

Liliana de Fátima Nogueira Pinto

**“ Alcoolismo no Feminino: O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Alunas Universitárias
– uma amostra da FCS-UEP do Porto”**

Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

Liliana de Fátima Nogueira Pinto

**“ Alcoolismo no Feminino: O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Alunas Universitárias
– uma amostra da FCS-UEP do Porto”**

Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

Liliana de Fátima Nogueira Pinto

**“ Alcoolismo no Feminino: O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Alunas Universitárias
– uma amostra da FCS-UEP do Porto”**

(Liliana de Fátima Nogueira Pinto)

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

Sumário

Tendo presente o tema deste trabalho, “Alcoolismo no Feminino: O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Alunas Universitárias – uma amostra da FCS-UFP do Porto”, desenvolveu-se um estudo quantitativo e descritivo. Com este trabalho pretende-se descrever o consumo de bebidas alcoolizadas por parte das alunas do quarto ano de Enfermagem.

As questões de investigação a que este trabalho pretende ar resposta são:

- Qual o início do consumo de álcool (idade e com quem foi a primeira experiência?)
- Qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por parte das alunas do quarto ano de Enfermagem da FCS-UFP do Porto?
- Qual a frequência com que os investigados consomem bebidas alcoólicas?
- Qual o tipo de bebida alcoólica mais consumida?
- Quais as principais razões que levaram ao consumo de álcool?
- Quais as principais consequências a curto prazo do consumo de álcool?
- A família dos inquiridos tem hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

Como instrumento de colheita de dados, foi utilizado um questionário, de modo por um lado a caracterizar a amostra e por outro a dar resposta às questões de investigação. Os questionários foram entregues aos 65 elementos constituintes da amostra. O método de amostragem foi o probabilístico, enquanto que o tipo de amostragem foi a amostragem aleatória simples. No tratamento de dados utilizaram-se medidas de estatística descritiva.

Neste trabalho achou-se pertinente abordar conteúdos como: a História do Álcool; o Consumo de Álcool em Portugal; Problemas associados ao álcool; Prevenção do consumo de álcool; o

Consumo de álcool em contexto universitário, Perspectiva histórica sobre o alcoolismo, Dependência alcoólica e o Alcoolismo no Feminino.

Com este trabalho concluiu-se que o início do consumo de álcool é precoce, é geralmente iniciado na companhia de amigos com vista a acompanhar o grupo. Em relação à frequência de consumo comprovou-se que bebem pelo menos uma vez por mês, na companhia dos amigos, no período nocturno em festas/eventos sociais. É de ressaltar que o grupo estudado é um grupo consciente dos efeitos do consumo excessivo de álcool e com autocontrolo.

Dedicatória

*Para o meu Pai (1959-2007)...
... com eterno amor.*

Agradecimentos

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa

Então...

... o meu muito obrigado a todos.

Índice	Página
0 – Introdução	17
I – Fase Conceptual	21
1. Considerações sobre o consumo de álcool e o seu consumo nos jovens	21
1.1. História do Álcool	22
1.2. O Consumo de Álcool em Portugal	26
1.3. Problemas associados ao álcool	27
1.4. Prevenção do Consumo de Álcool	33
1.5. O consumo de álcool em Contexto Universitário	34
1.5.1. Atitudes e Padrões de Consumo	34
1.5.2. Principais factores relacionados com o consumo	38
1.5.3. Variações e contrastes segundo o género	39
2. Alcoolismo	41
2.1. Perspectiva Histórica do Alcoolismo: do Passado ao Presente	42

2.2. A Dependência Alcoólica	44
3. Alcoolismo no Feminino	45
3.1. Especificidades do Alcoolismo no Feminino	45
3.2. Dificuldades de Diagnóstico	47
3.3. Factores fisiológicos e consequências orgânicas	48
3.4. Factores psicológicos – Alcoolismo na Família e na Infância	49
3.5. Comorbilidade Psicológica/Psiquiátrica	50
II – Fase Metodológica	52
1. Tema	52
1.1. Delimitação do Domínio	52
1.2. Questões de Investigação	53
1.3. Objectivos	53
1.4. Justificação do Tema	54
1.5. Aspectos Éticos	55

1.6. Desenho de Investigação	57
1.6.1. Tipo de Estudo	57
1.6.1.1. Meio	58
1.7. População	59
1.8. Processo de Amostragem	59
1.8.1. Amostra	60
1.9. Definição de Variáveis	60
1.9.1. Variável Dependente	60
1.9.2. Variável Independente	60
1.10. Instrumento de colheita de dados	61
1.11. Pré – Teste	61
2. Apresentação e Discussão dos resultados	62
2.1. Caracterização da amostra	62
2.2. Consumo de bebidas alcoólicas	63

2.3. Consumo de bebidas alcoólicas em eventos sociais	67
2.4. Auto-controlo e alterações devido à ingestão de bebidas alcoólicas	69
2.5. Dependência e informação acerca da problemática do álcool	72
2.6. Testes <i>t-student</i>	74
III – Conclusão	76
IV - Referências Bibliográficas	78
V – Anexos	81
Anexos I – Questionário	

Índice de Quadros	Página
Quadro 1 - História do Álcool em Datas	22
Quadro 2 - Efeitos do Álcool no Organismo	28

Índice de Tabelas	Página
Tabela 1 – Idade do primeiro consumo	64
Tabela 2 – Onde e com quem bebeu pela primeira vez	64
Tabela 3 – Razão de ter começado a beber	65
Tabela 4 – Frequência da ingestão de bebidas alcoólicas	66
Tabela 5 – Com quem costuma beber bebidas alcoólicas	66
Tabela 6 – Qual a bebida que bebe com maior frequência	67
Tabela 7 – Consumo de bebidas alcoólicas em eventos sociais	67
Tabela 8 – Situações em que se consome álcool	68
Tabela 9 – Quantidade consumida	68
Tabela 10 – Inconsciência devido ao consumo de bebidas alcoólicas	69
Tabela 11 – Alterações sentidas depois do consumo de álcool	70
Tabela 12 – Necessidade de ser levada a casa devido a não conseguir	70
Tabela 13 – Problemas sentidos após uma noite de excessos	71
Tabela 14 – Necessidade de apoio médico	71
Tabela 15 – Faltar a algum acontecimento importante devido a ressaca	72

Tabela 16 – Consumo de álcool às refeições	72
Tabela 17 – Informação acerca das problemáticas do álcool	73
Tabela 18 – O consumo de álcool após a entrada para a faculdade	73
Tabela 19 - Testes <i>t-student</i>	75

Abreviaturas

p. – página

N – Amostra

M – Média

DP – Desvio Padrão

p – Significância

Siglas

FCS – Faculdade de Ciências da Saúde

UFP – Universidade Fernando Pessoa

OMS - Organização Mundial de Saúde

0. Introdução

No âmbito do plano curricular do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e como requisito para a obtenção do grau de licenciada foi proposto a elaboração de um trabalho de investigação, também denominado por Monografia.

Numa sociedade em que as inovações se sucedem a um ritmo alucinante, levando a uma constante transformação da civilização, surge a necessidade da utilização de conhecimentos, nas diferentes áreas de profissão, o que não seria possível sem a realização de investigação. A investigação científica é, de acordo com Fortin (1999, p.17) “(...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”.

Nenhuma profissão poderá ter um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação, pois este é indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e comportamentos permitindo a melhoria da sociedade em que vivemos. De acordo com Fortin (1999, p.23) “(...) é incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões”.

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999, p.49) “qualquer pessoa [...] começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”. Para o presente Trabalho de Investigação o tema eleito foi: **Alcoolismo no Feminino: O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Alunas Universitárias – uma amostra da FCS-UEP do Porto**. A escolha deste tema surgiu como o intuito de aprofundar os conhecimentos sobre a temática, assim como, com o objectivo de descrever e dar a conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas das alunas do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem, pois, trata-se de uma população com características muito específicas, sendo por isso, importante verificar o modo como este grupo se comporta face ao álcool.

A população é apenas constituída por elementos do género feminino, pois, após ter-se efectuado uma breve pesquisa sobre esta problemática e ter-se comprovado que apesar de

inúmeros estudos indicarem que o consumo de álcool prevalece na comunidade masculina, o mesmo tem vindo a aumentar no género feminino, e, apresenta diferentes características do consumo no género masculino.

Algumas drogas como o álcool, a cafeína e a nicotina são as mais consumidas a nível ocidental, sendo como afirma Schuckit (1998, p.61) “(...) o álcool a mais destrutiva das três”.

O álcool é sem dúvida uma das drogas psicotrópicas que tem o seu consumo aprovado legalmente, assim como, muitas vezes é incitado pela sociedade, nomeadamente pelos meios de comunicação social.

É considerada substância psicoactiva, como descreve Abuchaim (2003), qualquer substância que utilizada por qualquer via de administração produza alterações ao nível da percepção, do funcionamento cerebral, do humor, podendo ser legal, ilícita ou prescrita.

Embora e como já foi referido, o álcool seja aceite pela sociedade, o seu consumo inadequado passa a ser um problema que afecta qualquer estrato social, estando associado a acidentes de viação violência, suicídio e outras situações.

É esta tolerância social, assim como uma deficiente percepção do risco associado à ingestão excessiva, que contribui para a generalização do consumo de álcool entre os adolescentes e jovens.

Actualmente, segundo Coutinho (2006, p.81) “(...) Portugal terá 10% da população adulta dependente o álcool, sendo que na comunidade universitária este valor sobe para o dobro, talvez devido às modificações dos hábitos de consumo”.

Neste trabalho dá-se uma ênfase especial ao Alcoolismo no Feminino, pois e apesar dos estudos realizados na área do alcoolismo remeterem para que o consumo de álcool predomina no género masculino, na comunidade feminina como afirma Teixeira (2007, p.29) “ (...) tem vindo a aumentar nas últimas décadas”.

É um consumo com características diferentes do consumo na comunidade masculina, pois o consumo de álcool nas mulheres é um fenómeno controlado, personalizado e subjectivo (Teixeira, 2007). Mesmo em termos de prejuízos orgânicos, quando ingerida a mesma quantidade de álcool, afectam e são mais graves na mulher.

Como toda a actividade racional, a pesquisa exige que as acções desenvolvidas ao longo do seu processo sejam, efectivamente planeadas através de um projecto de estudo. Seguidamente será feita uma enumeração dos objectivos delineados para esta investigação, seguindo-se de uma breve caracterização das partes constituintes do trabalho.

De acordo com Fortin (1999, p.100) “ objectivo (...) é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”. Assim, os objectivos do nosso trabalho assentam sobre:

➤ Objectivos Académicos:

- Aprofundar conhecimentos na área da investigação;
- Planear e aplicar as etapas inerentes à execução de um projecto de investigação;
- Entender a investigação como metodologia de trabalho e de produção de conhecimento;
- Adquirir competências para o desenvolvimento de trabalhos de investigação;
- Aprofundar conhecimentos acerca da problemática em estudo;
- Dar resposta a um requisito do Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem, funcionando como objecto de avaliação.

➤ Objectivos do Estudo:

- Identificar o início do consumo de álcool (idade e com quem foi a primeira experiência);
- Identificar qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por parte das alunas do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem da FCS-UFP do Porto;
- Identificar a frequência com que os investigados consomem bebidas alcoólicas;
- Identificar qual o tipo de bebida alcoólica mais consumida;
- Identificar as razões que levaram ao consumo de álcool;
- Identificar as consequências a curto prazo do consumo de bebidas alcoólicas;
- Identificar se as famílias dos inquiridos têm hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.

