

Bebidas Alcoólicas

Padrões de consumo de Álcool dos Professores numa Escola Secundária de Espinho

Cátia Vanessa Soares Parreira

Padrões de Consumo de Álcool dos Professores  
numa Escola Secundária de Espinho

Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

## Bebidas Alcoólicas

Padrões de consumo de Álcool dos Professores numa Escola Secundária de Espinho

Bebidas Alcoólicas

Padrões de consumo de Álcool dos Professores numa Escola Secundária de Espinho

Cátia Vanessa Soares Parreira

Padrões de Consumo de Álcool dos Professores  
numa Escola Secundária de Espinho

Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

Cátia Vanessa Soares Parreira

Padrões de Consumo de Álcool dos Professores  
numa Escola Secundária de Espinho

Assinatura do Aluno

---

“Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de  
licenciatura em Enfermagem.”

## **Sumário**

O álcool é uma droga que é considerada um problema social grave. O seu consumo verifica-se essencialmente entre os jovens e os adultos, sendo uma droga tolerada socialmente.

Ultimamente têm-se realizado estudos em estudantes do ensino secundário, universitários e em determinadas comunidades e profissões. No entanto, não foi encontrado qualquer artigo relacionado com estudos realizados ao nível da classe docente.

A escola é um local onde crianças e jovens passam a maior parte do seu tempo por isso, é um local muito importante para a informação e prevenção do alcoolismo bem como de outros tipos de drogas. O docente, como formador de jovens e crianças desde tenra idade deve, de acordo com o nível etários dos seus alunos, promover competências que lhes permitam evitar o consumo de álcool. As atitudes e postura dos professores constituem muitas vezes um ponto de referência para os alunos que, muitas vezes, os procuram imitar.

Com o objectivo de “alertar” para a importância da realização de estudos nesta classe de profissionais, foi desenvolvido um estudo subordinado ao tema “Bebidas Alcoólicas – Padrões de consumo de Álcool dos Professores”. Este estudo foi realizado numa Escola Secundária em Espinho, sendo um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. A amostra é constituída por 65 professores da referida Escola.

Para a recolha de informação, foi elaborado um questionário com duas partes, a primeira parte destina-se à obtenção de dados sócio-demográficos e a segunda parte, à recolha de dados relativos ao consumo de álcool através do instrumento de recolha de dados, a escala AUDIT.

Palavras chave: álcool, alcoolismo, professores

## **Abstract**

The alcohol is a drug considered by many as serious social problem. It is consumed essentially by teenagers and adults, and it's socially tolerated.

Lately, there were been made several studies with secondary students and university students and also with several communities and several jobs. But, meanwhile, it wasn't found any article related with those studies made specifically with teachers.

School is a place where children and youngsters spend most of their time, so it's the best place to alert, inform and prevent alcoholism as well as other types of drugs.

Teachers, as children and youngsters educators' should, according to the children age, promote and develop skills in order to avoid alcohol addiction. Teachers' attitudes and behaviour are, most of the time, a reference to students' that many times try to imitate their teachers and assume their attitudes as socially accepted.

With the main goal of "alerting" to the importance of the realization of inquires among these professionals, it was developed a study under the theme "Alcoholic drinks – levels of consume among teachers". This study was realized in an Espinho Secondary School, being a quantitative descriptive-correlational study and transversal. The sample is constituted by 65 teachers from the referred school.

The gathering of information, was realized through a questionnaire with two parts, having, the first one, the goal of obtaining social and demographical information, and the second one, with the goal of gathering information related to the consume of alcohol habits among those teachers. This study was realized through the scale AUDIT instrument.

Key words: alcohol, alcoholism, teachers

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho marcou uma importante etapa da minha vida e, por isso, gostaria de agradecer a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, colaboraram e contribuíram para a sua realização.

Ao meu pai a quem tudo devo e que me ajudou a ser a pessoa que hoje sou. Por toda a compreensão, carinho apoio e amor incondicional.

Ao meu namorado Bruno que sempre me apoiou e pela compreensão nas horas de ausência e de stress.

Às minhas irmãs Filipa e Diana pelo carinho e ajuda.

Ao meu orientador Prof. José Manuel dos Santos que me orientou durante todas as fases do meu trabalho, pela disponibilidade, incentivo e conhecimentos transmitidos ao longo de todo este processo.

Aos meus professores que sempre se mostraram sensíveis às dificuldades de uma trabalhadora-estudante.

À minha amiga Prof. Gorete Ribeiro pela disponibilidade e toda a ajuda prestada.

Às minhas colegas de trabalho e amigas de infância que, de várias maneiras me incentivaram e apoiaram.

Agradeço ainda a todos os que participaram neste estudo, pois sem eles, não seria possível a sua realização.

A todos, o meu muito obrigado.

Índice

I.	Introdução .....	14	
II.	Fase conceptual .....	17	
Capítulo 1. Álcool			
i.	Breve Resumo Histórico Sobre o Álcool e o Seu Consumo .....	17	
ii.	Álcool: Definição .....	18	
iii.	Classificação das Bebidas Alcoólicas .....	19	
iv.	Álcool e o Organismo .....	20	
v.	Epidemiologia .....	22	
Capítulo 2. Alcoolismo			
i.	Alcoolismo: Definição .....	25	
ii.	Diagnóstico de abuso e dependência de álcool .....	27	
iii.	Classificação do Alcoolismo .....	28	
iv.	Alcoolismo em Meio Laboral .....	30	
Capítulo 3. Instrumentos de avaliação dos consumos alcoólicos			
i.	Instrumentos e técnicas de avaliação .....	33	
ii.	AUDIT .....	35	
III.	Fase metodológica .....	40	
Capítulo 1. Os princípios éticos .....			40
Capítulo 2. Desenho de Investigação .....			41
i.	Tipo de estudo .....	41	
ii.	População / Amostra .....	41	

iii. Definição das variáveis .....	42
a) Variável dependente .....	42
b) Variáveis independentes / atributo .....	43
iv. Instrumento de colheita de dados .....	43
Capítulo 3. Tratamento e análise de dados .....	44
IV. Fase Empírica .....	45
Capítulo 1. Apresentação e Análise de dados.....	45
Capítulo 2. Discussão dos resultados .....	64
V. Conclusão .....	67
VI. Bibliografia .....	68
Anexos	

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Género .....	45
Gráfico 2 – Idade .....	46
Gráfico 3 – Estado civil .....	47
Gráfico 4 – Questão 1 (AUDIT) .....	48
Gráfico 5 - Questão 2 (AUDIT) .....	49
Gráfico 6 - Questão 3 (AUDIT) .....	50
Gráfico 7 - Questão 4 (AUDIT) .....	51
Gráfico 8 - Questão 5 (AUDIT) .....	52
Gráfico 9 - Questão 6 (AUDIT) .....	53
Gráfico 10 - Questão 7 (AUDIT) .....	54
Gráfico 11 - Questão 8 (AUDIT) .....	55
Gráfico 12 - Questão 9 (AUDIT) .....	56
Gráfico 13 - Questão 10 (AUDIT) .....	57
Gráfico 14 - Zona de risco I (Género) .....	59
Gráfico 15 - Zona de risco I (Idade) .....	61
Gráfico 16 - Zona de risco I (Estado civil) .....	63

Índice de quadros

Quadro I – Consumo de bebidas alcoólicas <i>per capita</i> em Portugal .....	24
Quadro II – Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT .....	37
Quadro III – Níveis de risco .....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Género .....	45
Tabela 2 – Idade .....	46
Tabela 3 – Estado civil .....	47
Tabela 4 - Questão 1- Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? ...	48
Tabela 5 - Questão 2 - Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? .....	49
Tabela 6 - Questão 3 - Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? .....	50
Tabela 7 - Questão 4 - Nos últimos 12 meses, com que frequência se percebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? .....	51
Tabela 8 - Questão 5 - Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido? .....	52
Tabela 9 - Questão 6 - Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca? .....	53
Tabela 10 - Questão 7 - Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido? .....	54
Tabela 11 - Questão 8 - Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido? .....	55
Tabela 12 - Questão 9 - Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido? .....	56
Tabela 13 - Questão 10 - Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugerido que deixasse de beber? .....	57
Tabela 14 - Zona de risco I (Género) .....	58
Tabela 15 – Zona de risco I (Idade) .....	60
Tabela 16 – Zona de risco I (Estado civil) .....	62

Lista de Siglas

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE – Cot-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener

CID-10 – 10ª Classificação Internacional de Doenças

DGIDC – Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DSM-IV - Mental *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition

DSM-IV-TR - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision

MAST – Michigan Alcoholism Screening Test

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

## I – Introdução

Diversos estudos já realizados, tanto a nível nacional como internacional, têm mostrado que o consumo de álcool tem aumentado, com graves implicações na saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, na própria sociedade e no sistema de saúde.

O consumo de álcool é um hábito já muito enraizado na nossa sociedade qualquer que seja o seu sector (cultural, económico, político, religioso, social) e é feito em múltiplos contextos como recreativo, lúdico, académico, trabalho, etc.

O álcool é uma substância psicoactiva, depressora do sistema nervoso central que se difunde por todas as células do cérebro, interferindo ao nível da comunicação hormonal e sináptica, regulando as funções básicas do organismo. No entanto, é uma substância legal e socialmente aceite.

O alcoolismo é um dos maiores problemas relevantes da saúde mundial. O seu conceito como doença foi desenvolvido na segunda metade do século XIX, sendo considerado uma doença crónica que compreende factores ambientais, psicológicos e genéticos (Mello, Barrias e Breda, 2001). É responsável pelo aparecimento de várias doenças, pela diminuição da qualidade de vida dos indivíduos e constitui um grave problema ao nível da saúde mental apresentando repercussões em termos económicos e dos serviços de saúde.

Desta forma, e segundo o mesmo autor, Portugal em 1984 começou por aderir a Programas de Cooperação Técnica Europeia para a Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA), o último dos quais, *European Alcohol Action Plan* (2000-2005), e adoptou a Carta Europeia sobre o Consumo de Álcool, aprovada na Conferência de Paris em 1995. A divulgação, desta “cartilha” de princípios éticos, objectivos e estratégias de acção veio a ser integrada no Programa de Promoção e Educação para a Saúde enquadrado no Plano Nacional Contra o Alcoolismo.

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 subordinado ao tema “Bebidas Alcoólicas – Padrões de Consumo de Álcool dos Professores”.

Uma vez que existem vários estudos sobre os padrões de consumo de álcool em adolescentes, universitários e em algumas profissões, o mesmo não acontecendo em relação à profissão “professor”, este estudo, além de ser uma exigência curricular, teve como objectivo sensibilizar os investigadores para a importância da realização de estudos nos indivíduos com esta profissão.

Considera-se este estudo pertinente, pois contribuirá para aprofundar os conhecimentos sobre este tema. Além disso, nos dias de hoje, continua-se a debater muito sobre a problemática do álcool, na nossa sociedade.

A realização deste estudo é importante ao nível da saúde pública, numa classe como os professores que são formadores de crianças, adolescentes ou mesmo adultos que, mais tarde, se não tiverem uma formação e exemplo adequados, poderão vir a contribuir para o aumento do alcoolismo. Educar é promover nos alunos as competências para que eles possam atingir o bem-estar, saber fazer escolhas e contribuir para uma melhor cidadania.

Os objectivos específicos do estudo foram:

- ✓ Aprofundar conhecimentos na área da temática em estudo;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos já adquiridos durante a licenciatura;
- ✓ Identificar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas, nos professores;
- ✓ Conhecer as diferenças no consumo de bebidas alcoólicas em função do género, nos professores;

- ✓ Conhecer as diferenças no consumo de bebidas alcoólicas em função da idade, nos professores;
- ✓ Conhecer as diferenças no consumo de bebidas alcoólicas em função do estado civil, nos professores;

Ao longo deste documento serão abordados alguns temas, inseridos em cada um dos três capítulos. Assim, a Fase Conceptual será iniciada com um capítulo muito generalista sobre o álcool em que se fará uma breve abordagem à história do álcool, a sua definição e epidemiologia, à classificação das bebidas alcoólicas e o seu efeito no organismo.

O capítulo seguinte abordará o tema O Alcoolismo onde serão apresentadas as diversas definições, o diagnóstico de abuso e dependência de álcool, a classificação do Alcoolismo, e as suas consequências no Meio Laboral. Por último, será feita uma referência aos instrumentos de avaliação dos consumos alcoólicos, nomeadamente o AUDIT, o MASTE e o CAGE.

