um processo educativo longo e contínuo", que deverá envolver processos de prevenção com vista ao envolvimento do jovem, para que este se consciencialize dos perigos desta droga e possa adoptar novos procedimentos e atitudes.

Para que este processo se desencadeie, é necessário que a bebida seja desmistificada desde cedo, ensinando os indivíduos a beber moderadamente, a saber beber, quando beber e onde beber, sendo para isso prioritário informar: os pais, consciencializando-os para a importância da sua actuação enquanto modelos de identificação; o grupo de pares, alertando para o perigo que o álcool representa nos resultados escolares e na segurança a curto e médio prazo do adolescente; a comunidade em geral por ser um dos mais importantes modeladores do jovem através dos media e da escola, sendo necessário formar professores por serem estes, quem lida diariamente com esta faixa etária, de forma a "mudar o comportar-se, mudar o pensar e mudar o sentir" em relação a problemática do álcool.

4. Conclusão

Este trabalho foi elaborado com a finalidade de servir de instrumento de avaliação no processo de formação do aluno e com o objectivo de se aprofundarem conhecimentos na área da investigação científica e aplicá-los na prática.

No final deste estudo podem extrair-se algumas conclusões pertinentes acerca do consumo de álcool por parte da população estudada.

O consumo de álcool tem início maioritariamente no círculo social em que os inquiridos se movem, e em segundo lugar no meio familiar.

A prevenção tem que ser iniciada nas escolas logo no ensino básico, para que sejam minimizados os riscos e potenciadas as atitudes propícias a um estilo de vida saudável, sendo o papel da Enfermagem primordial para a diminuição de consumo de álcool no meio dos jovens.

A bebida de eleição desta amostra é a destilada, seguida da cerveja e 65% dos inquiridos afirma beber entre 2 a 6 copos de álcool.

Algumas das medidas para diminuir o consumo das bebidas seria: extinguir os anúncios publicitários de bebidas alcoólicas que patrocinam os eventos para os jovens, como é exemplo dos festivais de verão; aumentar o preço das bebidas alcoólicas à semelhança do que acontece noutro países da União Europeia e ainda por em prática o estipulado na legislação de venda de álcool a menores, incutindo nos vendedores o espírito de fiscalização através do bilhete de identidade da idade legal (16 anos) para consumo de bebidas alcoólicas.

O facto do álcool ser facilmente obtido, o seu consumo ser legal e socialmente aceite, faz com que seja considerado pelos adolescentes e pais como menos perigoso que as outras drogas, levando consequentemente a desvalorização do seu consumo.

A OMS na sua estratégia para a satisfação do objectivo "Saúde para todos no ano 2015" refere na META 12 "Diminuir o consumo de álcool a 6 litros per capita por ano para a população de 15 ou mais anos, e reduzir o consumo de álcool na população de 15 ou menos anos até ao limiar de 0%".

A motivação e a envolvência do jovem, da família e da escola é urgente e conduzirá a tomada de consciência de todos dos perigos e consequências da alcoolização. De modo a conseguir diminuir o consumo de álcool, é necessário que a comunidade, inclusivé os adolescentes se consciencialize do problema como seu. A existência de alguém qualificado, como o profissional de enfermagem, que se encontra num papel privilegiado por estar disponível e atento aos problemas da sociedade em geral, que forme e esclareça, pais e professores de modo a que estes estejam preparados para identificar sinais precoces de crise, e actuar no sentido de encaminhar os adolescentes para profissionais de saúde indicados para que não haja uma potenciação de problemas que atinjam níveis drásticos.

Pois tal como Emídio Cunha refere "ser enfermeiro é uma missão, um estado de alma e só no fim uma profissão".

Na continuidade deste estudo propõe-se ao Conselho Executivo da Escola Secundária Jaime Magalhães Lima, uma pesquisa que vise a organização de estratégias de profilaxia do alcoolismo e de educação para a saúde, com o objectivo de minimizar o consumo de álcool e assim promover a qualidade de vida e bem estar do indivíduo e da comunidade. Assim como, a execução de um estudo correlacional, de modo a identificar relações entre os factores que podem potenciar o consumo de álcool nos adolescentes.

5. Bibliografia

100% cool [Em linha]. Disponível em <http://www.100porcentocool.pt/>. [Consultado em 22/09/2006].