No intuito de perspectivar este trabalho de uma forma clara, metódica e sistematizada, este foi dividido em diferentes partes, sendo a primeira referente à introdução; seguindo-se da fase conceptual que tem como objectivo fundamentar a importância e a investigabilidade do problema central em estudo; a fase metodológica, onde será descrita a metodologia utilizada; a análise e tratamento dos dados; seguindo-se da discussão dos resultados; conclusão; bibliografia e anexos. O instrumento de colheita de dados usado foi um questionário composto por duas partes, de modo a caracterizar a amostra e dar resposta às questões de investigação. Este encontra-se em anexo.

I. FASE CONCEPTUAL

Conceptualizar refere-se a um processo, ou a uma forma ordenada de formular e documentar ideias acerca de um assunto preciso com a finalidade de chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo (Fortin, 1999).

Esta fase é dotada de grande importância, pois é onde se perspectiva a investigação, servindo também como base/suporte de investigação.

É importante que o investigador elabore uma boa questão de investigação, assim como seja capaz de verificar a sua validade com vista a levar a investigação a bom termo.

Matriz Teórica

A matriz teórica, segundo Fortin (1999, p.74) é “(...) um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação”. É a etapa do trabalho em que se reflecte o trabalho de pesquisa bibliográfica realizado, e permitirá contextualizar o estudo pela referência de diferentes posições científicas perante o mesmo objecto.

Optou-se então por abordar temas como: a História do Álcool; o Consumo de Álcool em Portugal; Problemas associados ao álcool; Prevenção do consumo de álcool; o Consumo de álcool em contexto universitário, Perspectiva histórica sobre o alcoolismo, Dependência alcoólica e o Alcoolismo no Feminino.

1. Considerações sobre o consumo de álcool e o seu consumo nos jovens

Pretende-se com este capítulo dar a conhecer a evolução histórica do consumo de álcool, assim como identificar as principais consequências deste consumo e por fim descrever o consumo de álcool na comunidade universitária.

1.1. História do Álcool

Desde os tempos mais remotos que as substâncias psicoactivas exercem sobre o homem fascínio para a sua experimentação.

Esta experimentação, tem em vista como enuncia Borges e Filho (2004, p.3), “(...) procura de vivências de êxtase sensorial, de experiências que lhe permitam sair de si próprio, de se tornar diferente de si mesmo, de atenuar ou acentuar algumas características que pretenda moldar”.

O álcool é conhecido pelo Mundo desde a pré-história e pensa-se que o primeiro contacto tenha sido casual. A sua existência e consumo pode ser traçada a partir da era do paleolítico, onde frutas e mel fermentados seriam fonte de álcool.

Para uma melhor compreensão, elaborou-se uma cronologia referente à história do álcool, sendo que esta cronologia foi adaptada de um texto de Borges e Filho (2004, pp. 5-8).

Quadro 1 – História do Álcool em Datas

8000a.C – Primeiras descrições clínicas sobre intoxicação e cura da ressaca;

4000 a 3500a.C – Fabricação de cerveja a partir de cevada cultivada e fabricação de vinho a partir da uvas de vinhedos;

3500a.C – Registo histórico, num papiro egípcio sobre a primeira fábrica de cerveja;

3000 a 2000a.C – Produção de cerveja floresce nas civilizações da Suméria e Mesopotâmia; descobertas mais de vinte receitas diferentes para produzir cerveja;

1500a.C – Egípcios usavam malte obtido a partir da cevada para produzir açúcar para a

fermentação (técnicas de cervejaria);

Época Romana e Grega – O vinho é exaltado, tendo os seus próprios deuses.

500d.C – O vinho e os seus segredos chegaram à China através da Rota da Seda;

800d.C – Árabes são os primeiros a destilar álcool para produzir perfumes;

Séc. XI – Europeus aprendem a técnica com os árabes; encontram-se em Itália registos de aguardentes;

Idade Média – Através da destilação do álcool (alambique) eram fabricadas bebidas com teor alcoólico acima do 50%;

Até 1500d.C – Consumo diminuído de todos os tipos de drogas;

Depois de 1500d.C – Aumento do consumo de todos os tipos de drogas; Thomas Nash descreve a bebedeira como crime; no reinado de James I há um alastrar do consumo de álcool;

Finais Séc. XVI – O álcool até esta data era designado na Europa por *Aquavitae*;

Descobrimientos – Na América o álcool já estava difundido pelo povo indígena;

1650 – A fabricação de Gin é desenvolvida na Holanda;

Séc. XVIII – Primeiras tentativas para diminuir o consumo de álcool; nos EUA, criadas leis para controlar o crescente número de pessoas embriagadas; criados impostos sobre o álcool; tentativa para definir embriaguez;

Final do séc. XVIII e início do séc. XIX – Desenvolveram-se concepções da embriaguez

como doença através de trabalhos o Dr. Benjamin Rush nos EUA e do Dr. Thomas Trotter na Inglaterra; a cobrança de impostos sobre as bebidas alcoólicas ocasionou protestos inflamados (1794); o imposto federal sobre as bebidas alcoólicas é abolido por recomendação de Thomas Jefferson (1801); Revolução Industrial – o consumo de álcool dispara;

1840 – Em Baltimore seis indivíduos que deixaram de beber fundam a Washington Temperance Society, este movimento expandiu-se pelos EUA;

1843 – Quatro milhões de indivíduos aderiram ao movimento (Washington Temperance Society);

Início da década de 90 – Política americana considera o consumo de drogas um comportamento criminalizante;

Anos 20 – Número de alcoólicos aumenta; a medicina e a psicanálise não têm resultados no combate ao alcoolismo; campanhas de esclarecimento sem resultados; congresso americano proíbe o consumo de álcool através da Lei Seca (1920-1933);

1933 – Com a abolição da Lei Seca, há um aumento progressivo do consumo de álcool que evolui com a II Guerra Mundial;

1935 – Surge oficialmente o movimento dos Alcoólicos Anónimos;

1958 – Em Itália 10% dos terrenos estavam ocupados com viticultura; em Portugal Salazar descreve a situação do país com a frase: “ o vinho dá de comer a um milhão de Portugueses”;

Actualidade – Na Europa o consumo de álcool tem aumentado; em Portugal (2000) o consumo de álcool *per capita* estava situado entre os mais elevados do mundo.

O álcool é uma substância incolor, líquida à temperatura ambiente, odor particular e sabor ardente. É misturável com a água e pode separar-se desta pela destilação, tem ponto de ebulição aos 78,5°.

O etanol (CH₃CH₂OH) é a substância componente das bebidas alcoólicas, daí que são denominadas por bebidas alcoólicas todas as que contêm etanol na sua composição.

A sua produção resulta como atesta Michel (2002, p.102) “ (...) da fermentação do lêvedo do amido ou do açúcar de frutas, cereais, batatas ou cana-de-açúcar”. Estes açúcares através de uma enzima proveniente da levedura, produzem a substância química etanol e dióxido de carbono. O referido processo de fermentação tem em vista a obtenção de uma bebida alcoólica com um teor de álcool no máximo de 13-14%.

Então, quanto à sua origem as bebidas alcoólicas podem ser classificadas como bebidas fermentadas ou bebidas destiladas. As primeiras de acordo com Mello et al. (2001, p.17) obtêm-se “(...) pela fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela acção das leveduras”.

Por sua vez as segundas e de acordo com os mesmos autores derivam “(...) da destilação (por meio dum alambique) do álcool produzido no decurso da fermentação”. Uma vez que as bebidas alcoólicas têm diferentes teores alcoólicos, estas podem fornecer iguais quantidades de álcool se ingeridas em diferentes volumes.

No que respeita à toxicocinética este é absorvido pelo estômago e pelo intestino. Este processo é acelerado por maiores concentrações de álcool e pelo “ estômago vazio”, assim como pela velocidade a que a pessoa ingere a bebida.

Depois desta etapa o álcool é distribuído por igual pelos sistemas e órgãos, atravessando todas as barreiras. Dessa distribuição 2 a 10% é expelido pelos pulmões na respiração, pelos rins na micção e pela pele através da transpiração. O álcool é eliminado por processos metabólicos que ocorrem principalmente no fígado (cerca de 90 %).

1.2. O Consumo de Álcool em Portugal

O álcool tal como já foi referido é uma droga que encontra-se legalizada e é livremente comercializada na sociedade, assim como, a nicotina e a cafeína.

Como expõe Borges e Filho (2004, p.5) este “(...) faz parte dos hábitos alimentares humanos, sendo um elemento quase indissociável dos eventos sociais e recreativos”.

Portugal como enuncia Coutinho (2006, p.81) “(...) terá 10% da população adulta dependente do álcool”, este valor quando se analisa a comunidade universitária aumenta para o dobro, podendo este aumento relacionar-se com a alteração dos hábitos de consumo.

De facto, Dias (2004, p.47) diz que “(...) Portugal surgiu, reiteradamente, entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de álcool a nível Europeu”.

Em Portugal, existem aproximadamente 773.550 doentes alcoólicos. 1.027.850 são bebedores excessivos. Quando analisada, a região do Minho apresenta 88.400 doentes e cerca de 118.410 indivíduos que são bebedores excessivos (Coutinho, 2006).

O álcool como declara Schuckit (1998, p.80) “(...) é uma substância atraente, já que os seus efeitos imediatos em doses moderadas são percebidos pelo consumidor como agradáveis”. No entanto, o consumo desta substância é excessivo por ser responsável por inúmeras doenças. Como expõe Coutinho (2006) o consumo de álcool está associado a mais de 60 doenças, desde, neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças gastrointestinais, doenças neuropsiquiátricas a lesões involuntárias e intencionais.

Tendo em conta o Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999, este demonstrou que 60% da população com 15 ou mais anos residente em Portugal Continental referiu ter consumido pelo menos uma bebida alcoólica durante o ano anterior à entrevista, a frequência de homens era de cerca de 82,2% enquanto que a de mulheres era de 45,8%. No que diz respeito às mulheres esta prevalência era maior no Norte e mais baixa no Algarve (Dias, 2004).

Quando comparados estes resultados com os resultados dos inquéritos de 1987, 1995/1996 verificou-se que a percentagem de consumidores do género masculino tem diminuído em todas as regiões, aumentando os consumidores das faixas etárias entre os 15-17 anos e nos com mais de 75 anos. Em relação às mulheres observaram-se aumentos importantes nas quantidades de álcool consumidas pelas mulheres entre os 15-54 anos na Região do Alentejo e do Algarve (Dias, 2004).

O mesmo autor no que concerne à população escolar portuguesa, refere que os problemas ligados ao álcool na comunidade universitária têm uma prevalência entre 10-20%.

Schuckit (1998, p.91) expressa que o primeiro contacto com o álcool “(...) ocorre entre os 12-15 anos, a primeira embriaguez a meio da adolescência, [...] o primeiro problema relacionado com o álcool entre os 18-25 anos”.

No que diz respeito ao volume de etanol consumido pela população portuguesa, em média cidadão português no ano de 2000, ingeriu cerca de 10,8 litros de bebidas alcoólicas, sendo ultrapassado por países como Luxemburgo (12,1 litros) e Roménia (11,7 litros). Este consumo atingiu valores máximos em Portugal nos anos de 1961 (12,2 litros) e em 1971 (14,3 litros). A cerveja é bebida mais consumida em Portugal, sendo que no ano de 2000 foram consumidos 65,3 litros *per capita* (Dias, 2004).

1.3. Problemas associados ao álcool

O álcool de acordo com Michel (2002, p.105), “(...) é uma droga subestimada, pois a nossa cultura o vê como parte integrante de uma vida «normal»”. No entanto, o seu uso continuado e excessivo pode traduzir-se em danos graves para o indivíduo, família e comunidade.

Como corrobora Schuckit (1998, p.107) o álcool “(...) é uma substância de abuso mais frequente, provocando sérios problemas médicos e psicológicos”, tendo repercussão não só no indivíduo, como na família, trabalho e sociedade.