Terminada a exposição teórica passar-se-á à apresentação da Metodologia, do Problema de Investigação, da Escolha da População e Seleção da Amostra, das Variáveis em Estudo, os Instrumentos de Colheita de Dados e o Tratamento Estatístico e as Conclusões.

Optou-se por um trabalho de tipo descritivo-correlacional, com utilização de um instrumento de recolha de dados cujo suporte principal foi o AUDIT.

Durante a realização desta pesquisa foram encontradas algumas restrições como a pouca de bibliografia e a inexistência de estudos sobre os padrões de alcoolismo nos professores.

De acordo com os resultados obtidos verifica-se que os padrões de consumo de bebidas alcoólicas nos professores é baixo.

## II. Fase Conceptual

### Capítulo 1. Álcool

#### i. Breve Resumo Histórico Sobre o Álcool e o Seu Consumo

A história da humanidade tem-nos mostrado o constante gosto que o Homem tem pela bebida alcoólica. O álcool já era utilizado, antes de se começar a escrever sobre a sua dependência na sociedade. Foi produzido e utilizado para comemorar vários acontecimentos festivos, em remédios e até para adoração e despedidas dos falecidos. As bebidas alcoólicas serviam também para esquecer as tristezas e livrar de tensões (Phipps. Long. Woods, 1990).

A utilização de bebidas alcoólicas pelo Homem e o conhecimento dos seus efeitos no indivíduo remontam a algumas dezenas de milhar de anos antes da era Cristã (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Até ao século X as bebidas alcoólicas que existiam eram as fermentadas mas, a partir do século XI, começou-se a utilizar a destilação. De facto, conforme Mello, Barrias e Breda (2001, p.11) refere, “A destilação do vinho, dando origem a bebidas mais alcoolizadas, parece ter-se generalizado na Europa a partir do século XI.”

No período Paleolítico, o Homem recolhia e armazenava mel em recipientes artesanais e este, com o tempo fermentava dando origem a uma substância com algum teor em álcool. No Neolítico, o Homem já conhecia e fabricava a cerveja. Mais tarde, outros povos como os Egípcios, Gregos e Romanos desenvolveram as artes de fabrico e efeitos das bebidas alcoólicas (Mello, Barrias e Breda, 2001).

De acordo com Secades, (*cit. in* Nunes e Jóluskin *et al.*, 2007), os Romanos difundiram as técnicas de fabrico e o consumo do álcool a outros povos devido à expansão Humana. Em meados do século XIV os vinhos e os licores eram apenas acessíveis aos povos como o Clero, à Nobreza e à Burguesia. O álcool etílico só foi descoberto no

século XVI e, com a expansão Colonial Europeia, o álcool tornou-se um importante produto comercial.

De acordo com o instituto da Droga e da Toxicoddependência de 2007 (*cit. in* Nunes e Jólluskin *et al.*, 2007), no século XVII as bebidas destiladas ocupavam um lugar importante nos mercados mundiais.

Com a revolução comercial (século XIX) generalizou-se o consumo de álcool a todas as classes sociais, e no século XX devido à migração, o uso do álcool generalizou-se a nível mundial. O estilo de vida, os meios de comunicação e o stress bem como o facto de ser de fácil acesso, contribuíram para um crescente consumo, tendo se tornado um dos factores preocupantes de saúde publica (Secades, 2001 *cit. in* Nunes e Jólluskin *et al.*, 2007).

## ii. Álcool: Definição

O Álcool etílico é a substância presente nas bebidas alcoólicas. O álcool é um composto orgânico em que o grupo –OH (hidroxilo) está ligado a um carbono saturado. Também pode ser um carbono insaturado, alicíclico, aromático e/ou possuir mais de um grupo –OH, o que possibilita a existência de diversos tipos de alcoois, tanto naturais como sintéticos. Resulta da fermentação de açúcares de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) sob a influência de microrganismos (leveduras). O etanol (CH<sub>3</sub>CH<sub>2</sub>OH) é um álcool simples, que possui muitas aplicações comerciais, como por exemplo, o uso como solvente e combustível e está presente em diferentes tipos de bebidas (Vieira, *et al.*, 2009). É um líquido transparente, volátil, de cheiro característico de sabor queimoso e densidade 0,8. Apresenta um ponto de ebulição de 78,3°C e ponto de fusão de -12°C, e o seu peso específico é de 0,79g (Mello, Barrias e Breda, 2001 e Formigoni e Castel, 1999b)

Kaplan e Sadock, (1998 *cit. in* Nunes e Jólluskin *et al.*, 2007, p. 185), definem álcool como “ (...) uma substância tóxica com efeitos depressores sobre o sistema nervoso central (...) ”.

Para (Doron e Parot, 2001 *cit. in* Nunes e Jólluskin *et al.*, 2007, p. 185), “O álcool é uma molécula natural ou sintética (...) cujo efeito é simultaneamente, sedativo e hipnótico.”

De acordo com a classificação das drogas feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que se baseia em critérios relacionados com a sua toxicidade, capacidade e rapidez de provocar dependência física, o álcool inclui-se no grupo 2 pois, quando consumido em excesso, provoca grande dependência física e psíquica e traz graves consequências para a saúde. Embora o abuso do álcool possa ter maior gravidade clínica do que o consumo de outras drogas “duras”, é uma substância que está inserida culturalmente na nossa sociedade, pois pode ser consumido com moderação, enquanto o mesmo não acontecem com as drogas “duras”.

### iii. Classificação de bebidas alcoólicas

As bebidas alcoólicas depois de obtidas podem ser classificadas em fermentadas e destiladas.

De acordo com vários estudos já realizados, a fermentação, é um processo em que o açúcar de certos produtos alimentares, como os frutos, os cereais, o mel, é transformado, por ação de leveduras, em álcool etílico, dando origem a bebidas como, o vinho, a cerveja e a cidra (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Na destilação há um aproveitamento das bebidas fermentadas para lhe dar uma nova forma, utilizando a evaporação, depois a condensação em frio dando origem a bebidas como o whisky, vodka, rum, aguardente, etc. (Mello, Barrias e Breda 2001).

As várias bebidas alcoólicas têm diferentes graduações. Estas podem fornecer ao organismo, idênticas quantidades de álcool, se ingeridas em volumes diferentes. Os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas têm idêntica quantidade de álcool (12 a 16 g de álcool puro, aproximadamente) (Mello, Barrias e Breda 2001).

Por outro lado, existem inúmeros factores de alcoolização que podem estar intrinsecamente residentes no indivíduo como factores psicológicos, fisiológicos, genéticos, entre outros.

#### iv. Álcool e o Organismo

A maior parte do álcool ingerido (95%) é absorvida pelas paredes do estômago e no duodeno, passando para a corrente sanguínea e, posteriormente, é decomposto no fígado a uma média de 0,1g/litro/hora. O restante é eliminado directamente através da respiração, saliva, transpiração e urina (Mello Barrias e Breda *et al.*, 2001). Assim, a alcoolémia (a presença de álcool no sangue em gramas de álcool puro por litro de sangue) afecta as capacidades físicas e psíquicas do indivíduo quase logo após sua ingestão. O processo de absorção demora entre 60 a 70 minutos, atingindo o seu valor máximo entre a ½ a 2 horas, de acordo com as condições (IMC, idade, sexo, a forma como é ingerido (em jejum, às refeições, rapidamente ou com intervalos de tempo), o momento do dia, o teor de álcool e se a bebida é ou não aquecida e gaseificada. (Gonçalves, 2008)

A gravidade dos problemas ligados ao álcool está relacionada com os níveis de consumo das bebidas alcoólicas. As suas repercussões sentem-se, não só ao nível do indivíduo mas também ao nível familiar e social.

Segundo Nelson, (*cit. in* Mello, Barrias e Breda 1988, p. 31):

Um indivíduo de 20 anos vê a sua esperança de vida encurtada em 65% e, se for um bebedor excessivo a um de 40 anos, corresponderá um encurtamento de 60% e a um de mais de 60 anos, de 3%.

Parece existir uma correlação entre a ingestão de álcool e a doença oncológica, uma vez que este pode afectar vários tecidos, sendo responsável pelo aparecimento de cancro na cavidade oral, pescoço, faringe, laringe, esófago, estômago e fígado (Seibel, 2001, *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007), bem como ao nível do pâncreas, próstata, ovários e cólon (Departamento of Mental Health and Substance Abuse, 2004, *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007).

Um dos órgãos mais afectados pela ingestão do álcool é o fígado, sendo frequente a ocorrência de vários problemas como a esteatose hepática, com elevada infiltração gordurosa no órgão, até à hepatite alcoólica (Seibel, 2001, *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007). Apesar da cirrose hepática também derivar de infecções virais ou de outros factores, ela encontra-se associada ao consumo elevado e continuado de álcool (Departamento of Mental Health and Substance Abuse, 2004, *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007).

Relativamente às doenças cardíacas a miocardiopatia alcoólica é uma das consequências mais graves do alcoolismo, tanto pela sua gravidade como pela sua frequência, possivelmente devido a alterações morfológicas causadas pela acção directa sobre as células do miocárdio. Contudo, podem existir vários défices que se manifestam, como por exemplo, um quadro de anemia, uma vez que é frequente a desnutrição dos indivíduos consumidores de álcool, tanto pelos seus maus hábitos alimentares como pelos efeitos directos do alcoolismo ou devido à deficiência das vitaminas A, B1, B6, B12 e de do ácido ascórbico e zinco (Seibel, 2001, *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007).

Um dos órgãos mais sensíveis à ingestão de álcool é o sistema muscular. A ingestão contínua e persistente de álcool conduz à perda de massa muscular, iniciando-se nos ombros e nos quadris e, de seguida, destruição do tecido muscular, podendo originar um estado denominado por rabdomiólise caracterizado pela existência de dores musculares agudas acompanhadas de insuficiência renal (Schuckit, 1998).

O sistema endócrino também pode ser afectado, podendo ocorrer atrofia testicular e infertilidade (Secades, 2001, *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007) bem como uma redução global da função sexual, tanto nos homens como nas mulheres, e nestas também o aparecimento de irregularidades menstruais (Schuckit, 1998).

Ao nível neurológico, o consumo intenso e prolongado de álcool pode levar à deterioração dos nervos periféricos dos membros causando uma descoordenação motora. Ao nível do sistema nervoso central pode surgem doenças neuropsiquiátricas

como por exemplo, Síndrome de Abstinência, Psicoses Alcoólicas, Hematoma Subdural, Coma Hipoglicémico e Depressão.

De entre as perturbações neurológicas, podem ocorrer a Síndrome Amnésica, que é caracterizada pela perturbação da memória de curto prazo; a Síndrome de Korsakoff, que envolve também perturbações amnésicas, alteração de humor, cefaleias, insónias e sintomatologia de polinevrite sensitivo-motora dos membros inferiores; Encefalopatia de Gayet-Wernicke, que é caracterizada por confusão mental acentuada, lentidão do pensamento e perturbações amnésicas associadas a sintomas de lesões localizadas nas regiões peri-ventriculares talâmica e hipotalâmica, podendo evoluir a morte.

Actualmente, estas duas encefalopatias são descritas como dois estádios de uma mesma doença designada por Síndrome de Wernicke-Korsakoff (Mello, Barrias e Breda, 1986, *cit. in* Cabral 2007).

Para termos informação sobre o consumo de álcool em Portugal é necessário recorrer a algo que nos dê números concretos como por exemplo a dados epidemiológicos.

#### v. Epidemiologia

A Epidemiologia é o estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados com a saúde de uma dada população. Na questão específica do álcool, a epidemiologia diz respeito ao estudo do número de casos de consumidores e/ou dependentes, além de problemas relacionados com o seu consumo (Beaglehole, Bonita e Kjellstrom, 1994).

O método epidemiológico tem a vantagem de reconhecer uma multicausalidade na doença e, deste modo, permitir um alargamento de alvos e áreas de intervenção preventiva. (Mello, Barrias e Breda, 2001, p. 26)

Na opinião de Mello, Barrias e Breda (2001, p. 25):

(...) cerca de 10% da população do país apresenta graves incapacidades ligadas ao álcool. Mas para além deste grupo de doentes alcoólicos, que constituem, digamos, o vértice da parte visível do “iceberg” a que o fenómeno tem sido comparado, sabendo-se que apenas 15 a 25% de indivíduos se abstêm ou consomem esporadicamente bebidas alcoólicas, a parte restante, isto é, cerca de 60% da população adulta,

Padrões de consumo de Álcool dos Professores numa Escola Secundária de Espinho

corresponde ao grupo dos bebedores regulares de álcool, enquadrados no fenómeno social da alcoolização geral. É precisamente neste grupo maior da população que se encontram os bebedores excessivos, muitas vezes não identificados como tal.