Adés. J. e Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento.* Lisboa, Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2002) *DSM IV TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.* Lisboa, Climepsi Editores. pp. 192-223

Antunes, M.(1998) *Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas* Revista Referência nº1 - Setembro, Lisboa;

Aragão, M. e Sacadura, R. (2002) *Guia Geral das Drogas*, 1º ed. Lisboa, Terramar Editores.

Bell, J.(2002) *Como realizar um projecto de investigação*, colecção trajectos, 2º ed., Lisboa, Gradiva.

Borges, C. e Filho, H.(2004) *Alcoolismo e toxicodependência: usos, abusos e dependências*, Lisboa, Climepsi Editoras.

Borges, S. e Correia Z. (2001) *Álcool e adolescência* Revista Nascer e Crescer nº 10 (4);

Boyd, M., Phillips, K.e Dorsey, C. (2003) *Alcohol and other drug disorders comorbidity and violence: comparison of rural African American and Caucasian women*, Archives of Psychiatric Nursing vol XVII nº 6. pp. 249-258

Breda, J. (1996). *Bebidas alcoólicas e jovens: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes.* Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia. Nº 3/vol.VI/Outubro-Março, pp. 37-119

Carvey, P. (1998) *Drug action in the central nervous system*, Cap.XII pp.317-349, New York, Oxford University Press.

Debesse, M.(1976) *A Adolescência*, 4ª ed, São Paulo, Europa América;

Decreto-lei nº 9/2002. [Em linha] Disponível em < http://www.idt.pt/media/legislacao/dl_9_2002.pdf > [Consultado em 22/09/2006].

Fonseca, H. (2005) *Compreender os Adolescentes: Um desafio para pais e educadores*, 3ª ed., Lisboa, Editorial Presença;

Fonte, A. e Alves, A. (1999*). Uso da Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS) – Avaliação das Características Psicométricas.* Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia , Volume III/Nº4/Outubro, pp.17-24.

Fortin, M. F.(1999). *O processo de investigação: da concepção à realidade.* Lisboa, Lusociência;

Gil, A. C.(1995) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, São Paulo, Editora Atlas;

Hall, A. et. al. (2004) *Grande maratona de estatística no SPSS*, Departamento de matemática, Universidade de Aveiro.

Machado J., (1997) *Dicionário Etimológico da língua Portuguesa*, 3º edição, Lisboa, Livros Horizonte.

Mello, M. et al. (2001) *Álcool E Problemas Ligados Ao Álcool Em Portugal.* Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://www.OMS,.pt>. [Consultado em 19/08/2006].

Organização Mundial de Saúde (1999) *Classificação estatística Internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde* – 10º edição, volume 2 – manual de instrução. Lisboa, Edusp.

Papalia, E. e Olds S. (1998) *Desenvolvimento Humano*,7ª ed, São Paulo, Artmed;

Polit, D. e Hungler, B.(1995) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas

Phipps, Sandes, Marek (2003) *Enfermagem Médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica*, volume 1, Loures, Lusociência.

Primeiro de Janeiro (2006) *Adolescentes consomem álcool*, Porto. pp. 16

Quivy, R. E. Campenhoudt, L.(1992) *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa Gradiva.

Schuckit, M. (1998) *Abuso de Álcool e Drogas.* Lisboa, Climepsi Editores

Richard, D. e Senon, J. (2005) *Dicionário das Drogas das toxicomanias e das dependências*, Lisboa, Didáctica editora.

Rosa, A. *et all* (2002) *Toxicodepêndencia: arte de cuidar*, Coimbra, Sinais vitais – Edições formasau;

World Drink Trends 2005 [Em linha]. Disponível em <http://www.inalco.pt/Epidemiologia.doc>. [Consultado em 22/09/2006].

Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes -AAIS (Fonte, A. e Alves, A)

Idade .....

Sexo .....

Ano Escolar .....

1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?
a) - Nunca.
b) - 1 ou 2 vezes por ano.
c) - 1 ou 2 vezes por mês.
d) - Todos os fins de semana.
e) - Várias vezes por semana.
f) - Todos os dias.

2 - Quando tomou o seu último "copo"?
a) - Nunca bebi.
b) - Há mais de um ano.
c) - Entre 6 meses e um ano.
d) - Há várias semanas atrás.
e) - A semana passada.
f) - Ontem.
g) - Hoje.