Neste mesmo seguimento Mello et al. (2001, p.14) declara que o consumo prolongado e excessivo de álcool é “(...) responsável por doença física, psíquica e social do indivíduo”.

Neste contexto a OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1980 decidiu definir todas estas consequências como “ Problemas Ligados ao Álcool”.

Então, esta organização em 1982 declara que estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a colectividade em geral. E, que “as perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado” (Mello et al., 2001, p.16).

Continuamente serão descritos os efeitos/consequências do álcool no organismo, na família, no trabalho e na sociedade.

Efeitos do Álcool nos Sistemas Orgânicos

Como Schenk (2003, p.416) enuncia, “o álcool afecta todos os sistemas orgânicos”. No quadro 2, e para uma melhor compreensão, encontram-se descritos os principais efeitos do álcool nos sistemas orgânicos, quer os imediatos, quer os a longo prazo.

Quadro 2 – Efeitos do Álcool no Organismo

Sistema Orgânico	Efeitos Imediatos	Efeitos a Prazo
Sistema Nervoso Central	Diminuição das funções inibitórias; Redução do autocontrolo e do discernimento; Depressão do SNC com perda da memória e da capacidade de concentração.	Convulsões; Síndrome de Wernike-Korsakoff; Atrofia Cerebral; Perturbações do sono; Lesões nervosas; Neuropatias.
Sistema Cardiovascular	Taquicardia; Depressão vasomotora e vaso dilatação dos vasos cutâneos com hipotensão.	Cardiomiopatia; Hiperlipidemia; Hiperuricemia; Doença das coronárias.
Sistema músculo-esquelético	Redução da consciência da fadiga; Redução da capacidade muscular	Miopatia

	para o trabalho.	
Sistema Imunológico	Maior susceptibilidade à infecção	Infecções e doenças contagiosas
Sistema Gastrointestinal	Estimulação da produção de suco gástrico e das secreções; Irritação da mucosa; Problemas do trânsito intestinal; Náuseas e vômitos.	Pancreatite; Gastrite; Carências nutricionais e vitamínicas; Cancro da boca e do esófago; Síndrome cutânea; Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
Sistema Hepático	Poucas alterações em situação aguda.	Cirrose hepática; Lesão celular; Depleção vitamínica (complexo B); Fibrose celular; Insuficiência Hepática; Fibrose celular; Interferência nos factores de coagulação.
Sistema Renal	Efeito diurético	
Pâncreas	Dor no epigastro (vômitos e rigidez dos músculos abdominais)	Pancreatite
Sistema Hematológico		Anemia; Trombocitopenia; Depressão da medula óssea; Tempo de coagulação prolongado.

De facto como certifica Correia (2004, p.126) o consumo deste tipo de substância “(...) pode provocar estados de intoxicação aguda com agitação psicomotora, desinibição, risco muito elevado de acidentes e comportamentos agressivos”.

Apesar das inúmeras consequências/efeitos do álcool é necessário ter em atenção que as bebidas contêm outros ingredientes para além do etanol. Todos os modos de fabrico de bebidas alcoólicas, citando Schuckit (1998, p.78) “(...) adicionam ingredientes a estas bebidas”, estas substâncias afectam a capacidade/taxa de absorção e distribuição do álcool, podendo também ter efeitos directos no organismo.

Consequências do Consumo na Família

Os problemas associados ao álcool que surgem na família estão relacionados principalmente com a perturbação da família e do lar do alcoólico e com a descendência do alcoólico (Mello et al., 2001). Como tal os principais efeitos vão-se repercutir a nível familiar e a nível dos filhos.

De facto como assegura Abuchaim (2003, p.50) o álcool trás “(...) prejuízo na vida familiar do alcoólico, ocasionando desentendimento entre o casal, e problemas emocionais a longo prazo nas crianças”.

Em relação à vida familiar podem surgir dificuldades materiais, perturbações relacionais, deterioração progressiva do lar e desagregação familiar. No que respeita aos filhos a acção do álcool e do alcoolismo pode ter um efeito indirecto (acção psicológica) e um efeito directo (acção tóxica).

A nível familiar podem ocorrer perturbações de carácter relacional e dinâmico, as relações entre cônjuges como enuncia Mello et al. (2001, p. 72) “(...) podem ir desde a dependência, à agressiva rivalidade e ambivalência”.

Ainda de acordo com os autores supracitados, no caso de desintegração familiar ocorrem transformações e troca de papéis em que em algumas situações pode levar a um reequilíbrio na sua dinâmica.

Em relação aos efeitos do álcool e do alcoolismo na descendência (filhos), o lar de um indivíduo alcoólico é considerado uma fonte de patogenia, quer através de factores de ordem psicológica, quer de ordem tóxica. São factores de ordem psicológica a instabilidade, a insegurança, o ambiente tenso e conflituoso (Mello et al., 2001).

Quando se trata do progenitor há uma ausência da imagem paterna e de autoridade. Quando por outro lado é a mãe, neste caso podem ocorrer situações de falta de afecto, maus tratos físicos e abandono (Mendonça, 1977 *cit. in* Mello et al., 2001, p.72).

Para além destas consequências, as crianças filhas de pais alcoólicos podem ter atrasos de crescimento, dificuldades e insucesso escolar. No que concerne às acções tóxicas estas podem dividir-se em pré-natais e pós-nascimento.

Durante a gestação, mesmo quantidades moderadas de álcool podem afectar seriamente o feto, pode ocorrer um atraso no desenvolvimento físico e mental. Podem surgir situações de Síndrome de Abstinência Fetal, isto é, quando o bebé nasce, nasce dependente do álcool, entrando em crise de abstinência (Michel, 2002).

No que diz respeito às acções tóxicas pós-nascimento, estas relacionam-se com a ingestão precoce de álcool quer durante a amamentação, quer durante a primeira infância (Mello et al., 2001).

Consequências no trabalho

Quando o consumo de álcool torna-se excessivo e prolongado, esta substância converte-se como enuncia Michel (2002, p.109) em algo “(...) mais importante que relacionamentos pessoais, trabalho, diversão, estudo, reputação, ou mesmo que saúde física e mental”.

Pois, de acordo com Schenk (2003, p. 417) o indivíduo entra num estado em que “ (...) bebe para viver e vive para beber”.

Este consumo descontrolado de álcool vai ter consequências no trabalho, uma vez que o Homem passa cerca de um terço das horas do seu dia a trabalhar. Estas consequências podem advir quer dos seus hábitos alcoólicos crónicos, quer dos esporádicos. Estes prejuízos constituem nas sociedades industriais um dos principais problemas médico-sociais. Assim, a não integridade motora e/ou intelectual é um factor responsável pelo aumento a sinistralidade, pela diminuição da performance e da produtividade laboral.

Então, o álcool altera as atitudes, a percepção, a motricidade, o raciocínio, a imaginação e a criatividade do indivíduo. O álcool é responsável por um atraso no tempo de reacção simples, no tempo de reacção a estímulos visuais e sonoros e na velocidade de percepção. Assim, como provoca perturbações na acuidade visual do limiar de fusões de imagens intermitentes,

perturbações da acomodação, perturbações da visão estereoscópica e perturbações do equilíbrio óculo-motor (Mello et al., 2001).

Existe também um défice da atenção, da vigília, da capacidade de recolha de informação e da velocidade de tratamento da mesma, da capacidade de raciocínio e da capacidade de fixação e da evocação mnésica.

No que diz respeito às causas dos acidentes laborais e de viação ligados ao álcool, estes são devidos a erros da percepção, erros de decisão e perturbações do controlo motor. De facto, segundo Mello et al. (2001, p.77) o álcool é um dos factores que põe em risco a aptidão do condutor e/ou trabalhador “(...) através das perturbações que causa a nível da três áreas [...] atitudes, percepção e motricidade”.

Consequências na Sociedade

No decorrer do uso abusivo de álcool podem ocorrer situações de perigo para a sociedade, como, perturbações das relações sociais e da ordem pública, delitos, actos violentos, criminalidade, desemprego, acidentes de viação, deterioração da saúde e do nível de vida e bem-estar da colectividade.

Citando Abuchaim (2003, p.50) um dos efeitos emocionais e comportamentais do álcool é a “(...) alteração do humor, ocasionado raiva, comportamento violento”, esta alteração do comportamento pode ter efeitos directos na sociedade, estando muitas vezes na origem de actos violentos.

Pois, como afirma Coutinho (2006, p.82) o alcoolismo está relacionado desde “(...) lesões involuntárias (ex. acidentes e quedas) a lesões intencionais (ex. suicídio e homicídio)”.

Então, a ingestão imoderada de álcool, como expõe Mello et al. (2001, p.78) “(...) pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade”.

1.4. Prevenção do Consumo de Álcool

Ao longo dos tempos, houve uma preocupação em combater os malefícios do consumo de álcool, no entanto as preocupações e intervenções adoptadas não tiveram muito impacto. Aliás, como afirma Schenk (2003, p.427) “ a prevenção do alcoolismo é uma questão complexa”.

Existem vários exemplos na história que remetem para que o consumo de álcool seja controlado. Noé, só bebeu até se embriagar, quando conseguiu imobilizar a arca em terra firme, até então manteve-se abstinente. Também no Antigo Testamento existem conselhos à mulher (futura mãe), enfatizando que ela durante o período de gravidez não deve beber nenhuma bebida alcoólica. Na Grécia Antiga, não era permitido aos noivos na noite do casamento beberem, pois já era sabido ainda que empiricamente que o álcool tinha efeitos nocivos na descendência. Em períodos críticos da guerra houve proibição legislativa, que temporariamente baixaram os índices de morbilidade pelo álcool, no entanto, também não foi eficaz. Até os movimentos surgidos no século XIX, foram ineficazes, pois encaravam a prevenção como sinónimo de abstinência (Mello et al., 2001).

A prevenção é descrita como complexa pois, não se tomou consciência ao longo dos tempos, como declara Mello et al. (2001, p.107) “(...) que não é possível modificar atitudes culturais com a imposição de leis e que a modificação da opinião pública se faz através de um processo educativo, que necessariamente tem que anteceder e acompanhar a legislação”.

De acordo com os mesmos autores, o objectivo major da prevenção dos problemas ligados ao álcool é a “(...) diminuição, quantitativa e qualitativa, destes problemas através de acções que se lhes antecipem, nos seus desenvolvimentos e efeitos” (2001, p.108).

Nesse caso, como define Schenk (2003, p.428) a “(...) chave da prevenção parece ser a educação, especialmente o ensino aos mais jovens sobre os perigos do uso e abuso do álcool”.

Na intervenção preventiva distinguem-se três níveis, prevenção primária, secundária e terciária. O objectivo do primeiro nível limitar o consumo de álcool ou impedir antes que tenha início, engloba medidas de ordem legislativa e económica, informativa e educativa. O

segundo nível está relacionado com o diagnóstico e tratamento imediatos dos indivíduos já atingidos. Por fim, o terceiro nível tem como objectivo o fim do consumo compulsivo de álcool, ou a minimização dos efeitos negativos do seu uso mediante o tratamento e reabilitação (Schenk, 2003).

Em suma, os resultados de uma intervenção preventiva tornam-se mais favoráveis de acordo com Mello et al. (2001, p.109) através “(...) da prática de estratégias e métodos diversificados”, isto é, através da educação a par da legislação, de medidas de ordem social e económica, diagnóstico e tratamento de indivíduos afectados e da sua reabilitação e reintegração social.

1.5. O Consumo de Álcool em Contexto Universitário

Neste capítulo pretende-se dar uma panorâmica do consumo de álcool em contexto universitário. Abordar-se-á temas como atitudes e padrões de consumo; principais factores relacionados com o consumo e variações e contrastes segundo o género.