No grupo de bebedores excessivos existe uma grande morbidade e co-morbidade, que muitas vezes não é valorizada deverá ser algo de intervenção tendo em vista a qualidade de vida dos indivíduos. É a partir destes quadros que aparecem patologias do foro digestivo, cardiovascular e cerebral, neuromuscular, comportamental e social, laboral, económico, jurídico e outras, que não são considerados na epidemiologia nos PLA, dando origem a uma avaliação incorrecta dos reais efeitos destes na população (Mello, Barrias e Breda, 2001).

As neoplasias das vias aéreas superiores devido à associação do álcool e do tabaco constituem a principal causa de mortalidade seguindo-se a cirrose e por último acidente de circulação mortais, acidentes de trabalho, homicídios voluntários e suicídios. Estima-se a existência de 1.000000 de bebedores excessivos e cerca de 5.00000 dependentes de álcool (Lino, 2006).

A gravidade destas patologias que conduzem muitas vezes à mortalidade desta população faz com que o álcool seja considerado um dos problemas mais graves de saúde pública em Portugal. Por isso, para a promoção de melhor saúde do indivíduo e da comunidade, o nosso país integrou-se na política geral Europeia de controlo dos PLA (Mello, Barrias e Breda, 2001).

As investigações nesta área mostram que o consumo de bebidas alcoólicas tem aumentado a nível mundial, sendo Portugal um dos países que mais bebidas alcoólicas consomem. Aproximadamente 1,8 milhões de portugueses são bebedores excessivos e doentes alcoólicos crónicos.

Portugal apresenta, nestes últimos anos, um consumo *per capita* dos mais elevados do mundo, tendo-se situado em 2003, com 9,6 L de álcool puro, no 6.º lugar europeu e mundial, (*ex aequo* com o Reino Unido) sendo o 1.º o Luxemburgo seguido, respectivamente, pela Hungria, República Checa, Irlanda,

## Padrões de consumo de Álcool dos Professores numa Escola Secundária de Espinho

Alemanha, Espanha, Dinamarca e Áustria, integrando a região do mundo onde se bebe mais álcool. (DGIDC, Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar, 2007).

No Relatório World Drink Trends 2005, o Dr. Augusto Pinto refere que Portugal se encontra em 8º lugar do ranking mundial ao nível do consumo de álcool puro, em 4º a nível de consumo de vinho (42 L/ano), em 23º a nível de consumo de cerveja (58.7 L) e em 31º a nível de consumo de bebidas espirituosas (1.4 L). O mesmo relatório refere ainda que a 4ª causa de morte em Portugal, está ligada ao álcool (Pinto, 2008). De acordo com o mesmo relatório, os valores de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal entre 1970 e 2003 encontram-se referidos no quadro I.

Quadro I – Consumo de bebidas alcoólicas *per capita* em Portugal

<b>Consumo de Bebidas Alcoólicas <i>per capita</i> em Portugal</b>				
<b>Ano</b>	<b>Destiladas (etanol, L)</b>	<b>Cerveja (L)</b>	<b>Vinho (L)</b>	<b>Total etanol (L)</b>
<b>1970</b>	0,5	13,3	72,5	9,9
<b>1980</b>	0,9	37,9	68,7	11
<b>1990</b>	1,8	67,8	63,3	12,9
<b>2003</b>	1,40	58,7	42	9,6

Fonte: World Drink Trends, 2005

Portugal tem uma grande tolerância cultural e social em relação ao álcool que vão desde as manifestações sócio-culturais como a vindima aos mitos existentes que afirmam que o álcool dá coragem, força, etc. Por isso, o consumo de álcool é algo “normal” no nosso país, o que leva à inclusão de álcool em muitas refeições, em especial nas regiões rurais, como são exemplo o “mata-bicho” e as “sopas de cavalo cansado”.

## Capítulo 2. Alcoolismo

### i. Alcoolismo: Definição

Desde a Antiguidade que os efeitos do álcool são conhecidos. Nesta época os fenómenos do alcoolismo crónico eram, ignorados sendo apenas a embriaguez considerada como uma perturbação ligada ao uso de bebidas alcoólicas (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Na segunda metade do século XIX surge o conceito de Alcoolismo como doença, e não apenas vício. Um dos países que mais cedo começou a contabilizar o crescente consumo médio anual de álcool foi a França, encarando, com certa preocupação, a capitação anual quando esta era superior a três litros de álcool bem como a elevada proporção do número de tabernas por habitante (Mello, Barrias e Breda, 2001).

O Alcoolismo é considerado uma doença na medida em que significa uma incapacidade involuntária. Pode ser um consumo periódico provocando consequências adversas e distorções de pensamentos nomeadamente a negação. Contudo, se o seu consumo for contínuo conduz a uma perda sistemática de controlo sobre o consumo do álcool – dependência.

Lino (2006) no seu trabalho de Licenciatura refere que foi com Magnus Huss (1849) que surgiu umas das primeiras definições de alcoolismo como sendo:

(...) o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante longo período.

Magnus Huss (1851, *cit. in* Mello, Barrias e Breda, 2001, p. 13) refere ainda que muitas doenças dos órgãos do sistema digestivo, nervoso, miocárdio e outras, eram devidas ao excesso de consumo de bebidas alcoólicas, isto é ao alcoolismo sendo considerado o álcool etílico como o agente patogénico.

Jellineck (1960), faz uma reestruturação da definição de alcoolismo, definindo-o como sendo o comportamento do alcoólico considerado como uma doença (*cit. in* Lino, 2006).

A definição de Alcoolismo não pode ser encarada como o consumo excessivo prolongado de bebidas alcoólicas que é responsável pela dependência e doenças físicas, psíquicas e sociais do indivíduo, mas deve ser encarado não apenas de uma forma individual mas também de uma forma colectiva, isto é, em termos de saúde pública. Em 1980 a OMS alarga o conceito de Alcoolismo chamando a atenção para tudo o que se relaciona com a produção, distribuição, consumo, publicidade, legislação de álcool e bebidas alcoólicas, de modo a multiplicar as estratégias de intervenção o que exige multidisciplinaridade (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Para Secades 2001, o Alcoolismo é:

(...) um estado de dependência física e psíquica, que determina os comportamentos dirigidos para um consumo compulsivo e continuado de álcool, a despeito das suas consequências nefastas em termos fisiológicos, psicológicos ou sociais. (*cit. in* Nunes e Jólluskin 2007, p. 188)

A Organização Mundial de Saúde, definiu o alcoólico, em 1955, como todo o indivíduo que bebe excessivamente e cuja dependência do álcool alcançou um tal grau, que passou a dar lugar a transtornos psíquicos, a complicações somáticas e/ou conflitos aos níveis das relações inter-pessoais e das funções sociais. (Seibel 2001 *cit. in* Nunes e Jólluskin 2007, p. 188)

Considera ainda o Alcoolismo como uma doença e o Alcoólico como um doente, referindo que:

Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais. (Mello, Barrias e Breda, 2001, p.15)

A expressão «Problemas Ligados ao Álcool» ainda que imprecisa tem sido utilizada para designar as consequências nocivas do consumo de álcool, que podem ser ligadas ao

individuo, à família e à sociedade. Assim, Mello, Barrias e Breda (2001, p. 23), considera três grupos de PLA:

PLA, no **indivíduo** - efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool; consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool; efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias como gravidez, aleitamento e menoridade.

PLA, na **família** - perturbação da família e do lar do alcoólico; a descendência do alcoólico e suas perturbações.

PLA, no **trabalho** - diminuição de rendimento laboral; aumento do absentismo e acidentabilidade; reformas prematuras.

PLA, na **comunidade** - perturbações nas relações sociais e da ordem pública; delitos, actos violentos, criminalidade; desemprego, vagabundagem; degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade; acidentes de viação.

É importante uma intervenção logo que o consumo se começa a tornar excessivo e na fase inicial de uma doença alcoólica crónica, de modo a que seja feita um diagnóstico precoce da doença.

## ii. Diagnóstico de abuso e dependência de álcool

Com o objectivo de homogeneizar os padrões de critérios dos sinais de dependência existem Classificações Internacionais como a CID-10 e a DSM-IV.

Adés e Lejoyeux (1997) definem dependência como um comportamento adquirido, isto é, um hábito patológico que invade, a vários níveis, a vida mental e social do doente. Quando há um episódio de intoxicação aguda, o diagnóstico é feito com base em quatro aspectos: alteração do comportamento face ao álcool, o desejo obsessivo de álcool associado à perda de controlo de ingestão, tolerância e sintomas de privação, num período de 12 meses como é indicado pelo DSM-IV (Anexo 1).

O abuso e dependência de álcool são designados habitualmente de alcoolismo. Estas são consideradas duas perturbações da utilização do álcool. Os termos Alcoolismo Agudo e Alcoolismo Crónico não são utilizados nas classificações CID-10 e DSM-IV, pelo facto de não terem uma definição exacta (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Nos anos 70, peritos da OMS substituíram o termo «Alcoolismo» por «Síndrome de Dependência de Álcool» que permitiu uma definição objectiva e precisa dos fenómenos da dependência habituação e compulsão face ao álcool, sem qualquer conotação social ou moral. Por isso, em 1976 a OMS incluiu este termo numa definição que integra “(...) a alteração do comportamento face ao álcool, o desejo obsessivo de álcool associado à perda de controlo sobre a ingestão e a sintomatologia de abstinência.” (Dias, 2006, p. 30).

De acordo com a classificação do DSM-IV-TR (2002), a dependência fisiológica do álcool é indicada pela tolerância ou sintomas de abstinência. A principal característica de abstinência do álcool é a presença da síndrome de abstinência (Anexo 2), com sintomas físicos ou neuropsiquiátricos num período de 4-12 horas após a redução do consumo continuado e maciço do álcool. O abuso de álcool está relacionado com as perturbações da utilização do álcool, manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas, devido à ingestão repetida de álcool, como referidas nos critérios de diagnóstico para o Abuso de Substâncias (Anexo 3). O diagnóstico de Abuso de Álcool só é feito quando os sintomas não se integram em qualquer outro critério de dependência.

### iii. Classificação do Alcoolismo

As classificações em relação ao consumo do álcool assentam em vários critérios de diferenciação e de agregação, uma vez que os consumidores de álcool constituem um grupo muito heterogéneo tendo um factor comum que é o facto de todos consumirem álcool de forma problemática (Secades, 2001 *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007). Há, no entanto, outras características comuns como a negação da sua patologia e serem

ambivalentes quanto à procura de um estado de abstinência (Silva, 2007 *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007). Foi assim necessário formar categorias que incluam as semelhanças entre os dependentes do álcool.

Schuckit (1998) propõe um sistema de classificação baseado na ordem de aparecimento do alcoolismo e de um problema psiquiátrico, quando estes coexistem no mesmo indivíduo. Se o alcoolismo surge antes do aparecimento de um problema psiquiátrico, mesmo que tenha contribuído para o seu aparecimento, estamos perante um alcoolismo primário. Pelo contrário, se surge após o diagnóstico de um problema psiquiátrico, estamos perante um alcoolismo secundário.

O manual da American Psychiatric Association classifica o consumo de álcool em leve, moderado e grave tendo por base os sintomas e prejuízos funcionais. Esta classificação não foi incluída na 4ª revisão do DSM-IV-TR, 2002 por não especificar o que separa cada uma das classes.

Kaplan, Sadock e Grebb, (2003, *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007), referem outra classificação tendo por base os padrões e contextos do consumo de álcool, considerando 3 tipos de bebedores de álcool: os bebedores-problema do estágio inicial (ainda não apresentam todos os sintomas de dependência), os bebedores afiliativos (bebem diariamente em contextos sócias e em quantidades moderadas), os bebedores esquizóides-isolados (com grande dependência e bebem compulsivamente e sozinhos). Uma outra classificação assenta no início, afectos e tendências individuais, sendo considerados 4 categorias: o anti-social que se encontra associado à presença de uma perturbação de personalidade anti-social e é mais frequente nos indivíduos do sexo masculino; o evolutivamente cumulativo em que há uma predisposição para o abuso do álcool que vai aumentando de acordo com as oportunidades e expectativas culturais; o alcoolismo de afecto negativo que é utilizado como apoio para o estabelecimento de relacionamentos sociais, sendo mais frequente nas mulheres; o evolutivamente limitado é caracterizado por surtos frequentes de consumo excessivo, tendendo a diminuir com a idade.