3 - Habitualmente começo a beber:
a) - Porque gosto do paladar.
b) - Para acompanhar os amigos.
c) - Para sentir-me como os adultos.
d) - Porque me sinto nervoso, tenso, cheio de aborrecimento ou com problemas.
e) - Porque me sinto triste, só, com pena de mim próprio.

4 - O que é que bebe?
a) - Vinho.
b) - Cerveja.
c) - Cocktails de bebidas alcoólicas.
d) - Bagaço, brandy, whisky ou licores.

5 - Como começou a beber?
a) - Na presença dos pais ou parentes.
b) - Com os irmãos ou irmãs.
c) - Em casa sem os pais saberem.
d) - Com os amigos.
e) - Comprada por mim.

6 - Quando bebeu pela primeira vez?
a) - Nunca.
b) - Recentemente.
c) - Depois dos 15 anos.
d) - Entre os 14 e os 15 anos.
e) - Entre os 10 e os 13 anos.
f) - Antes dos 10 anos.

7 - A que horas do dia costuma beber?
a) - Com as refeições.
b) - À noite.
c) - De tarde
d) - Normalmente de manhã ou com o pequeno almoço.
e) - Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo.

8 - Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?
a) - Por curiosidade.
b) - Porque me foi oferecido pelos pais ou família.
c) - Entusiasmado pelos amigos.
d) - Para me sentir mais "maduro".
e) - Para me embebedar ou para entrar "numa boa".

9 - Quando bebe, quanto bebe?
a) - 1 copo ou menos.
b) - 2 copos.
c) - 3 a 6 copos.
d) - 6 ou mais copos.
e) - até ficar alegre ou bêbado.

10 - Com quem costumas beber?
a) - Só com os meus pais ou família.
b) - Só com os meus irmãos ou irmãs.
c) - Com os amigos da minha idade.
d) - Com amigos ou companhias mais velhas.
e) - Bebo sozinho.

11 - Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?
a) - Descontrair-me.
b) - Ficar moderadamente alegre.
c) - Ficar bêbado.
d) - Ficar doente.
e) - Desmaiar, perder os sentidos.
f) - Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte.

12 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?
a) - Nenhum - não senti qualquer efeito.
b) - Interferiu com o que dizia.
c) - Não me deixou passar um bom bocado.
d) - Interferiu com o meu trabalho escolar.
e) - Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas.
f) - Provocou-me problemas em casa.
g) - Meti-me à pancada ou destruí coisas.
d) - Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia ou fui castigado na escola.

13 - Como se sente em relação ao que bebe?
a) - Sem problemas.
b) - Posso controlar-me e impôr limites a mim próprio.
c) - Acho que posso controlar-me, mas os amigos influenciam-me com facilidade.
d) - Tenho-me sentido mal comigo por beber.
e) - Preciso que me ajudem para poder controlar-me.
f) - Já tive de pedir ajuda ou que me tratassem por causa do que bebo.

14 - Como o acham os outros?
a) - Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade.
b) - Acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou os amigos.
c) - A família e/ou os amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool.
d) - A família e/ou os amigos já me aconselharam a procurar ajuda por causa do que bebo.
e) - A família e/ou os amigos já alguma(s) vez(es) pediram ajuda para mim por causa da bebida.

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Escola Sec... ...eira
E...
N.º 863 ... 02/06/06
Cl.as 4.4 ...

Exmo. Senhor
Presidente do Concelho Executivo
Escola Secundária Dr. Jaime Magalhães Lima
Rua Padre José Maria Taborda
3804 – 506 Esgueira Aveiro

Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados

Porto, 25 de Maio de 2006

Exmo. Senhor,

Para a obtenção do grau de licenciado os alunos da Universidade Fernando Pessoa terão que realizar e defender um trabalho monográfico. É, neste sentido, que solicitamos a V. Ex.cia autorização para que a nossa aluna **Sofia Miguel Caetano de Almeida**, finalista da Licenciatura em Enfermagem, com o tema de monografia: ***"O Alcoolismo e a adolescência"*** proceda a uma recolha de dados na Instituição que V/ Ex.cia superiormente dirige.

Caso V. Ex.cia não veja inconveniente, sugerimos que o estudo seja realizado de **05 de Junho a 08 de Junho de 2006.**

Sem outro assunto de momento, e aguardando uma resposta favorável a este nosso pedido, subscrevemo-nos com elevada consideração,

O Director Administrativo
FCS-UFP

(Dr. Miguel Rombert Trigo)