Os comportamentos de consumo de bebidas por parte dos jovens são múltiplos e portanto como afirma Adés e Lejoyeux (2004, p.76) “(...) devem ser interpretados em função do contexto psicológico e social, dos comportamentos de dependência associados, da existência ou ausência de angústia psicossocial”.

1.5.1. Atitudes e Padrões de Consumo

O primeiro contacto com o álcool acontece como descreve Adés e Lejoyeux (2004, p.26) “ (...) em idades variáveis, em circunstâncias sociais diversas e os seus efeitos diferem consoante os sujeitos”. Este primeiro contacto como enuncia Schuckit (1998, p.91) “(...) ocorre entre os 12-15 anos de idade”.

Beber é algo normativo nas sociedades ocidentais e a adolescência é uma época de aprendizagem do comportamento dos adultos. De facto como expõe Michel (2002, p.105) “aprender a “beber” é uma das tarefas da adolescência, um dos marcos que indicam a entrada na vida adulta”.

Então, o consumo ocasional ou abusivo de álcool, pode significar, comportamento adaptativo de integração no mundo dos adultos, comportamento de automedicação e comportamento toxicomaniaco.

De acordo com Freyssinet-Dominjon (2006, p.27) o consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes universitários “(...) é regulado(...) por regras e interditos táticos”. Todos os consumos têm um conjunto de regras de saber viver e civilidade, por exemplo os hábitos alimentares e o modo de se comportar à mesa são introduzidos na família precocemente, o que faz com que estes sejam tão naturais não, necessitando de justificações. Não se passa o mesmo com o consumo de bebidas alcoólicas, o que explica que muitas vezes os discursos sobre o álcool sejam contraditórios nesta comunidade.

Por isso, encontra-se num mesmo discurso, como declara a autora anteriormente citada “(...) dois princípios diametralmente opostos” (2006, p.27), isto porque as regras que os jovens têm referentes ao consumo de álcool, nem sempre correspondem aos comportamentos dos mesmos.

Então estas regras alusivas ao consumo de bebidas alcoolizadas têm um estatuto específico, pois, citando Freyssinet-Dominjon (2006, p.28) estas regras “ não são nem totalmente fixas, nem totalmente respeitadas, nem totalmente obrigatórias”. Existem, portanto contrastes nesta população estudantil.

O padrão de consumo de álcool pode ser descrito tendo em conta dois princípios, o da temporalidade e/ou o das quantidades consumidas. O acto de beber, está ao mesmo tempo associado a interdições e a obrigações. Para os jovens há o consumir obrigatório, assim como para todos também existem limites.

As quantidades diárias consumidas não descrevem o quão específico é o consumo de álcool entre os jovens, pois este é marcado pela sua irregularidade. Para os estudantes, como já foi referido, há circunstâncias em que bebem e outras em que o beber está completamente excluído. Logo, como Freyssinet-Dominjon (2006, p.29) atesta “(...) o consumo inscreve-se em espaços-tempos bem específicos”.

Os jovens não acreditam nas virtudes intrínsecas do álcool, virtudes como “o álcool aquece”; “o álcool dá forças”, não fazem parte do discurso dos mesmos. Os jovens quase nunca bebem álcool às refeições da semana, também não bebem pelo prazer gustativo, até porque a maioria das vezes referem não gostar do sabor, daí terem preferência pelos Cocktails com sabor a fruta, pois permitem usufruir dos efeitos do álcool mas, com um sabor mais agradável. Este consumo também está bem separado da vida quotidiana, neste curso os jovens condenam duas formas de beber, a do alcoólico e a do bebedor moderado e diário (Freysinet-Dominjon, 2006).

Para os estudantes universitários inquiridos no estudo de Freysinet-Dominjon, o alcoólico é aquele que bebe sozinho, está bêbado desde manhã, é violento, e bebe quase exclusivamente vinho, é também alguém que já não é jovem. É portanto, alguém que bebe muito todos os dias, há muito e não consegue ficar um dia sem beber.

Estes mesmos jovens condenam o bebedor moderado e diário, ou seja, os indivíduos que bebem diariamente, ainda que pouca quantidade não, conseguindo quebrar esta rotina. Esta imagem corresponde geralmente à dos seus pais.

Eles condenam estas duas formas de beber, pois consideram que há uma dependência, o que não acontece com os seus consumos, pois para além de existir uma descontinuidade nos seus consumos, estes estudantes afirmam conseguir estar sem beber álcool durante grandes períodos de tempo (meses a anos), sem sentirem necessidade de tal.

Para os jovens, beber “(...) é um acto festivo” (Freysinet-Dominjon, 2006, p.34). Pois, o álcool é a maioria das vezes associado a festas e a noites passadas com os amigos, é uma das principais normas desta comunidade. Como já foi declarado, existe uma descontinuidade no tempo de beber, pois para os jovens tem que existir uma ruptura entre o tempo de trabalho e o tempo de lazer.

A partir deste pressuposto, o da ruptura entre o trabalho e as saídas, surgem essencialmente duas oposições, a primeira entre as férias de verão e o ano universitário e a segunda entre a semana e o fim-de-semana.

As férias são por norma o momento da primeira experiência de embriaguez, são descritas (férias) como momentos de inteira liberdade. Esta liberdade contrasta com o ano universitário, pois este é ritmado e está temporalmente delimitado (Freyssinet-Dominjon, 2006). Este sentimento de liberdade é mais acentuado quando as férias decorrem longe das suas casas.

De facto, estar num tempo e espaço à parte, como diz Freyssinet-Dominjon (2006, p.34) “(...) está associado muitas vezes a consumos generosos de bebidas alcoolizadas”. Por sua vez o ano universitário marcado por períodos de trabalho, de estudo e exames faz com que as saídas se tornem mais raras.

A oposição entre a semana e o fim-de-semana é a mais acentuada. Os jovens referem que o consumo de álcool é necessário para marcar o término da semana e o início e desenrolar do fim-de-semana e para curtir. Logo, aqui o álcool surge como um elemento separador entre o trabalho e os tempos livres.

Os jovens geralmente não bebem durante o dia, aliás, de acordo com Freyssinet-Dominjon (2006), as noites para os jovens não têm limites, e as noites de fim-de-semana, começam à meia-noite e não podem acabar senão de madrugada.

Esta concepção binária do tempo, ou seja, a delimitação clara entre o trabalho e o lazer, faz com que as saídas sejam programadas e regulares, estas noites desenrolam-se segundo um padrão geralmente constante, resumem-se em duas etapas.

A primeira etapa consiste no encontro do grupo em casa de alguém ou em um outro local, como um bar. É o chamado pré-aquecimento e tem em vista reconstituir o grupo. Depois numa segunda etapa há a saída para casa de alguém ou para o exterior (Freyssinet-Dominjon, 2006).

O consumo de álcool por esta comunidade é, como já vimos marcado pela temporalidade, no entanto as quantidades e as formas de beber não são comuns a toda a população. Daí ser possível a identificação de quatro tipos de bebedores. Estes são identificados tendo em conta “(...) os usos da alcoolização e os sentidos que os jovens lhe atribuem” (Freyssinet-Dominjon, 2006, p.44).

O primeiro tipo, denominado por não bebedor ou pequeno bebedor ocasional, é constituído por jovens que nunca bebem ou raramente consomem álcool. Mas, como sugere Freyssinet-Dominjon (2006, p.45) “(...) a abstinência total é rara nos jovens adultos estudantes”. Pois, mesmo os ditos “não bebedores” não se coíbem de beber por vezes uma taça de champanhe ou uma outra bebida alcoólica numa ocasião que o exija, no entanto, nunca se embriagam.

No segundo tipo, o pequeno bebedor regular ou o bebedor adulto, o consumo de álcool é caracterizado como, sendo regular, diário, moderado, onde as condutas de excesso são reprovadas. É tipo mais atípico na comunidade universitária (Freyssinet-Dominjon, 2006).

De acordo com a mesma autora, o terceiro tipo, o chamado bebedor de fim-de-semana é o mais típico na população universitária. Estes geralmente não bebem álcool durante a semana, consomem grandes quantidades nas noites de fim-de-semana, a embriaguez é ocasional e referem que o álcool é necessário para o êxito da noite.

Por fim, do quarto tipo intitulado por “ beber por beber” fazem parte os jovens que têm orgulho dos seus excessos e divertem-se com a ressaca. Então, como Freyssinet-Dominjon (2006, p. 48) expõe, estes quatro tipos de beber são considerados como “(...) quatro sistemas de comportamentos e significações distintos, relativamente autónomos uns dos outros”.

No que respeita à embriaguez, segundo a autora supracitada, os jovens vêem-na como “(...) uma possibilidade de fugir à rotina do quotidiano, de aceder a uma melhor comunicação com o outro, de entrar num ambiente de festa”. De facto os jovens vêem o álcool como uma essência que os ajuda a libertarem-se, a soltarem-se e a ultrapassar a timidez.

1.5.2. Principais factores relacionados com o consumo

O consumo de álcool actualmente é influenciado por vários factores, podendo estes serem de natureza social, económica ou política. Quando se analisam algumas destas causas desencadeantes do consumo excessivo de álcool nos jovens, deve ter-se em atenção diferentes aspectos, nomeadamente individuais, socioculturais e outros relacionados com a bebida.

Como anteriormente foi referido existem vários factores que influenciam o despoletar do consumo de álcool. Estes podem ser influenciados pelos amigos na adolescência, por curiosidade, por imitação, ou por incentivo dos pais e ou familiares que consomem bebidas alcoólicas. Assim como, pode ter influências sociais como, por exemplo, a publicidade e também influências culturais.

No que diz respeito à publicidade, os jovens são uma presa fácil, pois as campanhas publicitárias apelam e reforçam a ideia do facultamento das relações interpessoais, amorosas e de integração no grupo ou, atribuindo ao álcool sinónimos como o sucesso e aliando-o a um determinado estatuto social.

De facto como Michel (2002) enuncia beber é um acto social válido e as primeiras experiências com o álcool ocorrem na adolescência, marcando a entrada na vida adulta. A nossa sociedade vê também o álcool como componente fundamental para o entretenimento. Também na nossa sociedade existem mitos ligados ao álcool, como o “álcool aquece”, o “álcool mata a sede”, o “álcool dá força”, é “um digestivo”, “abre o apetite”, é “um alimento” é “um medicamento” e por fim o álcool como facilitador das relações sociais.

Aliás, o autor anterior refere que o “(...) álcool é publicitado como se tratasse de um produto de primeira necessidade” (2002, p.233), este mesmo álcool é oferecido aos jovens por uma indústria poderosa, perspicaz e lucrativa como é a da publicidade.

Neste sentido, é importante a nossa sociedade repensar o papel da indústria publicitária, pois o álcool é uma substância que conquista todas as simpatias e engana com as suas características aprazíveis.

1.5.3. Variações e contrastes segundo o género

Para além de semelhanças existentes entre os géneros existem também contrastes. Contrastos, ligados à motivação, à prática e ao valor ligado às condutas de excesso.

Na população jovem, e quando o assunto é embriaguez são constatadas diferenças entre o discurso masculino e o discurso feminino. Para além de as últimas serem menos numerosas,

quando elas fazem um discurso sobre um episódio pessoal de embriaguez fazem-no rapidamente e com modéstia, por sua vez como afirma Freyssinet-Dominjon (2006, p.49) “(...) muitos homens fazem uma narração circunstanciada e pormenorizada das suas carraspanas memoráveis”.

Para os jovens, o estado de embriaguez, pode ser o resultado de várias estratégias com diferentes finalidades. Numa primeira perspectiva a embriaguez pode ser vista como a busca de algo que falta, uma nova experiência.