Em 1960, Jellineck propôs 5 categorias baseando-se na cultura de pertença, presença/ausência de dependência, padrão de consumo e tolerância desenvolvida. No tipo gama o indivíduo tem elevada tolerância, uma perda de controlo progressiva e dependência física e psíquica, sendo mais frequente nos Estados Unidos da América. O tipo delta corresponde a um indivíduo que está alcoolizado sem contudo perder o controlo comportamental ou manifestar sinais de embriaguez, sendo mais característico na Europa. O tipo epsilon é um indivíduo que só bebe compulsivamente ao fim-de-semana. O tipo alfa bebe para eliminar quadros ansiosos e o tipo beta embora não apresente dependência física ou psíquica, bebe, apresentando grande tolerância. Cloninger, em 1988, propõe uma classificação em 2 tipos, baseada na personalidade e no meio. No tipo I a dependência é mais psíquica do que física e no tipo II o indivíduo apresenta comportamentos sociais bastante perturbadores. Em 1992, Litt, Babor, DelBoca, Kadden e Cooney estabeleceram duas categorias, tipo A e tipo B, de acordo com o início, os factores de risco na infância, presença/ausência de problemas e de psicopatologia (Nunes e Jóluskin, 2007).

#### iv. Alcoolismo em Meio Laboral

O consumo de bebidas alcoólicas constitui, nas sociedades industriais, um dos maiores problemas médico-sociais, traduzindo-se cada vez mais em graves repercussões, devido às exigências impostas ao indivíduo, pelas modernas técnicas e novos processos e instrumentos de trabalho. Se houver algum comprometimento das funções intelectuais e neuro-motoras poderão ocorrer acidentes, baixas de «performance» e rendimento profissional. Daí o crescente interesse pelo aprofundamento do conhecimento da natureza e amplitude dos «Problemas Ligados ao Consumo de Álcool» e de meios preventivos, sem esquecer o diagnóstico precoce e tratamento do trabalhador com doença alcoólica. Na relação Indivíduo → máquina → meio, o homem é o factor preponderante na manutenção deste equilíbrio sendo, de modo, indispensável que o seu funcionamento físico e psíquico se mantenha estável.

A necessidade de conservar o trabalhador no seu posto de trabalho, os elevados investimentos financeiros implicados na sua formação e qualificação são para a empresa e entidade patronal uma motivação particularmente importante para a organização de *programas de prevenção de alcoolismo* e de apoio aos trabalhadores alcoólicos candidatos habituais às *reformas antecipadas*, por invalidez precoce. (Mello, Barrias e Breda, 2001, p.74)

Segundo Bastida (2002), estudos realizados em vários países demonstraram que mais de 70% dos consumidores de drogas e álcool são trabalhadores. A população mais consumista de bebidas alcoólicas é a masculina, de idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Por esse motivo, a prevalência do consumo de álcool na população trabalhadora supera a população geral. Em Espanha, cerca de 24% dos trabalhadores consomem uma quantidade de álcool que é consideravelmente de risco potencial para a saúde. Durante o horário laboral existe um consumo excessivo de drogas (álcool) provocando muitos efeitos negativos, entre os quais se destaca, maior absentismo, baixo rendimento, maior acidentes, diminuição do rendimento e maior conflituosidade.

O mesmo autor algumas circunstâncias, em meio laboral, que incrementam a oferta e disponibilidade do álcool como o ambiente laboral, algumas actividades de relações públicas dos trabalhadores (vendedores, comerciantes, homens de negócios, ...), a disponibilidade do álcool (camareiros, cozinheiros, ...) e a ausência de normas sobre o consumo de alcoólicas no local de trabalho.

Relativamente às condições materiais e físicas do trabalho, algumas também são favoráveis ao consumo de álcool como as elevadas temperaturas, os horários prolongados, a rotação de horário, a toxicidade ambiental e o esforço físico (construção, mineiros, pesca, turnos nocturnos, ...). Há no entanto algumas condições psicossociais stressantes, sendo referidos o desconforto da sua carreira profissional (carência de perspectivas de promoção), a excessiva carga de responsabilidade no trabalho, o trabalho monótono e sem capacidade de controlo de falhas, a insegurança no trabalho, os conflitos laborais, o isolamento social, as difíceis relações entre a direcção e colegas de trabalho, as condições de trabalho inadequadas e um emprego que exija alta mobilidade (viagens constantes, separação da família).

Segundo Mello, Barrias e Breda (2001, p. 73),

Se o homem adulto passa um terço das horas do seu dia no trabalho, não é de surpreender que seja também no meio laboral que se façam sentir os efeitos dos seus hábitos alcoólicos, quer excessivos e fazendo parte de um quadro de intoxicação crónica, quer ocasionais, mas perturbadores do trabalho a realizar, pelos efeitos dos valores da alcoolémia.

Mello, Barrias e Breda (2001) refere ainda que o álcool condiciona o desempenho do trabalhador interferindo nas suas atitudes, percepção, motricidade, raciocínio, imaginação e criatividade. De facto, o tempo de reacção a estímulos torna-se mais longo, há uma perturbação da acuidade visual, do equilíbrio óculo-motor e da noção de risco. Por isso, são frequentes os acidentes laborais.

De acordo com o Centro Regional de Alcoologia do Norte (CRAN), em Portugal “Cerca de ¼ dos acidentes de trabalho são resultantes do consumo excessivo de álcool” e, “Perdem-se entre 8 e 14 milhões de dias de trabalho por ano com o absentismo.”

A ingestão de álcool em meio laboral constitui um problema de saúde pública pois é responsável pela maior parte dos acidentes de trabalho, com graves consequências sociais tanto para o indivíduo como para os seus pares e para o desempenho profissional. Actualmente o trabalho exige mais das funções intelectuais e neuro-motoras produzindo o álcool, mesmo em doses pequenas, efeitos negativos.

Os professores, médicos, enfermeiros e assistentes sociais são alguns exemplos de profissões em que o contacto directo com os seus “clientes” é responsável pela exaustão de energia, devido ao seu desgaste e que conduz ao esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho. Este estado foi designado por Brandley, em 1969, por Síndrome de Burnout (Garcia *et al.* 2003).

Gold e Roth (1993) (*cit. in* Ernesto 2008), referem que as escolas são locais stressantes e a docência uma das profissões mais stressantes cujas repercussões no professor são alterações no estado de saúde-doença tanto física como psicológica. “A síndrome de burnout profissional reúne estes dois tipos de alterações e é a reacção ao stress

ocupacional dos professores mais amplamente estudada na investigação científica” (Marques Pinto, 2000 *cit. in* Ernesto 2008).

Segundo Farber (*cit. in* Garcia e Pereira, 2003), um professor apresenta a síndrome de burnout quando se sente exausto física e emocionalmente, se irrita facilmente e apresenta estados de ansiedade, raiva ou tristeza. Este estado psíquico pode conduzir a” (...) sintomas psicossomáticos como insónia, úlceras, dores de cabeça e hipertensão, além do abuso no uso do álcool e medicamentos, incrementando problemas familiares e conflitos sociais” (Carlotto 2002, *cit. in* Garcia e Pereira, 2003, p. 24).

Em Portugal não existem estudos sobre os padrões de álcool nos professores e apenas foi encontrada referência a uma pesquisa feita por alunos do 3º ano de Medicina da Universidade Federal do Pará (não refere o ano) e apresentada no V Congresso Paraense de Gastroenterologia. Foi aplicado um questionário a uma escola pública e a uma escola particular. De acordo com esse estudo, 56,57% dos professores inquiridos consomem regularmente bebidas alcoólicas mas, apenas 6,97% referiu beber muito. Quanto ao tipo de escolas, verificou-se que 78% dos consumidores de álcool leccionavam na escola privada enquanto 41% leccionava na escola pública. Verificou-se que a carga horária das escolas privadas era maior do que a das públicas e que muitos professores leccionavam em mais do que uma escola.

Relativamente a queixas com problemas digestivos, estas eram maiores em professores que nunca consumiam bebidas alcoólicas do que nos restantes. Estes resultados apontam o stress e o cansaço físico e mental como uma das principais causas de problemas de saúde dos professores.

### Capítulo 3. Instrumentos de avaliação dos consumos alcoólicos

#### i. Instrumentos e técnicas de avaliação

É muito importante que o consumo de álcool seja detectado precocemente pois permite aos profissionais dos cuidados de saúde primários identificar os utentes que beneficiariam em reduzir o consumo agindo assim de uma forma preventiva.

Há vários instrumentos e técnicas que permitem aos profissionais de saúde avaliar o consumo de álcool. São úteis por serem de fácil aplicação e darem uma indicação clara sobre a probabilidade de problemas relacionados com o álcool. Não são instrumentos de diagnóstico e a sua escolha deve ser ajustada a cada caso de modo a que a informação obtida seja pertinente.

Quando se pretende escolher uma escala de observação deve-se ter em conta várias características como o objectivo, a utilidade clínica, o período de tempo que se pretende avaliar, a população alvo, a existência de normas, o tipo de administração, o nível de treinamento necessário e o custo. Existem vários instrumentos elaborados para cada objectivo específico. Numa determinada avaliação devem ser utilizados instrumentos que foram elaborados para esse fim. Deve também ter-se em conta a existência de uma tradução e de estudos de validação (Formigoni e Castel, 1999 a).

Nunes e Jólluskin (2007) referem a existência de diversos instrumentos e técnicas de avaliação: a entrevista cujo objectivo principal é a avaliação da motivação do indivíduo para a mudança; os auto-registos são que permitem dar uma ideia dos padrões de consumo. A conjugação dos auto-registos com a entrevista de avaliação da história individual e familiar (Secades, 2001) fornece dados importantes e concretos sobre a situação do sujeito e sobre a sua motivação para a mudança de comportamento.

Na avaliação psicométrica utilizam-se testes como o MAST que é um questionário para a população adulta (Nunes e Jólluskin, 2007) e permite estabelecer uma “(...) distinção de bebedores-alcoólicos, bebedores-limite e bebedores bem ajustados”(Mello, Barrias e Breda, 2001, p.90). Dentro desta categoria também pode ser utilizado o CAGE que foi elaborado na década de 70. É um instrumento para detectar a dependência em meio hospitalar. Não é utilizado para detectar a quantidade, frequência ou tempo, é constituído por 4 perguntas de resposta sim/não e é de fácil aplicação. O AUDIT é um questionário mais adequado nos Cuidados de Saúde Primários.

Além dos questionários já referidos pode-se ainda utilizar como meio de avaliação os exames biológicos que poderá complementar outro tipo de instrumentos, sendo de

salientar o teste de alcoolemia (averigua a concentração sanguínea de álcool), a análise gama-glutamil-transpeptidase (Gama GT), enzima cujos valores são aumentados por indução hepática como consequência da ingestão de álcool, e a análise aos valores do volume corpuscular médio (VCM), uma vez que há um aumento dos valores dos glóbulos vermelhos associado ao consumo excessivo de álcool (Secades, 2001 e Echeburua, 2002 *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2001).

## ii. AUDIT

O AUDIT é um instrumento de screening (avaliação inicial) do consumo excessivo de álcool ou outras drogas e serve de apoio na avaliação tanto ao nível da identificação do consumo excessivo de álcool como causa da doença como permite estabelecer um quadro de intervenção para ajudar a evitar consequências prejudiciais do seu consumo (Babor *et al.*, 2001). Foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores, sob o patrocínio da OMS, em 1989 e validado em Portugal por Roque da Cunha.

A aplicação do AUDIT pode ser feita através de uma entrevista ou de um questionário, tanto um como outro apresentam vantagens e desvantagens. As vantagens do questionário são: requer menos tempo, é de fácil aplicação e permite respostas concretas (Formigoni e Castel, 1999a). Por outro lado, o paciente tem de saber ler, escrever e compreender aquilo que se pede. Quanto à entrevista esta permite uma clarificação das respostas ambíguas, não é necessário que o paciente saiba ler e escrever, a existência um feedback entre o paciente e o aplicador permite que este dê, em situações que não sejam graves, alguns conselhos e, se necessário fazer o encaminhamento para o respectivo serviço.

Pode ser utilizado nos cuidados de saúde primária, nos serviços de urgência, nas consultas médicas, no internamento e no ambulatório, no hospital psiquiátrico, em programas de intervenção laboral, no exército, na segurança social, tribunais e pessoas que conduzem sob o efeito do álcool. Importa ainda acrescentar outros grupos considerados de alto risco como emigrantes, executivos, animadores, prostitutas e homens de mais idade.

A sua utilização crescente ao nível internacional levou à necessidade de rever o manual AUDIT de modo a acompanhar os avanços da investigação e experiência clínica (Babor *et al.*, 2001).

Devido à necessidade de se ter instrumentos com aplicação mais rápida, foram também desenvolvidas versões reduzidas do AUDIT.

O questionário é constituído por 10 perguntas sendo as 3 primeiras sobre o consumo (frequência e quantidade), as 3 seguintes dirigidas aos sintomas de dependência e as 4 últimas aos problemas causados pelo álcool, conforme mostra o quadro II (Mello, Barrias e Breda; e Babor *et al.*, 2001).

Este teste tem sido usado em ambientes médicos, universitários, adolescentes e população em geral (Martins *et al.*, 2008).

O AUDIT foi concebido e avaliado durante duas décadas, sendo feito um estudo comparativo em 6 países. Após a sua publicação, foram feitos estudos em todo o mundo para avaliar a sua validação e fiabilidade. As suas vantagens são: ser usado a nível internacional, identifica o consumo de risco de álcool e a dependência, é fácil de preencher, não necessita de muito tempo, é flexível, é consistente com a CID-10 para dependência e consumo prejudicial de álcool e centra-se no consumo recente.

Quadro II – Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT

<b>Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT</b>		
<b>Dimensão</b>	<b>Nº pergunta</b>	<b>Conteúdo do item</b>
Caracterização dos consumos	1	Frequência dos consumos
	2	Quantidade
	3	Frequência de consumos excessivos
Sintomas de dependência	4	Descontrolo no consumo
	5	Limitações com o consumo
	6	Consumos logo de manhã
Consequências do consumo	7	Sentimento de culpa após beber
	8	Black-outs
	9	Consequências para outros por beber
	10	Preocupação de outros pelo consumo

Fonte: Babor *et al.*, 2001, p. 11

Ao aplicar o teste e, para aumentar a receptividade do utente ao questionário, deve-se ser empático, verificar se o utente não está alcoolizado ou se está com dores, explicar-lhe o porquê das perguntas, dar-lhe a informação necessária e assegurar-lhe de que as respostas são confidenciais. O profissional deve ainda decidir qual será a forma mais adequada de aplicar o AUDIT, se sob a forma de entrevista ou de questionário e pode combinar o teste com perguntas sobre a saúde do utente, o seu estilo de vida ou a sua história clínica.

Através deste questionário o profissional de saúde saberá se o utente apresenta um consumo de risco, isto é, se as consequências do consumo de álcool apresentam perigo para si e para os outros (importante para a saúde pública); consumo prejudicial, ou seja, se traz problemas para a saúde física e mental; a dependência se o utente apresenta uma grande vontade em consumir álcool, tem dificuldade em controlar o seu consumo e

continua a fazê-lo apesar das consequências nefastas, há um aumento da tolerância ao álcool e abstinência física aquando da sua interrupção (Babor *et al.*, 2001).

#### Quadro III – Níveis de risco

<b>Nível de risco</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Score AUDIT</b>
Zona I	Educação	0-7
Zona II	Aconselhamento simples	8-15
Zona III	Aconselhamento simples + Intervenção breve + monitorização continuada	16-19
Zona IV	Referenciar para diagnóstico, avaliação e tratamento	20-40

Fonte: Babor *et al.*, 2001, p. 22

Após aplicação do questionário/entrevista do AUDIT os profissionais de saúde deverão, se estiverem perante um caso positivo utilizar uma intervenção que se adequa às necessidades do paciente. Actualmente, já é possível, através da avaliação inicial detectar os factores de risco (consumo de risco, consumo prejudicial).

O quadro III, refere os quatro níveis de risco, assim à zona I corresponde um consumo de baixo risco ou de abstinência. A zona II, cuja pontuação se encontra entre os 8 e os 15 pontos, requer uma intervenção do profissional de saúde, ao nível do aconselhamento e recurso a desdobráveis ou outro tipo de materiais com fim educativo (educação para a saúde). Na zona III, encontram-se os indivíduos com pontuações um pouco elevadas (16-19), cuja intervenção deve ser feita através de conselhos, terapia breve e monitorização contínua só sendo necessário uma avaliação diagnóstica mais cuidada de houver suspeita de dependência de álcool. Este tipo de intervenção breve tem como objectivo promover a alteração dos hábitos de consumo e de aumentar a motivação para os fazer. Os indivíduos cujas pontuações sejam superiores a 19 (zona IV) deverão recorrer a um especialista para uma avaliação diagnóstica e se necessário serem submetidos a um tratamento de dependência do álcool.

Se não houver serviços especializados estes pacientes podem recorrer aos serviços de cuidados primários e serem encaminhados para associações de auto-ajuda. Numa abordagem por etapas, os doentes devem ter uma intervenção correspondente ao nível anterior em que se encontram na escala do AUDIT. Se esta intervenção não tiver os resultados esperados deve ter uma intervenção correspondente ao nível seguinte. (Babor *et al.*, 2001)

### III – Fase metodológica

Qualquer investigação tem como finalidade dar resposta aos problemas que surgem. Tem de ser planificada e tem como objectivo gerar conhecimento para a compreensão dos fenómenos que fazem parte da nossa realidade. Nightingale acreditava que a colheita ordenada de dados, isto é, a observação (como e o quê) era indispensável para a melhoria dos cuidados prestados.

É nesta fase que se faz o desenho da investigação, são escolhidos os métodos mais adequados que permitam obter resposta às questões de investigação formuladas, é definida a população, a amostra, variáveis do estudo e é escolhido o instrumento de colheita e análise dos dados.

#### Capítulo 1. Os princípios éticos

Ao realizar uma investigação deve-se ter em conta determinados aspectos que protejam os direitos e as liberdades das pessoas que participam no estudo.

Segundo Fortin (1999, p. 113), “(...) qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais.”

Depois de obter autorização por parte do Conselho Executivo de Escola Secundária de Espinho, para lançamento do instrumento de colheita de dados, os cinco princípios éticos definidos por Fortin foram cumpridos. Assim, as pessoas foram informadas de que eram livres de participar no estudo e de dar as respostas que entendessem, os questionários eram anónimos e foi garantida a confidencialidade dos mesmos, não houve sobreposição dos interesses dos investigados aos interesses dos investigadores nem qualquer risco associado à sua participação.

## Capítulo 2. Desenho de Investigação

### i. Tipo de estudo

Quanto à forma de abordagem esta é quantitativa (de acordo com Fortin (1996), consiste num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis), transversal (pois fornece informação acerca de uma situação num determinado momento), descritivo / correlacional (consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas relações entre os conceitos a fim de se obter um perfil geral do fenómeno, mas o exame dos tipos e dos graus de relações não são os objectivos deste nível de investigação) e realizada em meio natural (Escola Secundária de Espinho, ou seja, os profissionais questionados não serão sujeitos a qualquer tipo de controlo laboratorial). No estudo em questão, pretende-se explorar o consumo de álcool nos professores, sendo por isso o objectivo: *Conhecer os padrões de consumo de álcool dos professores numa escola Secundária de Espinho; Identificar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas nos professores; Conhecer as diferenças no consumo de bebidas alcoólicas em função do género nos professores; Conhecer as diferenças no consumo de bebidas alcoólicas em função da idade nos professores; Conhecer as diferenças no consumo de bebidas alcoólicas em função do estado civil nos professores.*

### ii. População/ Amostra

Não sendo possível estudar uma população, foi seleccionada uma amostra que, de acordo com Fortin (2000, p.202), “(...) é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população”. É uma réplica da população-alvo. O mesmo autor diz que a amostra “deve ser representativa da população visada”, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada caso contrário será uma amostra enviesada pois não permite a generalização.

A população em estudo foi o conjunto de professores a exercer funções numa Escola Secundária em Espinho. Integra 160 professores sendo 140 Mulheres e 20 Homens. Compreendem as idades entre os 25 e os 60 anos.

Neste estudo foi utilizado o método de amostragem não probabilística acidental, uma vez que, o questionário foi entregue a professores que se encontravam na escola no momento da colheita de dados e, tendo em conta a população de professores da escola, de acordo com o género, foram seleccionados 9 homens e 56 mulheres, que constituem cerca de 30% da população; amostra esta considerada suficiente para o estudo. O único critério de inclusão definido foi ser professor na referida escola.

### iii. Definição das variáveis

Tendo presente os objectivos apresentados e a procura de resposta para o problema formulado, foram definidas as variáveis dependentes e independentes. Em investigação, variável é qualquer coisa que seja observável, que pode ser passível de mudança. Esta pode alterar-se em quantidade ou em qualidade. “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.” (Fortin 1999, p.36)

Para este estudo consideramos duas variáveis, a variável dependente e a independente.

#### a) Variável dependente

A variável dependente está sempre subordinada a outra variável, variando pela acção da variável independente. Segundo Fortin (1999, p.37) trata-se de “ (...) o comportamento, resposta ou o resultado observado, que é devido à presença da variável independente”. A variável dependente em estudo é o “Padrão de consumo de álcool dos Professores de uma Escola Secundária de Espinho”.

b) Variáveis independentes / atributo

As variáveis independentes são aquelas que determinam a evolução da variável dependente, isto é, aquelas que “(...) o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.”(Fortin 1999, p. 37). É factor determinante, condição ou causa para determinados resultados, efeito ou consequência.

Face ao citado, as variáveis independentes definidas para o estudo foram: o género, a idade e o estado civil.

Na medida em que a amostra foi caracterizada segundo estes três aspectos, estas variáveis foram também de atributo.

iv. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário (Anexo 4). Este instrumento de colheita de dados permite obter informações num curto espaço de tempo, pode abranger um grande número de pessoas, facilita o tratamento de dados, garante o anonimato pois não é necessária a presença do pesquisador e o inquirido tem mais tempo para pensar nas respostas. No entanto, também apresenta algumas desvantagens como poderem surgir não-respostas e não se poder ter a certeza de que as respostas foram dadas pela pessoa que se pretendia questionar.

Neste estudo não foi necessário realizar o pré-teste pois o questionário utilizado (AUDIT) já se encontrava normalizado.

Com um questionário estruturado, o questionado está sujeito às questões formuladas sem as poder alterar. O objectivo das questões é colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos participantes.

O questionário aplicado na Escola Secundária foi o AUDIT, cientificamente testado, que é constituído por 10 questões sobre o consumo de álcool, sintomas de dependência

e problemas relacionados com o álcool. Os dados para a caracterização da amostra em estudo foram obtidos na Parte I do questionário, da questão 1 à 3 (Género; Idade e Estado Civil). Na parte II encontram-se 10 questões do Questionário AUDIT (Teste que identifica os transtornos com o consumo de álcool e identifica as pessoas com padrão de consumo de álcool).

### Capítulo 3. Tratamento e análise de dados

A distribuição e recolha dos questionários aconteceram durante o mês de Março.

Os dados foram posteriormente tratados e analisados estatisticamente, mediante recurso a programas estatísticos (Excel e SPSS - *Programa Statistical Package for Social Sciences 13,0 for Windows.*).

Foi realizada a análise estatística dos valores descritivos da amostra sendo os resultados apresentados sob a forma de gráficos e de tabelas. As medidas estatísticas utilizadas foram frequências relativas e absolutas, a média, a moda e a mediana.

## IV. Fase empírica

## Capítulo 1. Apresentação e Análise de dados

No sentido de responder às questões da investigação, é necessário tratar os dados recolhidos com vista ao sucesso da investigação. Fortin (1999, p. 56) refere que “ (...) o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo ”.

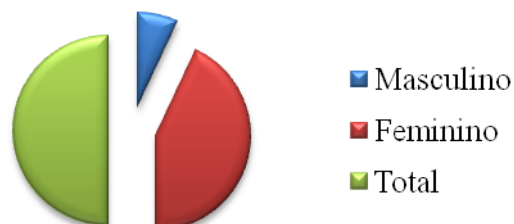
**Género**

Tabela 1 – Género

<b>Género</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Masculino	9	13,80
Feminino	56	86,20
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 1 e do gráfico circular 1, podemos verificar que 13,80% (9) dos questionados são do género masculino e 86,20% (56) são do género feminino.