Os jovens do género masculino muitas vezes referem que na sua adolescência houve em algum momento um elemento que lhes ofereceu álcool, contudo para eles isto não lhes bastou, sendo que depois juntaram-se com os amigos para se embriagarem (Freyssinet-Dominjon, 2006).

Em contrapartida são raras as jovens do género feminino que declaram terem adoptado o comportamento dos jovens do género masculino, isto é, “(...) comportamento voluntarista de se embriagarem apenas com o objectivo de conhecerem os seus efeitos”(Freyssinet-Dominjon, 2006, p.52).

Os jovens de ambos os géneros enunciam que muitas vezes bebem em excesso para relaxar. Para elas o objectivo é atingir um patamar de satisfação com vista a terem uma boa noite. Já eles muitas das vezes procuram deliberadamente a embriaguez, começam pelas bebidas fortes para entrarem mais rapidamente na noite (Freyssinet-Dominjon, p.2006).

O consumo de álcool por parte destes mesmos jovens, tem associado alguns interditos, o principal é a condução automóvel e é unanimemente reconhecido pelos dois géneros.

Uma outra diferença entre os jovens do género masculino e as jovens do género feminino é a representação que ambos têm sobre a mulher que bebe. Eles condenam a imagem da mulher bêbada pois, no cenário das noites de consumo abundante de álcool, é ao homem que compete o papel de bebedor excessivo. No entanto, estes mesmos sujeitos não condenam a mulher que bebe, a mulher pode beber, ficar mais eufórica, o que é condenável é a embriaguez (Freyssinet-Dominjon, 2006).

Segundo a mesma autora, elas também condenam a imagem da mulher embriagada, o que difere é a justificação, pois, segundo estas jovens, uma mulher que bebe nota-se na pele, nas olheiras, transmite uma má imagem. Estas justificações advêm da concepção da natureza da mulher, como um ser delicado e frágil, menos adaptado a estes excessos.

Como já foi referido, ambos os géneros procuram na embriaguez um estado de bem-estar e descrevem este estado de modo diferente. A diferença destaca-se a nível do vocabulário usado, o vocabulário usado pelos jovens do género masculino é mais rico e violento. A linguagem por eles usada “(...) revela furtivamente o carácter arriscado e perigoso do beber excessivo que os jovens do sexo masculino evitam reconhecer explicitamente” (Freyssinet-Dominjon, 2006, p.64).

Estes mesmos jovens vêem a embriaguez como uma proeza, algo com que depois podem vangloriar-se ou simplesmente divertirem-se, contando a aventura.

Em suma, apesar das diferenças encontradas entre estes dois géneros, o que os aproxima é essencialmente o carácter lúdico e distractivo associado à embriaguez, que ambos buscam.

2. Alcoolismo

Com este capítulo pretende-se por um lado fazer uma retrospectiva histórica sobre a evolução do conceito de alcoolismo, posteriormente fazer-se-á uma breve abordagem respeitante à dependência alcoólica.

O alcoolismo como expõe Sequeira (2006, p.121) “(...) constitui uma doença caracterizada pela sua cronicidade e polipatologia, atingindo todos os órgãos e sistemas, todos os metabolismos e todas as funções”.

Este termo, pode significar, tanto beber em excesso, contínua ou esporadicamente, agravando os problemas somáticos, psicológicos e sociais, como não conseguir deixar de beber, o que implica uma situação de dependência (Mello et al., 2001).

O alcoolismo é um problema de saúde pública que atinge todos os níveis sociais, com a iniciação e o aparecimento dos sintomas a surgir precocemente.

2.1. Perspectiva Histórica do Alcoolismo: do Passado ao Presente

Segundo Adés e Lejoyeux (2004, p.41), o conceito de alcoolismo “ (...) abrange um conjunto de atitudes perante o álcool e de comportamentos díspares e heterogêneos”. Este conceito para além do eixo médico, compreende também o eixo comportamental e social.

Aliás Abuchaim (2003, p.49) define o alcoolismo como sendo “(...) uma doença que afecta a saúde física, o bem-estar emocional e o comportamento do indivíduo”.

O termo alcoolismo foi definido pela primeira vez em, 1849, pelo médico sueco Magnus Huss. Citado por Adés e Lejoyeux (2004, p.41), Huss considerava o alcoolismo como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observado nos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante um longo período”.

Jellineck (*cit. in* Dias, 2006, p.29) em 1960 introduziu pela primeira vez o conceito de alcoolismo como doença, dando ênfase à repercussão negativa a nível pessoal e social; definiu-o como sendo uma doença progressiva com um curso fixo e previsível.

Este mesmo autor, também na década de 60 definiu alcoólico como, sendo “(...) todo o indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas possa prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos” (*cit. in* Adés e Lejoyeux, 2004, p.41).

Por sua vez, alcoólico, segundo Pierre Fouquet, psiquiatra francês “(...) é aquele que perdeu a liberdade de se abster do álcool” (*cit. in* Kiritzé-Topor et al., 2007, p.29).

A OMS (*cit. in* Mello et al., 2001, p.15), na década de 80, definiu alcoolismo do seguinte modo, o “ 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”.

Nesta mesma altura, para além de ter definido alcoolismo, esta organização também definiu o alcoólico como doente. Assim sendo, alcoólicos “(...) são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Deve submeter-se a tratamento”.

Em 1986, e com a evolução dos conhecimentos é introduzida a noção de alcoologia por Fouquet (*cit. in* Dias, 2006, p.30), é definida como sendo uma “(...) disciplina cujo objectivo é integrar os conhecimentos provenientes de áreas específicas como a psicologia, a fisiologia e a sociologia”.

Em 1990, a Sociedade Americana de Medicina da Adição (*cit. in* Dias, 2006, p.31), definiu o alcoolismo como “(...) uma doença primária, crónica, caracterizada pela perda de controlo sobre a ingestão de álcool, pela preocupação constante com o álcool e por um consumo persistente de álcool a despeito de surgirem efeitos negativos, por uma distorção na percepção do álcool e por uma negação das alcoolizações”.

Logo o alcoolismo, citando Adés e Lejoyeux (2004, p.25) é “(...) um comportamento patológico de determinismo multifactorial”.

Têm sido avançadas muitas teorias para explicar a etiologia do alcoolismo, no entanto, até agora não existe uma teoria que dê uma explicação cabal para o alcoolismo. Existem essencialmente três teorias. A teoria fisiológica, a teoria psicológica e a teoria sociocultural da etiologia.

Segundo Schenk (2003, p. 415) a primeira assenta no princípio de que há pessoas com “(...) uma predisposição para desenvolverem o alcoolismo, devido a uma deficiência orgânica”. A segunda baseia-se no facto de haver um elemento na estrutura e desenvolvimento da personalidade, que leva ao desenvolvimento desta doença. A última admite existir uma relação entre os diferentes grupos da sociedade e a incidência do consumo de bebidas

alcoholizadas, as atitudes individuais reflectem de certo modo a atitude de uma cultura face ao consumo de álcool.

2.2. A Dependência Alcoólica

O fenómeno da dependência de álcool e de drogas como afirma Dias (2006, p. 29) “(...) adquiriu cada vez mais importância ao longo de todo século XX, tanto a nível conceptual como diagnóstico”.

Esta dependência não é singular, é dupla. Aliás como Kiritzé-Topor et al. (2007, p.31) afirma, trata-se de “ uma dependência física e uma dependência psíquica com uma componente social”.

Segundo o DSM-IV (*cit. in* Kiritzé-Topor et al., 2007, p.31) os critérios de dependência são definidos “(...) por uma utilização inapropriada do álcool que conduz a uma alteração do funcionamento ou a um sofrimento clinicamente significativo”.

A dependência física como Adés e Lejoyeux (2004, p.66) expõe “(...) define-se pela impossibilidade e interromper o consumo de álcool sem que sobrevenham sinais de abstinência”. Corresponde a um estado de adaptação orgânica a longo prazo e está associado à quantidade consumida.

Por sua vez, a dependência psíquica ou psicológica, segundo Kiritzé-Topor et al. (2007, p.31) define-se “(...) por um desejo irreprimível de beber (o *craving*) em determinadas circunstâncias, ou por uma necessidade irresistível de o consumir (a compulsão) e de se repetir esse comportamento”.

Como consequência da dependência, o indivíduo deixa de assumir as suas responsabilidades e deveres familiares, profissionais e corporais. Desvaloriza-se, sofre e é obrigado a aumentar o seu consumo para obter os mesmos efeitos e como meio para fugir à realidade.

3. Alcoolismo no Feminino

Este capítulo encontra-se estruturado em diferentes subcapítulos, onde serão abordadas temáticas como a especificidade do alcoolismo no feminino; as dificuldades de diagnóstico; os factores fisiológicos e as consequências orgânicas, os factores psicológicos e por fim a comorbilidade psicológica/psiquiátrica.

O alcoolismo feminino como uma problemática surge a partir da década de 70, fenómeno que se inicia com a modificação dos papéis da mulher, a qual abandona a vida doméstica para viver de um modo muito mais intenso, integrada na vida social. Essa realidade é influenciada pela publicidade, pelos diferentes cargos profissionais que a mulher passa a desempenhar e pelos conflitos psicológicos.

3.1. Especificidades do Alcoolismo no Feminino

Inúmeros estudos epidemiológicos têm sido realizados no âmbito do consumo de álcool quer por parte dos homens, quer por parte das mulheres. Estes estudos comprovam que o consumo de álcool e o alcoolismo predominam no género masculino. Contudo o alcoolismo no feminino é um fenómeno que “(...) tem vindo a aumentar nas últimas décadas” (Teixeira, 2007, p.29).

Este consumo encontra-se por vezes associado a perturbações do foro psiquiátrico, apresentando um perfil clínico e psicológico específico. É, portanto um consumo com características muito próprias, diferentes o consumo no sexo oposto, aliás como a autora supracitada enuncia, o consumo “(...) é subjectivo, personalizado e parcialmente controlado o que torna o diagnóstico mais difícil e tardio”(2007, p.31).

O alcoolismo entre as mulheres supera as particularidades observadas no âmbito meramente psiquiátrico. Além das características já reconhecidas neste campo, é necessário reconhecer as demais áreas de impacto do consumo de álcool pelas mulheres.

Homens e mulheres com problemas relacionados com o consumo abusivo de álcool experienciam as consequências, o tratamento e todas as etapas inerentes a esta problemática de modo diferente.

Na mulher como descreve Adés e Lejoyeux (2004, p. 71) “(...) as alcoolizações são menos convivias e mais culpabilizadas”. Geralmente estas bebem sozinhas em casa, bebendo em média uma menor quantidade de álcool que os homens. Consomem, tendo em vista a obtenção dos efeitos euforizantes e ansiolíticos do álcool.

O consumo abusivo ou dependência do álcool trás reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e social da mulher.

No alcoolismo feminino a dependência surge mais rapidamente, pois, como declara Adés e Lejoyeux (2004, p.72) é frequente “(...) “queimar” as fases da doença”.

Uma outra especificidade do alcoolismo nesta comunidade é o carácter tardio do diagnóstico. Há também uma grande reprovação social, suscitando sentimentos de culpa na mulher.

O hábito de beber entre as mulheres é mais frequente nas que têm um maior nível educacional, maior poder económico ou trabalham fora de casa (Michel, 2002).

De facto, segundo este mesmo autor, há alguns anos o perfil da mulher alcoólica era o de dona de casa. Nos dias de hoje, o perfil corresponde ao de uma mulher com 18-25 anos que bebe ou inicia o consumo por razões sociais e/ou profissionais.

Existem diversos factores nomeadamente físicos, sociais, psicológicos que influenciam o modo como a mulher gere a problemática; as ocasiões ou situações em que bebe e o modo como nega o problema.