Gráfico 1 – Género

**Género**

**Idade**

Tabela 2 - Idade

Idade	F	%
25 – 34 anos	12	18,50
35 – 44 anos	20	30,80
45 – 54 anos	16	24,60
Mais de 55 anos	16	24,60
Não responde	1	1,50
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 2 e do gráfico de circular 2, pode-se verificar que 18,50% (12) dos questionados tem entre 25 e 34 anos, 30,80% (20) tem entre 35 e 44 anos, 24,60% (16) tem entre 45 e 54 anos, 24,60% (16) tem mais de 55 anos e 1,50% (1) não respondeu.

Gráfico 2 – Idade

**Idade**

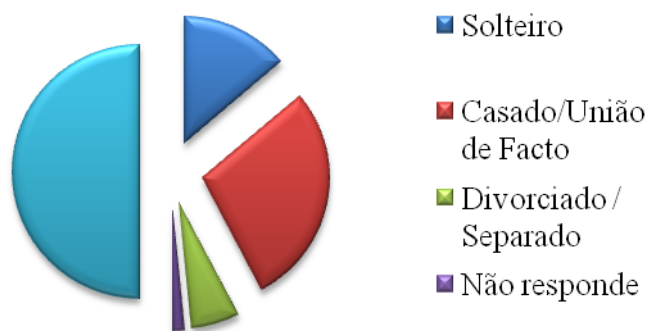
**Estado civil**

Tabela 3 – Estado Civil

Estado Civil	F	%
Solteiro	18	27,70
Casado/União de Facto	37	56,90
Divorciado / Separado	8	12,30
Não responde	2	3,10
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 3 e do gráfico circular 3, pode-se verificar que 27,70% (18) dos questionados são solteiros, 56,90% (37) são casados ou vivem em união de facto, 12,30% (8) são divorciados ou separados e 3,10% (2) não responderam (não indicaram qual o seu estado civil).

Gráfico 3 – Estado Civil

**Estado Civil**

**AUDIT – Questão 1**

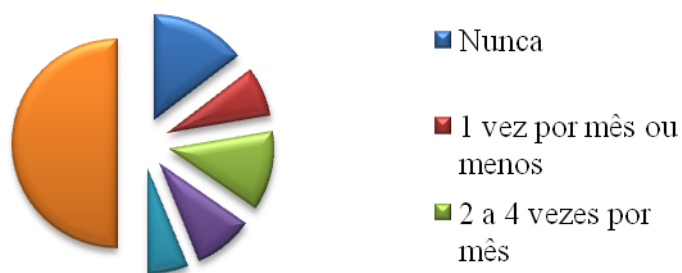
Tabela 4 – Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

AUDIT – Questão 1	F	%
Nunca	19	29,20
1 vez por mês ou menos	10	15,40
2 a 4 vezes por mês	16	24,60
2 a 3 vezes por semana	12	18,50
4 ou mais vezes por semana	8	12,30
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 4 e do gráfico circular 4, pode-se verificar que 29,20% (19) dos questionados nunca consome bebidas alcoólicas, 15,40% (10) dos inquiridos consome bebidas alcoólicas uma vez por mês ou menos, 24,60% (16) consome bebidas alcoólicas duas a quatro vezes por mês, 18,50% (12) consome bebidas alcoólicas duas a três vezes por semana e 12,30% (8) consome bebidas alcoólicas quatro ou mais vezes por semana.

Gráfico 4 – Questão 1 (AUDIT)

**Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?**



**AUDIT – Questão 2**

Tabela 5 – Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

<b>AUDIT – Questão 2</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Uma ou duas	46	70,80
Três ou quatro	2	3,10
Cinco ou seis	0	0
Sete ou oito	0	0
Dez ou mais	0	0
Não responde	17	26,10
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 5 e do gráfico circular 5, pode-se verificar que 70,80% (46) dos questionados quando bebem, num dia normal consomem uma ou duas bebidas contendo álcool, 3,10% (2) dos questionados quando bebem, num dia normal consomem três ou quatro bebidas contendo álcool e 26,10% (17) dos questionados não reponderam.

Gráfico 5 – Questão 2 (AUDIT)

**Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool  
consome num dia normal?**



**AUDIT – Questão 3**

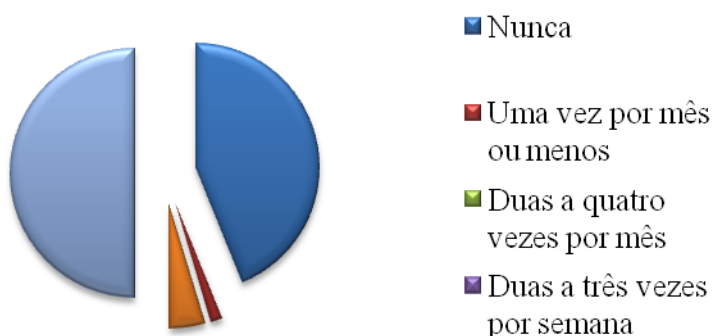
Tabela 6 – Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

<b>AUDIT – Questão 3</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nunca	57	87,70
Uma vez por mês ou menos	2	3,10
Duas a quatro vezes por mês	0	0
Duas a três vezes por semana	0	0
Quatro ou mais vezes por semana	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 6 e do gráfico circular 6, pode-se verificar que 87,70% (57) dos questionados nunca consomem seis bebidas ou mais numa única ocasião e 3,10% (2) dos questionados consomem seis bebidas uma vez por mês ou menos e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 6 – Questão 3 (AUDIT)

**Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?**



**AUDIT – Questão 4**

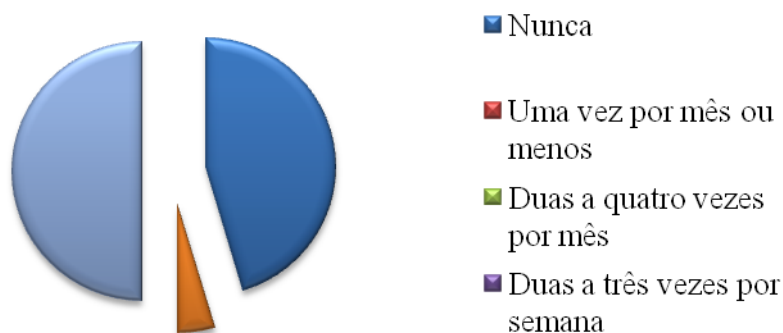
Tabela 7 – Nos últimos 12 meses, com que frequência se percebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

<b>AUDIT – Questão 4</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nunca	59	90,80
Uma vez por mês ou menos	0	0
Duas a quatro vezes por mês	0	0
Duas a três vezes por semana	0	0
Quatro ou mais vezes por semana	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

No que concerne à distribuição da amostra relativamente à frequência com que se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar (nos últimos 12 meses) pode-se verificar através da análise da tabela de frequências 7 e do gráfico circular 7, que 90,80% (59) dos questionados afirma que nos últimos 12 meses nunca se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 7 – Questão 4 (AUDIT)

**Nos últimos 12 meses, com que frequência se percebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**



**AUDIT – Questão 5**

Tabela 8 – Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

<b>AUDIT – Questão 5</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nunca	59	90,80
Uma vez por mês ou menos	0	0
Duas a quatro vezes por mês	0	0
Duas a três vezes por semana	0	0
Quatro ou mais vezes por semana	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

No que concerne à distribuição da amostra relativamente à frequência com que não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido (nos últimos 12 meses) pode-se verificar através da tabela de frequências 8, bem como através do gráfico circular 8, que a totalidade dos indivíduos que referiram consumir bebidas alcoólicas (90,80% (59), afirma que nos últimos 12 meses nunca aconteceu não conseguir cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 8 – Questão 5 (AUDIT)

**Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**



- Nunca
- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês

**AUDIT – Questão 6**

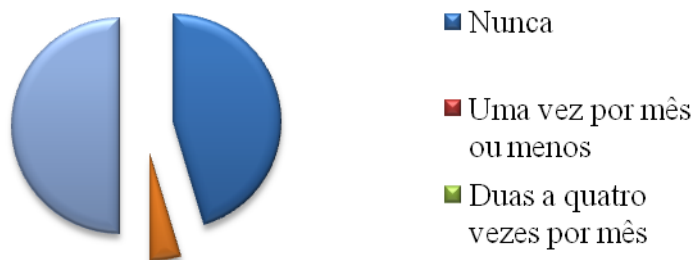
Tabela 9 – Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?

<b>AUDIT – Questão 6</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nunca	59	90,80
Uma vez por mês ou menos	0	0
Duas a quatro vezes por mês	0	0
Duas a três vezes por semana	0	0
Quatro ou mais vezes por semana	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

No que concerne à distribuição da amostra relativamente à frequência com que precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca (nos últimos 12 meses) pode-se verificar através da tabela de frequências 9, bem como através do gráfico circular 9, que a totalidade dos indivíduos que referiram consumir bebidas alcoólicas 90,80% (59), afirma que nos últimos 12 meses nunca precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 9 – Questão 6 (AUDIT)

**Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?**



**AUDIT – Questão 7**

Tabela 10 – Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

<b>AUDIT – Questão 7</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nunca	58	89,20
Uma vez por mês ou menos	1	1,60
Duas a quatro vezes por mês	0	0
Duas a três vezes por semana	0	0
Quatro ou mais vezes por semana	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 10 e do gráfico circular 10, podemos verificar que 89,20% (58) dos questionados nos últimos 12 meses nunca tiveram sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido, 1,60% (1) dos questionados nos últimos 12 meses tiveram sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido uma vez por mês ou menos e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 10 – Questão 7 (AUDIT)

**Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?**



- Nunca
- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês

**AUDIT – Questão 8**

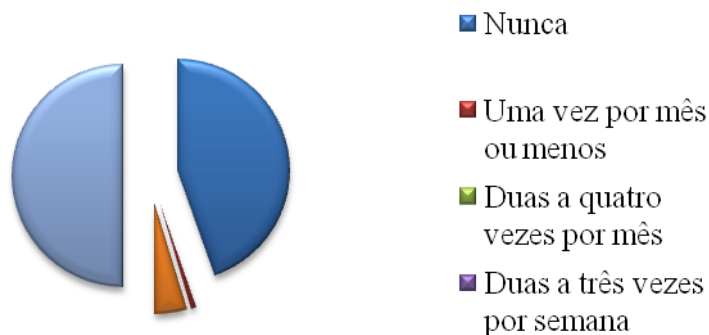
Tabela 11 – Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

<b>AUDIT – Questão 8</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nunca	58	89,20
Uma vez por mês ou menos	1	1,60
Duas a quatro vezes por mês	0	0
Duas a três vezes por semana	0	0
Quatro ou mais vezes por semana	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 11 e do gráfico circular 11, pode-se verificar que a 89,20% (58) dos questionados nos últimos 12 meses não se lembrarem da noite anterior por causa de terem bebido, 1,60% (1) dos questionados afirmam que nos últimos 12 meses não se lembraram do que aconteceu na noite anterior por causa de terem bebido uma vez por mês ou menos e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 11 – Questão 8 (AUDIT)

**Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?**



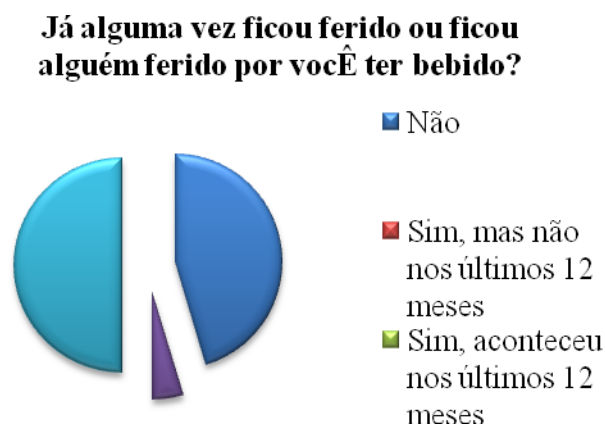
**AUDIT – Questão 9**

Tabela 12 – Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

<b>AUDIT – Questão 9</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Não	59	90,80
Sim, mas não nos últimos 12 meses	0	0
Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

No que concerne à distribuição da amostra relativamente ao facto de alguma vez ter ficado ferido ou ter ferido alguém por ter bebido pode-se verificar através da tabela de frequências 12, bem como através do gráfico circular 12, que a totalidade dos indivíduos que referiram consumir bebidas alcoólicas 90,80% (59), afirma que nos últimos 12 meses não ficou ferido ou feriu alguém por ter bebido e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 12 – Questão 9 (AUDIT)



**AUDIT – Questão 10**

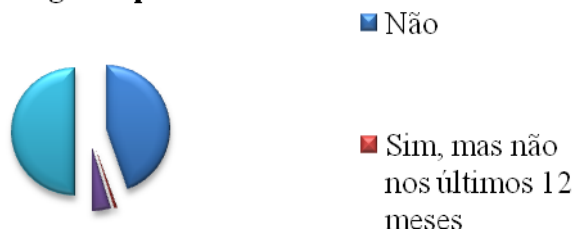
Tabela 13 – Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugerido que deixasse de beber?