3.2. Dificuldades de Diagnóstico

Tal como anteriormente foi referido uma das maiores oposições entre o alcoolismo masculino e alcoolismo feminino é o carácter tardio do diagnóstico do último, isto porque existem obstáculos que podem interferir e atrasar este mesmo diagnóstico. Estes obstáculos podem ser de natureza individual, institucional, terapêuticos, ligados ao meio e estruturais.

Os obstáculos individuais estão essencialmente relacionados com a natureza da mulher. O reconhecimento do alcoolismo perante os outros não é um acto fácil, pois há uma estigmatização social muito grande face a este reconhecimento.

Esta estigmatização social conduz à vergonha, aliás como afirma Petit (2002, p. 102) “ a própria doente sente frequentemente desprezo pelo seu gesto e ausência de auto-estima”.

Este sentimento de vergonha faz com que a mulher mantenha a alcoolização oculta, mesmo no âmbito do apoio médico. Nestas consultas muitas vezes a mulher refere queixas que frequentemente se sobrepõe a um diagnóstico de ansiedade ou depressão. Estas mulheres sentem também mais desconfiança em relação aos técnicos de saúde, sendo que esta desconfiança pode estar associada a vergonha (Petit, 2002).

Daí que o terapeuta ou médico também possam constituir um obstáculo para o diagnóstico, pois, é necessário que estes estejam preparados para encarar este quadro clínico e para lidar com as suas próprias emoções.

O marido/companheiro de uma mulher alcoólica também pode ser invocado como um obstáculo (ligado ao meio). Este pode impedir ou atrasar o início do tratamento. Um outro obstáculo está relacionado com o papel materno e de guardiã do lar e com o medo e ansiedade que se apoderam desta mulher, ao saber que poderá ter que abandonar o seu papel de mãe e de dona de casa (Petit, 2002).

Para que a mulher possa iniciar um tratamento, quer seja em casa, ou a nível institucional é necessário que esta esteja segura no que respeita ao cumprimento das suas expectativas, tornando toleráveis os inconvenientes do tratamento.

Em suma, como expõe Petit (2002, p.107) os sentimentos como a vergonha e a reprovação “(...) podem a todo o momento interferir e produzir efeitos inibidores, culpabilizantes, desmobilizadores”, afectando tanto a doente, como o cônjuge, os filhos ou a equipa médica.

3.3. Factores fisiológicos e consequências orgânicas

O alcoolismo no feminino é caracterizado essencialmente por um aumento da vulnerabilidade aos efeitos tóxicos do álcool.

Como afirma Kiritzé-Topor et al. (2007, p.82) “(...) o consumo de álcool das mulheres é inferior ao dos homens”, ainda assim os efeitos do álcool fazem-se sentir mais rapidamente e com maior gravidade nas mulheres.

Um espaço hídrico menor, mais tecido adiposo e uma absorção mais rápida provocam uma maior concentração de álcool na corrente sanguínea nas mulheres, ainda que a quantidade de álcool consumido por homens e mulheres seja igual.

A disparidade existente relativamente aos efeitos que o álcool provoca no organismo da mulher e do homem, deve-se ao facto de a metabolização do álcool se dar de modo diferente. As mulheres têm níveis mais baixos de álcool desidrogenase, responsável pelo metabolismo do álcool, tendo como consequência efeitos maiores de toxicidade. As principais consequências são a hipertensão arterial, risco de cirrose hepática, cancro da mama e acidentes cerebrovasculares. Também pela sua menor capacidade metabólica, a mulher tem um processo de alcoolização mais rápido que o homem.

As mulheres também estão mais sujeitas a violência física e psíquica por parte dos companheiros. Verificam-se também dependências associadas, nomeadamente de benzodiazepinas, que aumentam o potencial iatrogénico das diferentes substâncias (Kiritzé-Topor et al., 2007).

Por fim, e não menos importante, as mulheres que têm um consumo abusivo de álcool, apresentam um aumento da infertilidade, assim como da taxa de abortos. Na mulher grávida como declara Michel (2002, p.245) “os riscos do consumo de álcool [...] são vários, mas o

mais grave de todos é a síndrome alcoólica fetal”, este consumo acarreta consequências pré e pós-natais.

3.4. Factores psicológicos – Alcoolismo na Família e na Infância

Grande parte do processo de socialização do ser humano ocorre no seio da família, sendo que esta pode ter uma grande influência na saúde mental dos seus elementos.

Devido a alguns problemas no meio da família, a pessoa pode crescer privada de afecto e com vários problemas de relacionamento. O alcoolismo pode ser um destes problemas, pois trata-se de um drama que ocorre em ambiente familiar, e nestas famílias o álcool torna-se o centro de todas as preocupações de cada membro.

Nestas famílias encontra-se frequentemente a obrigação do segredo associado à vergonha, este facto torna-se num peso acrescido para a criança. O alcoolismo parental é escondido pelo medo de ser rejeitado pelos amigos, pelas críticas e pelos julgamentos negativos. Este silêncio e isolamento social concorrem para a solidão na criança. Estas mesmas crianças não podem partilhar, nem exprimir as suas emoções e sentimentos (Faoro-Kreit et al., 2002).

Estes autores consideram que os adultos filhos de alcoólicos ficam prisioneiros de uma história que provocou neles muitas perturbações. Quando adultos têm uma fraca auto-estima, têm dificuldade em exprimir as emoções, há uma negação das necessidades pessoais, há uma impulsividade nas reacções e realizações, assim como, uma dificuldade de confiar e de prosseguir com relações afectivas e íntimas, há também por parte destes indivíduos um desejo exacerbado de controlar e dominar tudo.

O lar de um alcoólico como descreve Mello et al. (2001), é uma fonte de patogenia. Neste lar predomina a inconsciência, a alteração dos papéis e das regras, há decepção, mentira e violência.

Reportando para as mulheres, as filhas de alcoólicos correm risco de terem uma auto-estima diminuída e de elas próprias tornarem-se alcoólicas. A auto-estima é segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (*cit. in* Sequeira, 2006, p.162) “ (...) opinião que

cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-conceito e autolimitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva”.

De facto, uma baixa auto-estima é uma das características da mulher alcoólica, esta baixa auto-estima é ainda fortalecida pela sociedade que culpa a mulher, estigmatiza-a e sente pouca predilecção pela mulher que bebe.

Estas mulheres são seres muito fragilizados, têm dificuldade em perdoarem-se a si próprias, sentem-se culpadas e têm medo de perder os seus papéis de mãe e dona de casa.

3.5. Comorbilidade Psicológica/Psiquiátrica

Estudos epidemiológicos genéticos comprovam que filhos de pais alcoólicos têm um risco três a quatro vezes maior de serem alcoólicos. Portanto o facto de um dos membros da família ser alcoólico agrava nitidamente o risco de alcoolismo (Adés e Lejoyeux, 2004).

Na mulher é frequente coexistirem perturbações psiquiátricas com o seu alcoolismo, necessitando de tratamento para ambos. A interacção entre estas perturbações pode ser delicada.

Segundo Adés e Lejoyeux (2004) a prevalência de depressão é três vezes mais elevada nas mulheres alcoólicas, até porque de acordo com estudos anteriores, a depressão precedia o alcoolismo. As mulheres alcoólicas apresentam em 20 a 40% dos casos perturbações do comportamento alimentar.

Aliás como afirma Torres (*cit. in* Mendes, 2008, p.110) “ há ligação entre as perturbações do comportamento alimentar e o abuso de álcool”.

No que respeita à comorbilidade há um maior consumo de produtos psicotrópicos. Assim como factores de risco de dependência alcoólica reúnem-se os traumatismos psíquicos e físicos sofridos na adolescência ou na infância.

É de ressaltar como, Schuckit (*cit. in* Petit, 2002) expõe a importância de um diagnóstico correcto. Isto porque é muito importante ter em atenção que uma mulher alcoólica pode estar, ou ter estado deprimida, e esta depressão deve ser tratada, também pode acontecer o contrário, isto é, uma mulher estar deprimida e recorrer ao álcool, daí que seja imperativo que estas possibilidades sejam sempre consideradas.

II. Fase Metodológica

A metodologia é o conjunto de métodos e técnicas que guiam o projecto de investigação, no sentido de atingir determinado objectivo.

De acordo com Fortin (1999, p.131) “(...) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”.

Neste capítulo será definido como todo o trabalho vai ser desenvolvido, o planeamento deve ser rigoroso e detalhado. Sendo assim este capítulo vai conter: o tema do trabalho, assim como a sua delimitação e justificação. Faz também parte deste capítulo: os objectivos; questões de investigação; indicação do tipo de estudo e o meio onde vai ser realizado; descrição dos métodos de amostragem (população, processo de amostragem e amostra); instrumento de colheita de dados (qual é, por quantas partes é constituído, qual o tipo de questões e que tipo de informações permite colher); o pré-teste, o modo como irá ser realizado o tratamento e análise dos dados; e por fim incluirá a discussão dos resultados.

1. Tema

O primeiro passo para a elaboração de um trabalho de investigação consiste na definição e delimitação do tema. Sendo assim o tema escolhido é: “Alcoolismo no Feminino: O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Alunas Universitárias – uma amostra da FCS-UFP do Porto”.

1.1. Delimitação do Domínio

O problema e delimitação do domínio consiste em formular a questão de investigação e seleccionar e delimitar a área do assunto a ser estudado, tendo em conta as circunstâncias de tempo, espaço e geografia. No que respeita ao tempo a execução de todas as etapas inerentes a este trabalho, estão delimitadas entre Fevereiro de 2006 e Setembro de 2008. A nível espacial está restringido à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, e a nível geográfico a uma amostra da Região Norte do país.

1.2. Questão de Investigação

A formulação de uma questão de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender.

A questão de investigação deve apresentar qualidades de clareza (ser precisa, concisa e unívoca), de exequibilidade (ser realista) e de pertinência. Para o desenvolvimento deste estudo foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual o início do consumo de álcool (idade e com quem foi a primeira experiência)?
- Qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por parte das alunas do quarto ano de Enfermagem da FCS-UEP do Porto?
- Qual a frequência com que os investigados consomem bebidas alcoólicas?
- Qual o tipo de bebida alcoólica mais consumida?
- Quais as principais razões que levaram ao consumo de álcool?
- Quais as principais consequências a curto prazo do consumo de álcool?
- A família dos inquiridos tem hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

1.3. Objectivos

Os objectivos de estudo de um trabalho científico, indicam qual o porquê da investigação. Segundo Fortin (1999, p.100) “ objectivo [...] é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Assim sendo os objectivos que se pretendem atingir com a elaboração deste estudo são:

- Identificar qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas por parte das alunas do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem da FCS-UFP do Porto;
- Identificar o início do consumo de álcool (idade e com quem foi a primeira experiência);
- Identificar a frequência com que os investigados consomem bebidas alcoólicas;
- Identificar qual o tipo de bebida alcoólica mais consumida;
- Identificar as razões que levaram ao consumo de álcool;
- Identificar as consequências a curto prazo do consumo de bebidas alcoólicas;
- Identificar se a família dos inquiridos têm hábitos de consumo de bebidas alcoólicas;

1.4. Justificação do Tema

Considera-se um estudo, pertinente e actual, pois permitirá aprofundar por um lado o conhecimento sobre a dimensão social do consumo de bebidas alcoólicas, e por outro, o conhecimento sobre o consumo de álcool na comunidade universitária e todo o ambiente em que está envolto.

A população escolhida para objecto de estudo foi as alunas do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem, pois, no nosso entender é importante perceber e dar a conhecer qual o padrão de consumo de bebidas de bebidas alcoólicas por parte destes elementos.

Trata-se de um grupo com características especiais, pois todos os elementos são do género feminino; são alunas universitárias, futuras profissionais na área da saúde e adultas responsáveis.