<b>AUDIT – Questão 10</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Não	58	89,20
Sim, mas não nos últimos 12 meses	1	1,60
Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	0	0
Não responde	6	9,20
Total	65	100,00

Através da análise da tabela de frequências 13 e do gráfico circular 13, podemos verificar que 89,20% (58) dos questionados afirmaram que nos últimos 12 meses não houve nenhum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde que tenha manifestado preocupação pelo seu consumo de álcool ou que tenha sugerido que deixasse de beber, 1,60% (1) dos questionados afirma que alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber, mas não nos últimos 12 meses e 9,20% (6) não responderam.

Gráfico 13 – Questão 10 (AUDIT)

**Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**



**Nível de risco resultante da pontuação na escala AUDIT**

Tabela 14 – Zona de Risco I (Género)

Zona de risco I	Feminino		Masculino	
	F	%	F	%
<b>0</b>	11	19,70%	0	0%
<b>1</b>	12	21,40%	0	0%
<b>2</b>	14	25,00%	0	0%
<b>3</b>	8	14,30%	3	33,30%
<b>4</b>	4	7,10%	5	55,50%
<b>5</b>	1	1,80%	1	11,20%
<b>6</b>	0	0%	0	0%
<b>7</b>	0	0%	0	0%
<b>Não respondeu</b>	6	10,70%	0	0%
<b>Total</b>	56	100%	9	100%

Visto a zona de risco predominante ao longo do estudo ser a Zona de Risco I, estudou-se dentro do mesmo o score em que se encontravam os questionados.

Através da análise da tabela de contingência 14 e dos gráficos circulares 14 pode-se verificar os diversos scores da zona de risco I em relação ao género: 19,70% (11 mulheres) das questionadas encontravam-se no score 0; 21,70% (12 mulheres) das questionadas no score 1; 25,00% (14 mulheres) das questionadas encontram-se no score 2; 14,30% (8 mulheres) das questionadas encontram-se no score 3; 7,10% (4 mulheres) encontram-se no score 4; 1,80% (1 mulher) das questionadas encontram-se no score 5 e 10,70% (6 mulheres) das questionadas não responderam.

Através da análise da tabela de contingência 14 e dos gráficos circulares 14 pode-se verificar os diversos scores da zona de risco I, 33,30% (3 homens) dos questionados

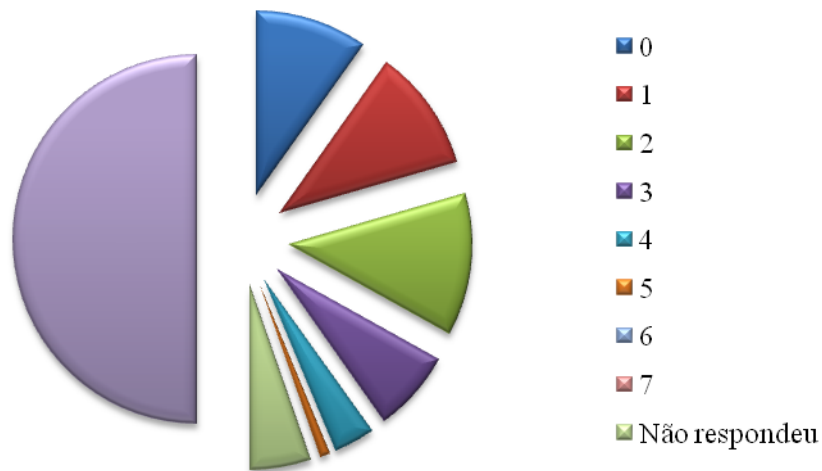
Padrões de consumo de Álcool dos Professores numa Escola Secundária de Espinho

encontram-se no score 3; 55,50% (5 homens) dos questionados encontram-se no score 4 e 11,20% (1 homem) dos questionados encontram-se no score 5.

Pode então constatar-se que nas mulheres o score predominante é o 2 e nos homens é o score 4.

Gráficos 14 – Zona de Risco I (Género)

Scores da Zona de Risco I - Feminino



Scores da Zona de Risco I - Masculino

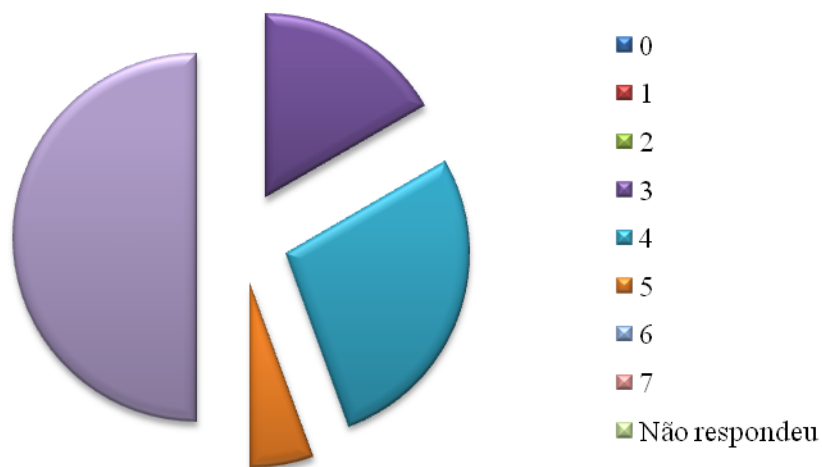


Tabela 15 – Zona de Risco I (Idade)

Zona de Risco I	25 – 34 anos		35 – 44 anos		45 – 54 anos		≥ 55 anos		Não respondeu	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	1	8,30	6	30,00	6	37,5	5	31,25	0	0
1	4	33,30	6	30,00	0	0	1	6,25	0	0
2	2	16,80	6	30,00	3	18,75	3	18,75	0	0
3	4	33,30	1	5,00	3	18,75	2	12,50	0	0
4	1	8,30	1	5,00	2	12,50	5	31,25	0	0
5	0	0	0	0	2	12,50	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não respondeu	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Sub-Total	12	100	20	100	16	100	16	100	1	100
Total	65 Indivíduos									100%

Através da análise da tabela de contingência 15 e do gráfico circular 15 pode-se verificar os diversos scores da zona de risco I em relação às idades: entre os 25 – 34 anos responderam 12 indivíduos em que 8,30% (1) encontravam-se no score 0; 33,30% (4) no score 1; 16,80% (2) no score 2; 33,30% (4) no score 3 e 8,30% (1) no score 4. Entre os 35 – 44 anos responderam 20 indivíduos em que 30,00% (6) encontram-se no score 0; 30,00% (6) no score 1; 30,00% (6) no score 2; 5,00% (1) no score 3 e 5,00% (1) no score 4. Entre os 45 – 54 anos responderam 16 indivíduos em que 37,50% (6) encontravam-se no score 0; 18,75% (3) no score 2; 18,75% (3) no score 3; 12,50% (2) no score 4 e 12,50% (2) no score 5. Nas idades ≥ 55 anos responderam 16 indivíduos em que 31,25% (5) encontravam-se no score 0; 6,25% (1) no score 1; 18,75% (3) no score 2; 12,50% (2) no score 3 e 31,25% (5) no score 4. Um indivíduo não respondeu à questão 2 da primeira parte do questionário relativa à idade.

Pode então constatar-se que nas idades compreendidas entre 25 – 34 anos os scores predominantes são o score 1 e o score 3. Nas idades compreendidas entre 35 – 44 anos

os scores predominantes são o score 0, o score 1 e o score 2. Nas idades compreendidas entre os 45 – 54 anos o score predominante é o score 0. Nas idades superiores ou iguais a 55 anos os scores predominantes são o score 0 e o score 4.

Gráfico 15 – Zona de Risco I (Idades)

**Idades**

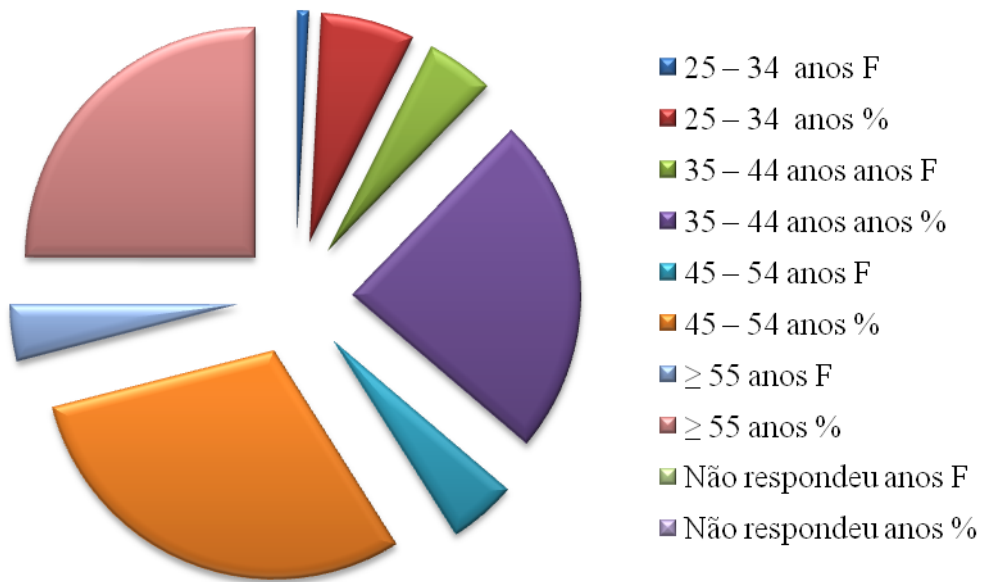


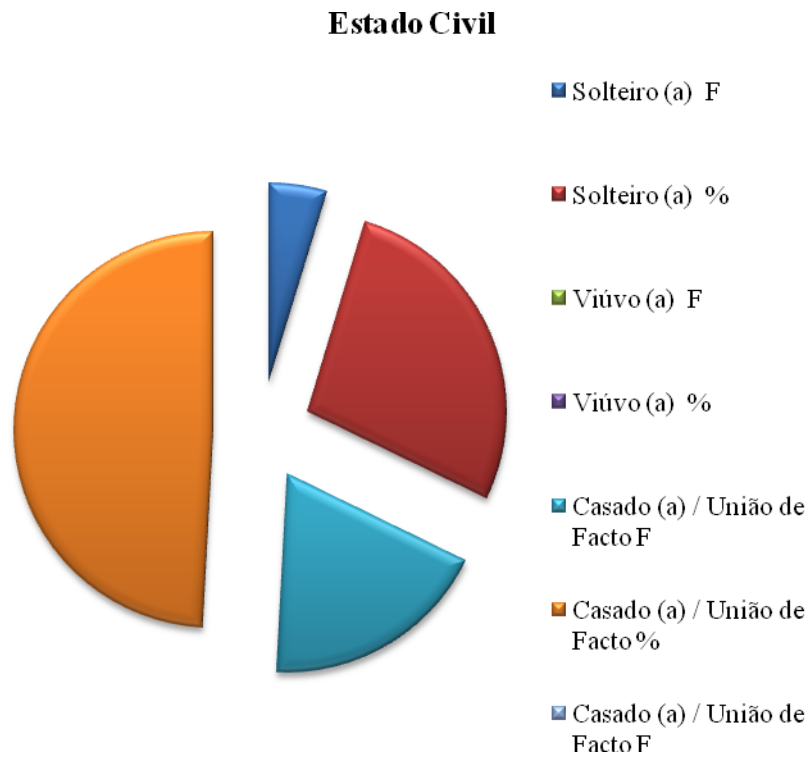
Tabela 16 – Zona de Risco I – Estado Civil

Zona de Risco I	Solteiro (a)		Viúvo (a)		Casado (a) / União de Facto		Divorciado (a) / Separado (a)		Não respondeu	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	3	17,70	0	0	12	31,60	0	0	0	0
1	6	35,30	0	0	6	15,80	0	0	0	0
2	3	17,70	0	0	6	15,80	5	62,50	0	0
3	4	23,50	0	0	5	13,10	2	25,00	0	0
4	1	5,80	0	0	7	18,40	1	12,50	0	0
5	0	0	0	0	2	5,30	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Não respondeu</b>									2	100
<b>Sub-total</b>	17	100	0	0	38	100	8	100	2	100
<b>Total</b>	65 Indivíduos									100%

Através da análise da tabela de contingência 16 e do gráfico circular 16 pode-se verificar os diversos scores da zona de risco I em relação ao Estado Civil dos questionados: dos 65 indivíduos questionados, 17 indivíduos responderam que eram solteiros e encontravam-se 17,70% (3) no score 0; 35,30% (6) no score 1; 17,70% (3) no score 2; 23,50% (4) no score 3 e 5,80% (1) no score 4. Dos 65 questionados 38 indivíduos responderam que eram casados / União de facto e encontravam-se 31,60% (12) no score 0; 15,80% (6) no score 1; 15,80% (6) no score 2; 13,10% (5) no score 3; 18,40% (7) no score 4 e 5,30% (2) no score 5. Dos 65 questionados 8 indivíduos responderam que eram Divorciados / Separados encontravam-se 62,50% (5) no score 2; 25,00% (2) no score 3 e 12,50% (1) no score 4. E dos 65 questionados não responderam à questão 3 da parte 1 do questionário que era sobre o estado civil.

Pode então constatar-se que do estado civil “Solteiro (a)” o score predominante é o 1. Do “Casado (a) / União de Facto” o score predominante é o 0. Do “Divorciado (a) / Separado (a)” o score predominante é o 2. Não obteve-se score do estado civil “Viúvo (a) e 2 dos questionados não responderam.

Gráfico 16 – Zona de Risco I (Estado Civil)



## Capítulo 2. Discussão dos resultados

Este estudo foi realizado não com o objectivo de fazer uma caracterização clínica da classe dos professores relativamente ao alcoolismo, sendo insuficiente para a generalização dos resultados, no entanto, poderá ser ponto de partida para futuros estudos nesta classe de profissionais.

Pôde-se constatar mediante os resultados obtidos que todos se encontram na zona de risco I, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, isto é, o seu consumo é de baixo risco ou abstinência.

Da análise dos diversos scores da zona de risco I verificou-se que nas mulheres o score predominante é o score 2 e nos homens é o score 4.

Pode-se inferir que, de um modo geral, a maior parte dos professores encontram-se longe da fronteira da zona de risco II.

O consumo de álcool não é considerado de risco para a maioria dos questionados, uma vez que as pontuações obtidas na questão 2 e 3 do AUDIT foram zero; contudo 2 questionados encontram-se no nível 1 em ambas as questões. Às questões 4, 5 e 6 todos os questionados obtiveram a pontuação inferior a 1, o que significa que não se encontram em risco de iniciar uma dependência de álcool. Às questões 7 a 10, todos os questionados também se encontram na pontuação inferior a 1, o que significa que não possuem danos relacionados com o álcool (Babor *et al.*, 2001, p. 19).

Dos indivíduos questionados, apenas duas mulheres não responderam ao questionário AUDIT, apenas preencheram os dados sócio demográficos, não tendo inclusivamente uma delas, referido a sua idade.

Como é do senso comum, tradicionalmente o álcool estava associado aos homens, sendo “reprovável” nas mulheres que apenas bebem em ocasiões especiais, e com moderação. Actualmente, com as alterações dos costumes e valores, estudos realizados

em adolescentes e jovens apontam para um aumento do consumo de álcool entre os indivíduos do sexo feminino que iguala e, muitas vezes ultrapassa o consumo verificado pelos indivíduos do sexo masculino.

De acordo com o que acabou de ser referido e, perante esta recusa do preenchimento do questionário por parte de duas mulheres podemos colocar a seguinte hipótese: talvez o não preenchimento do questionário se deva ao facto de o consumo de álcool nas mulheres ainda seja, para algumas, considerado um “tabu”. E, apesar de os questionários serem anónimos, talvez exista algum “desconforto” em abordar o tema “consumo de álcool” quando este diz respeito ao género feminino.

É um tema que poderá ser estudado as representações sociais quanto aos padrões de consumo de álcool, em mulheres de várias faixas etárias, de vários estratos sociais e com vários graus de instrução.

Relativamente ao estado civil, verificou-se que os divorciados/separados apresentavam um score mais elevado, seguindo-se os solteiros e, por último, os casados/união de facto que apresentavam um score 0. Estes resultados poderão levar-nos a pensar que, se devem ao facto de os indivíduos casados/união de facto passarem mais tempo em família e terem responsabilidades sobre os elementos que a compõem. Talvez passem menos tempo com os amigos o que vai fazer com que haja menos oportunidade de beber socialmente. Pelo contrário, os solteiros têm mais disponibilidade para conviverem socialmente o que pode constituir um factor responsável pelo consumo de álcool. Seguindo a mesma linha de raciocínio, em relação aos divorciados/separados a nova situação de “menos responsabilidades familiares” contribui para o aumento de convívio social o que pode estar relacionado com o score mais elevado de consumo de álcool que estes indivíduos apresentam.

Quanto à idade, a predominância do score 0 encontra-se entre os 45 e 54 anos, nomeadamente no que diz respeito às mulheres, verificando-se scores mais elevados nos homens. Dentro da faixa etária dos 25 aos 34 anos, os indivíduos são maioritariamente solteiros o que poderá justificar o score obtido. Embora o número de divorciados com

idade superior a 55 anos não seja relevante, quando comparado com as outras faixas etárias, verifica-se que a maior parte dos indivíduos se encontra no score 4, não havendo diferenças significativas quanto ao estado civil (casados/união de facto e divorciados/separados). Podemos então inferir que o consumo de álcool aumenta com a idade.

De acordo com estes dados pode constatar-se que “ser professor” não é uma profissão de risco em termos de consumo de álcool.

Se estes resultados se pudessem extrapolar para toda a classe docente seria óptimo, uma vez que os professores como educadores têm “obrigação” de alertar os alunos para os riscos de consumo de álcool, quer através da informação prestada, quer através do seu exemplo.

Sendo Portugal um país com tradições em termos de consumo de álcool, é provável que em determinadas regiões do país se encontrem algumas resistências ao nível cultural / tradições.

Podemos verificar isso através dos provérbios e dos mitos relacionados com o álcool, como por exemplo, “O vinho faz criar sangue”, “Ao acompanhar a refeição, o álcool não embriaga”, “O álcool ajuda a digestão” e “O álcool dá força”.

Por outro lado, há o exemplo dos familiares, fazendo com que desde cedo as crianças convivam com a cultura do vinho.

Ao nível das zonas do Litoral, o consumo de álcool está relacionado essencialmente com o stress, devido ao desemprego, pelas condutas sociais em que a uma festa se associa consumo de bebidas alcoólicas e os mais jovens que bebem por “espírito de grupo”, muitas vezes essencial para a sua integração.

## **V. Conclusão**

O álcool é um problema social sobre o qual muitos investigadores se têm debruçado. Actualmente os trabalhos de investigação dão preferência sobretudo ao consumo de álcool por parte dos adolescentes e estudantes. Encontram-se também algumas investigações realizadas em determinados sectores da vida laboral. Relativamente à profissão “professor” não foram encontrados estudos o que, constituiu uma limitação ao meu projecto.

Apesar disso, considera-se o trabalho interessante e útil na medida em que poderá desencadear a realização de futuras investigações. É importante conhecer os padrões de consumo de álcool dos professores pois as atitudes destes profissionais poderão reflectir-se na educação das novas gerações quer ao nível da sensibilização em relação aos comportamentos de risco, quer ao nível da sua acção promovendo a alteração de comportamentos.

Os professores da escola que foram alvo deste estudo não apresentam hábitos de consumo de álcool. Entende-se que seria uma mais valia alargar o estudo a outras escolas de diversas regiões do país e verificar se o meio em que se encontram, nomeadamente o isolamento, é um factor que possa influenciar o consumo de álcool.

## **Bibliografia**

- ✓ Adés, J. e Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos Alcoólicos e seu Tratamento*. Lisboa, Climepsi Editores.
- ✓ American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações mentais* (4ª ed. – TR). Climepsi Editores.
- ✓ Babor, Thomas F., Higgins-Biddle, John C., Saunders, John B., Monteiro. Maristela G. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol*. Organización Mundial de la Salud
- ✓ Bastida, N. (2002). Problemas Laborales Asociados al Consumo de Alcohol. *ADICCIONES*. Volume 14, Supl. 1, pp. 19-29
- ✓ Beaglehole, R., Bonita, R. e Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiologia básica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ Cabral, L. R. (2007). *Consumo de Bebidas Alcoólicas em Rituais/Praxes Académicas*. Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas (Saúde Mental). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- ✓ Dias, Ana M., (2006). *Alcoolismo: Compreensão Psicodinâmica. Etanol, Um Líquido Metonímico*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Ernesto, F. (2008). *Stress e bem-estar na profissão docente: Estudo longitudinal de acordo com o modelo de Karasek*. Mestrado em Psicologia. Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- ✓ Formigoni, M.L. e Castel, S. (1999a). Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. *Parte III - álcool e drogas e transtornos alimentares*. Volume 26, nº 1 Janeiro / Fevereiro

- ✓ Formigoni, M.L. e Castel, S. (1999b). Escalas de Avaliação de Dependência de Drogas: Aspectos Gerais. *Revista de Psiquiatria Clínica Álcool e Drogas. Volume 36, nº 1 /Janeiro/Fevereiro*
- ✓ Fortin, M.(1996). *O processo de Investigação – da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência.
- ✓ Fortin, M.(1999). *O processo de Investigação – da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência.
- ✓ Fortin, M.(2000). *O processo de Investigação – da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência.
- ✓ Garcia, L. e Pereira, A. (2003). Investigando o Burnout em Professores Universitários. *Revista Eletrônica InterAção Psy. nº 1/ Ano 1/ Ago. pp. 76-89*.
- ✓ Gonçalves, Artur. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança. Universidade do Minho.
- ✓ Lino, Tiago A. (2006). *Alcoolismo – da causa à doença*. Trabalho de licenciatura. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>  
[Consultado em 31/02/2010]
- ✓ Martins, Raúl A. (2008). Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para Identificação do Consumo de Álcool entre Estudantes do Ensino Médio. *Revista Interamericana de Psicologia. Volume 42, nº 12, pp307-316*
- ✓ Mello, M.. et al. (1988). *Manual de Alcoologia para o Clínico Geral*. Coimbra, Editora Delagrance

- ✓ Mello, M<sup>a</sup>., Barrias, J. e Breda, J. (2001). *Álcool E Problemas Ligados Ao Álcool Em Portugal*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.
- ✓ Ministério da Educação (2007) Consumo de substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar [Em Linha] Disponível em [http://www.dgide.min-edu.pt/saude/Documents/consumo\\_prev.pdf](http://www.dgide.min-edu.pt/saude/Documents/consumo_prev.pdf) [Consultado em 30/03/2010]
- ✓ Nunes, Laura M., Jóluskin, Gloria (2007). *Drogas e Comportamentos de Adicção: um Manual para Estudantes e Profissionais de Saúde*. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa. Capítulo IX: Alcoolismo
- ✓ Organização Mundial de Saúde. [Em Linha]. Disponível em < <http://www.OMS.pt> >. [Consultado em 3/01/2010]
- ✓ Phipps. Long. Woods. (1990). *Enfermagem Médica-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica. Volume 1*, 1<sup>a</sup> ed. em português. Lusodidacta. Capítulo 12. pp. 171 – 179.
- ✓ Pinto Dr. Augusto. (2008). *O Álcool*. Dianova. [Em linha]. Disponível em [http://www.dianova.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=261&Itemid=140](http://www.dianova.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=261&Itemid=140). [Consultado em 05/04/2010]
- ✓ Schuckit, Marc. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas. Alcoolismo e Toxicodependências Modernas 2*. Lisboa: Climepsi
- ✓ Vieira, Marlene B., Macedo, Daniela M. A., Santos, Íris G. S., e Marcelino-Jr, Cristiano de A. C. (2009) *A Influência do Etanol na Abordagem da Função Álcool*. [Em Linha] Disponível em <http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/R1221-1.pdf> [Consultado em 04/02/2010]