Digamos que o principal “agente” que suscitou interesse/motivação para a elaboração deste trabalho foi saber qual a atitude destas alunas face ao álcool e ao seu consumo. O consumo de álcool na comunidade universitária é marcado por regras que são mutáveis tendo em conta diferentes situações, logo, como declara Freyssinet-Dominjon (2006, p.26) estas regras “(...) não são nem totalmente fixas [...] nem totalmente obrigatórias”.

Foi escolhida uma população constituída apenas por elementos do género feminino pois, apesar de vários estudos confirmarem que o consumo de álcool predomina no género masculino, o mesmo consumo, mas no género feminino “(...) tem vindo a aumentar nas últimas décadas” (Teixeira, 2007, p.29).

No entanto é um consumo com características diferentes do consumo na comunidade masculina, pois segundo a mesma autora o consumo de álcool nas mulheres “(...) é subjectivo, personalizado e parcialmente controlado”.

1.5. Aspectos Éticos

Fortin (1999, p.114) refere-se à Ética como: “(...) o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Como tal, qualquer estudo/investigação suscita o surgimento de questões morais e éticas, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdade dos indivíduos que participam no estudo.

São cinco os principais princípios do Código de Ética da Investigação: Direito à Autodeterminação, o Direito à Intimidade, o Direito ao Anonimato e à Confidencialidade, o Direito à Protecção contra o Desconforto e Prejuízo e o Direito ao Tratamento Justo e Equitativo.

- **Direito à Autodeterminação**, refere-se ao respeito pelas pessoas, onde qualquer pessoa é capaz de tomar as suas próprias decisões, daí ser importante respeitar a decisão do indivíduo quanto à sua participação no estudo, este é livre de participar ou não no estudo. Sendo assim, os indivíduos que participaram no estudo foram informados sobre o seu direito de participarem ou não, sem qualquer prejuízo para o próprio.
- **Direito à Intimidade**, fundamenta-se no direito das pessoas a sua intimidade, o indivíduo decide qual a informação íntima e privada que pretende dar aquando da participação na investigação. Como tal, aos sujeitos intervenientes neste estudo foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados transmitidos.
- **Direito ao Anonimato e à Confidencialidade**, refere-se ao respeito pela identidade das pessoas e a sua não associação às informações individuais da investigação. Implica que os dados individuais sejam protegidos por codificação não, podendo ser divulgados sem autorização expressa. Neste estudo os resultados foram tratados de modo a possibilitar que não houvesse reconhecimento das informações transmitidas, nem pelo leitor, nem pelo investigador.
- **Direito à Protecção contra o Desconforto e Prejuízo**, baseia-se nas regras de protecção das pessoas contra inconvenientes susceptíveis de lhes fazerem mal ou as prejudicarem. Neste estudo, havia um risco mínimo que a pessoa corria em sentir desconforto durante a investigação. Este desconforto terminou com o fim da investigação.
- **Direito ao Tratamento Justo e Equitativo**, enuncia que as pessoas têm em receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação no estudo. Sendo assim a escolha dos indivíduos para a realização deste estudo esteve directamente relacionada com o problema em estudo e não com a conveniência dos mesmos.

1.6. Desenho de Investigação

O desenho de investigação é definido segundo Fortin (1999), como um plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou hipóteses formuladas.

Os principais elementos de um desenho de investigação são: o meio onde o estudo será realizado; a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra, o tipo de estudo; as variáveis; as estratégias para controlar as variáveis estranhas; o instrumento de colheita de dados e o tratamento de dados.

1.6.1. Tipo de Estudo

Para a elaboração deste trabalho decidiu-se efectuar um estudo descritivo - exploratório, de abordagem quantitativa. Segundo Fortin (1999, p.163) um estudo descritivo “(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Ainda segundo a mesma autora os estudos exploratórios visam explorar e descrever fenómenos e características de uma população, identificando relações e conceptualizando uma situação.

Optou-se por uma investigação de abordagem quantitativa devido à tendência deste método para produzir informações profundas e holísticas sobre um fenómeno, possibilitando assim uma apreensão mais completa do objecto que se propõem estudar. Sendo assim, a abordagem quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Baseia-se na observação de: factos objectivos; acontecimentos, reais que existem independente do investigador. Proporciona a adopção de um processo ordenado no decorrer de toda a investigação. Tem como características principais: a objectividade; a predição; o controlo e a generalização dos resultados.

1.6.1.1. Meio

O meio onde decorrerá o já referenciado estudo será a Universidade Fernando Pessoa. Seguidamente será feita uma breve descrição do local.

Reconhecida de interesse público pelo Decreto-Lei nº 107/96, de 31 de Julho, a Universidade Fernando Pessoa é o resultado dum projecto inovador de ensino superior, iniciado nos anos de 1980, através do Instituto Superior de Ciências da Informação e da Empresa, e do Instituto Erasmus de Ensino Superior, que lhe serviram de base estruturante.

A Universidade Fernando Pessoa é titulada pela Fundação Ensino e Cultura “Fernando Pessoa”, a sua entidade instituidora, à qual cabe criar e assegurar as condições para o normal funcionamento da Universidade. Tem sede na cidade do Porto e dois pólos distintos, é constituída por três faculdades: a Faculdade de Ciência e Tecnologia; a Faculdade de Ciências da Saúde e a Faculdades de Ciências Humanas e Sociais.

A funcionar em dois pólos distintos: Porto e Ponte de Lima, a universidade conta com 224 docentes, dos quais 162 pertencem ao quadro, e destes 54 são doutorados e 78 são mestres. Em programas de doutoramento encontram-se actualmente 72 docentes.

Na área da Saúde, as licenciaturas que a Universidade Fernando Pessoa tem em curso são: Enfermagem; Medicina Dentária; Ciências Farmacêuticas, Análises Clínicas e Saúde Pública, Fisioterapia e Terapia da Fala. Estão criados oito centros de investigação, com boas condições para o desenvolvimento das suas actividades. Existe um elevado número de parcerias de investigação nacionais e internacionais com resultados importantes (a Universidade Fernando Pessoa é líder do programa de investigação comunitário Igualdade de Oportunidades).

Sendo uma instituição de ensino universitário particular integrada no sistema nacional de educação, tem por objectivos primordiais: ministrar o ensino superior em diferentes campos do saber científico e técnico; educar para a vida cívica e activa no respeito pela ética e pelos direitos humanos; estimular a criação cultural e o desenvolvimento do pensamento crítico e do espírito científico; incentivar a pesquisa e a investigação científica fundamental e aplicada e a divulgação dos seus resultados; promover a formação contínua e a extensão cultural;

fomentar a ligação com o tecido sócio-económico, no sentido de valorização recíproca; dinamizar, no âmbito próprio, acções de cooperação internacional, especialmente com o mundo da lusofonia; realizar intercâmbios culturais, científicos e técnicos com instituições similares, nacionais e estrangeiras.

A UFP goza de autonomia, científica, cultural, pedagógica e disciplinar. Foi considerada pelo Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior como um exemplo que deve ser seguido, honrando o lema que a caracteriza: *nova et nove*, isto é ensinar o novo de modo inovador.

1.7. População

No planeamento de um projecto de investigação torna-se necessário definir com precisão a população a ser estudada, ou seja, a população alvo. Para Fortin (1999, p.202) “(...) a população é uma colecção de elementos ou sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

A população deste estudo é constituída pelo número de alunas inscritas no quarto ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto no presente ano lectivo (2007/2008).

1.8. Processo de Amostragem

O método de amostragem utilizado foi o probabilístico porque, os métodos de amostragem probabilísticas “(...) servem para assegurar uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população, reduzindo o erro amostral” (Fortin, 1999, p.204). A mesma autora assegura que, cada elemento da população tem uma probabilidade conhecida e diferente de zero, de ser escolhido ao acaso para fazer parte da amostra.

O tipo de amostragem utilizada foi a amostragem aleatória simples que “(...) é uma técnica segundo a qual cada um dos elementos (sujeitos) que compõe a população tem uma chance igual para fazer parte da amostra”(Fortin, 1999, p.204).

1.8.1. Amostra

Para Polit e Hungler (1995, p.358) uma amostra “ (...) é um conjunto da população seleccionada para participar em uma pesquisa”.

Neste estudo a amostra foi constituída por 65 alunas que estarão inscritas no quarto ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto no ano lectivo 2007/2008.

1.9. Definição de Variáveis

As variáveis podem ser classificadas de modos diversos. Uma podem ser controladas, outras experimentadas ou medidas, dependendo da natureza e tipo de estudo e a forma como são utilizadas. Uma investigação científica tem inerentes as variáveis que influenciam os estudos. Para o presente estudo distinguem-se dois tipos de variáveis: a **variável dependente**, a **variável independente**.

1.9.1. Variável Dependente

A variável dependente é de acordo com Fortin (1999, p.37) “(...) a que sofre o efeito esperado da variável independente”. Assim, neste estudo a variável dependente definida é: *o consumo de bebidas alcoólicas*. Esta é a variável de resultado que interessa ao investigador, pois é resposta, o efeito ou o resultado que o investigador pretende explicar.

1.9.2. Variável Independente

A variável independente é segundo Fortin (1999, p.378) descrita como “ (...) a variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente”.

Assim, neste estudo as variáveis independentes definidas são: *idade; os hábitos de consumo de álcool dos pais; frequência do consumo; razões do consumo; tipos de bebidas*

consumidas; idade do primeiro consumo; quantidades consumidas; agentes envolvidos no consumo e os efeitos a curto prazo do consumo de bebidas alcoólicas.

1.10. Instrumento de colheita de dados

A decisão do método de colheita de dados constitui uma etapa muito importante para o desenvolvimento da investigação. O instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário. “O questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos” Fortin (1999, p.249). Esta selecção foi efectuada tendo em conta aspectos como o problema em estudo, a amostra e o tipo de estudo.

O questionário, encontra-se no anexo I, foi dirigido às alunas de enfermagem do quarto ano, é constituído por duas partes. Tem um total de 25 questões. A primeira é destinada à caracterização da amostra, a segunda parte está relacionada com o consumo de álcool por parte das alunas.

1.11. Pré – Teste

O pré – teste consiste segundo Fortin (1999), no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, com o objectivo de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. O Pré-Teste foi aplicado com o objectivo de se verificar as seguintes características: validade (os dados recolhidos são fundamentais para o estudo); acessibilidade (o vocabulário utilizado deve ser acessível a qualquer pessoa) e fidedignidade (qualquer pessoa que utilize o questionário deve obter os mesmos resultados). Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário.

Deste modo, o pré-teste foi aplicado a 7 alunas da população alvo, o mesmo foi aplicado em Abril, segundo semestre do ano lectivo 2007/2008 nas instalações da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa.

2. Apresentação e Discussão dos Resultados

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos na actual pesquisa. Como já foi referido, pretende-se perceber, de entre outros pontos, qual o padrão geral de consumo de bebidas alcoólicas, bem como tudo o que lhe é inerente, nas jovens da presente amostra.

A análise de dados é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenómeno estudado e outros factores, estabelecendo relações entre as variáveis. Os dados são analisados em função do objecto de estudo, com vista a um adequado tratamento dos mesmos (Polit e Hungler, 1995).

Na análise foi utilizado o programa estatístico de análise de dados SPSS, versão 16, para ambiente Windows. Além disso, foram usados dois manuais referentes ao programa em questão: “Análise de Dados com SPSS”; e “Introdução à Estatística – Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS”.

Os testes realizados na presente pesquisa foram: medidas descritivas; e testes *t-student*.

O presente estudo não teve como objectivo a caracterização clínica relativamente ao problema do alcoolismo, ressaltando que a amostra em estudo levantará algumas limitações na generalização dos resultados, cujas conclusões retiradas só fazem sentido no contexto deste estudo. De qualquer modo, o estudo efectuado concorre com os dados da pesquisa bibliográfica.

2.1. Caracterização da amostra

A presente amostra conta com uma população de 65 jovens do sexo feminino. A média de idades é de 23 anos, sendo que a jovem com a idade mais baixa tem 21, ao passo que a mais velha possui 36 anos de idade. Cumulativamente a estes dados, a moda é de 22 anos.

Caso se segmente a idade em dois conjuntos diferentes (um que contemple o grupo de jovens até aos 25 anos, e outro com idades superiores a este valor) percebe-se que o primeiro abrange

92,3% da amostra, sendo os 7,7% remanescentes respeitantes às jovens com idade superior a 25 anos. Daqui se percebe que, quase a totalidade, está balizada dos 20-25 anos.

Durante o período escolar, da presente amostra, 61,9% das jovens vive com os pais; 11,1% com familiares; 15,9% com amigos; ao passo que 11,1% vivem sozinhas.

Por fim, relativamente a haver, porventura, um dos pais que bebe com maior frequência, os resultados demonstram que é claramente o pai que ingere álcool mais frequentemente. Do obtido, 64,6% afirmam que o pai bebe com mais regularidade; ao passo que 1,5% afirma que é a mãe. Contudo, 33,8% afirmam que nenhum deles bebe com maior assiduidade.

2.2. Consumo de bebidas alcoólicas

Passando, de seguida, à segunda parte do questionário referente ao alcoolismo no feminino, a primeira premissa para que se pudesse prosseguir com o mesmo (seria abandonado caso a resposta fosse negativa) prende-se com o consumo actual de álcool.

Da presente amostra, 72,3% (que corresponde a 47 jovens) consome álcool, sendo que a percentagem remanescente (27,7%) afirma não consumir. Deste modo, todos os resultados subsequentes a partir deste momento serão analisados tendo em conta estas 47 jovens que afirmam consumir álcool.

Analisando quando foi o início do consumo de álcool, a maior parte da presente amostra, de acordo com os resultados da tabela 1, afirma que começou a ingerir álcool entre os 15 e os 17 anos (61,7%). Esta é, sem dúvida, a maior fatia da amostra, dado que os outros resultados são relativamente baixos. Contudo, de referir que, antes dos 12 anos, e entre os 12 e 14, respectivamente, 6,4% e 14,9%, iniciaram o consumo de álcool bastante cedo. Além disso, uma percentagem de 17% começou a beber só depois dos 18 anos de idade.

Aliás como Mello et al. (2001, p.35) expõe, “o início dos hábitos de consumo é precoce; mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos e mais de 70% acima dos 16 anos, consomem regularmente bebidas alcoólicas”.

Corroborando, os dados obtidos Schuckit (1998, p.91) “ a primeira experiência relacionada com o álcool ocorre entre os 12-15 anos”.

Tabela 1 – Idade do primeiro consumo

	Frequência	Porcentagem
Antes dos 12 anos	3	6,4
Dos 12 aos 14 anos	7	14,9
Dos 15 aos 17 anos	29	61,7
Depois dos 18 anos	8	17,0
Total	47	100,0

Já em relação ao local onde as jovens beberam pela primeira vez (tabela 2), existem dois casos que se evidenciam: num café ou bar sozinho ou com amigos, com 38,3%; e numa festa ou evento social, com 36,2%. Isto demonstra que estes são, claramente, os dois locais em que o consumo de álcool pode ser iniciado, bem como consumado ao longo dos tempos. Pois, de acordo com Michel (2002) beber é um acto social, que está integrado em praticamente todos os ambientes e situações, nos fins-de-semana, nos momentos de lazer, no desporto.

Porém, existe ainda um quinto da amostra que afirma ter iniciado o consumo de álcool em casa com a família; ao passo que 6,4% afirmam que o fizeram em casa, sozinhas ou com amigos.

Tabela 2 – Onde e com quem bebeu pela primeira vez

	Frequência	Porcentagem
Em casa com a família	9	19,1
Em casa, sozinho ou com amigos	3	6,4
Num café ou bar sozinho ou com amigos	18	38,3
Numa festa ou evento social	17	36,2
Total	47	100,0

De modo a perceber qual a razão de as jovens terem começado a beber, foi-lhes questionada a causa. De acordo com o obtido (tabela 3) a maior fatia da amostra, e que contempla 50% da mesma, afirma que foi para acompanhar o grupo. Deste modo depreende-se que, muitas vezes, o grupo é a razão da influência que faz com que o início do álcool seja encetado. Já para 17,4% a razão tem que ver com o gosto pelo sabor das bebidas; ao passo que 2,2% afirma que a razão prende-se com um momento de maior nervosismo ou com eventuais problemas, que fez com que este início fosse despoletado. Além destes valores, quase 1/3 da amostra referiu que foram outras razões que fizeram iniciar o consumo no álcool. De entre estas, 7 jovens referiram que foi para experimentar; 6 disseram que foi por curiosidade; ao passo que uma evocou a brincadeira (n=14; 30,4%).

Tabela 3 – Razão de ter começado a beber

	Frequência	Percentagem
Para acompanhar o grupo	23	50,0
Porque gosta do sabor das bebidas	8	17,4
Porque estava nervosa ou tinha problemas	1	2,2
Outro	14	30,4
Total	46	100,0

Relativamente à frequência de ingestão de bebidas alcoólicas (tabela 4), a maior percentagem adquire 34%, o que evidencia que 1/3 das jovens da presente amostra consome álcool apenas uma vez por mês. Além disso, 29,8% admite consumir mais do que uma vez por mês, ao passo que 23,4% dizem que bebem bebidas alcoólicas uma vez por semana. Com valores mais baixos, cerca de 10% afirma consumir apenas uma vez por ano; e 2,1% admite consumir uma vez por dia.

Depreende-se assim que, de acordo com os resultados, o consumo de bebidas alcoólicas não é algo que se possa considerar com muita regularidade por parte destas jovens, havendo assim, porventura, ocasiões e momentos especiais para que este consumo seja tido em conta.

De facto o consumo de bebidas pelos jovens como Freyssinet-Dominjon (2006) expõe é marcado pela temporalidade e pela irregularidade, devido ao período ritmado do ano universitário. Daí que o consumo ocorra em ocasiões mais ou menos especiais.

Tabela 4 – Frequência da ingestão de bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem
Uma vez por ano	5	10,6
Uma vez por mês	16	34,0
Mais que uma vez por mês	14	29,8
Uma vez por semana	11	23,4
Uma vez por dia	1	2,1
Total	47	100,0

No que diz respeito às pessoas com quem as jovens da amostra bebem bebidas alcoólicas, os resultados (tabela 5) são conclusivos e clarividentes: 93,2% afirmam que é com amigos que ingerem álcool. Apenas 2,3% e 4,5% afirmam que bebem sozinhas ou com familiares, respectivamente.

Tabela 5 – Com quem costuma beber bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem
Sozinha	1	2,3
Com amigos	41	93,2
Com familiares	2	4,5
Total	44	100,0

Em relação às bebidas mais ingeridas (tabela 6) é possível perceber que a Vodka é aquela mais enunciada, sendo por isso a preferida das jovens da presente amostra, tendo adquirido 45,2%. Além disso, 26,2% afirma que a bebida que é ingerida com maior frequência é a cerveja. O vinho adquire 9,5%, sendo que outras bebidas referenciadas pelas jovens

(adquirindo 19%) foram, por exemplo, gin; safari; martini; caipirinha, ou sangria, sendo que nenhuma delas se destacou claramente das outras.

Tabela 6 – Qual a bebida que bebe com maior frequência

	Frequência	Percentagem
Vinho	4	9,5
Vodka	19	45,2
Cerveja	11	26,2
Outra	8	19,0
Total	42	100,0

2.3. Consumo de bebidas alcoólicas em eventos sociais

De modo a perceber se, os eventos sociais são locais onde a ingestão de álcool é bastante elevada, foi questionado às jovens se bebem nestas ocasiões. De acordo com o obtido (tabela 7), 97,9% admite que consome álcool em festas ou eventos sociais. Apenas uma jovem referiu que não o fazia.

Questionadas acerca da parte do dia em que consomem álcool, a totalidade (100%) referiu que é à noite que ingerem bebidas alcoólicas. Beber é “(...) um acto festivo” e o álcool “(...) é quase exclusivamente associado às noites passadas entre amigos” (Freysinet-Dominjon, 2006, p.34).

Tabela 7 – Consumo de bebidas alcoólicas em eventos sociais

	Frequência	Percentagem
Sim	46	97,9
Não	1	2,1
Total	47	100,0

Relativamente às situações em que as respondentes ingerem bebidas alcoólicas, foi-lhes questionado acerca dos locais e/ou ocasiões em que o faziam. Deste modo, cada jovem poderia responder, caso achasse pertinente, mais que um local. Deste modo, os resultados seguintes (numa amostra de 47 respondentes) demonstram que existem locais onde é comumente consumido álcool por parte das jovens. Assim, os resultados da tabela seguinte, nomeadamente a percentagem, devem ser entendidos tendo em conta o total da amostra e o número de respostas que foram adquiridas por parte de cada pessoa. Deste modo, as festas académicas e os aniversários foram referidos, respectivamente, por 76,6% e 72,3% das jovens. De facto, como Michel (2002, p. 105) afirma o álcool é “(...) parte integrante de [...] qualquer ocasião social”. Já os casamentos são tidos em conta por 53,2%, ao passo que os concertos e os festivais adquiriram, respectivamente, 36,2% e 23,4%.

Tabela 8 – Situações em que se consome álcool

	Frequência	Percentagem
Aniversários	34	72,3
Casamentos	25	53,2
Concertos	17	36,2
Festas académicas	36	76,6
Festivais	11	23,4
Outros	4	8,5

No que respeita à quantidade que costumam ingerir (tabela 9), 46,8% referem que bebem dois copos. Além deste valor, e ainda com uma percentagem significativa, 31,9% admitem que o consumo se consubstancia entre os 3 e os 6 copos. Para 19,1%, o consumo resume-se a apenas 1 copo, ao passo que para 2,1% da amostra, existe a propensão para beber mais do que 6 copos.

Tabela 9 – Quantidade consumida

	Frequência	Percentagem
1 copo ou menos	9	19,1

2 copos	22	46,8
3 a 6 copos	15	31,9
6 ou mais copos	1	2,1
Total	47	100,0

2.4. Auto-controlo e alterações devido à ingestão de bebidas alcoólicas

Tendo em conta as características inerentes às bebidas alcoólicas, é expectável que, aquando do abuso da ingestão das mesmas, existam alterações nos indivíduos. Deste modo, foi questionado às jovens se quando ingerem álcool conseguem ter um auto-controlo sobre si, de modo a que saibam parar quando necessário.

De acordo com o obtido, a totalidade da amostra afirma que tem claramente auto-controlo sobre o álcool. Contudo, de acordo com a tabela 10, 12,8% afirmam que já ficaram inconscientes devido ao álcool, evidenciando que, porventura, o auto-controlo não é assim tão evidente e tão claro como seria expectável dado o resultado obtido acima que demonstrava que a totalidade afirma que tem noção da quantidade que bebe.

Tabela 10 – Inconsciência devido ao consumo de bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem
Sim	6	12,8
Não	41	87,2
Total	47	100,0

Relativamente à sensação sentida aquando do consumo de álcool (tabela 11) verifica-se, mais uma vez, a possibilidade das inquiridas poderem responder a mais que uma opção de resposta. Deste modo, a percentagem refere-se à amostra relativamente à sua totalidade, num universo de 47 jovens.

Deste modo, 55,3% admitem que se sentem eufóricas aquando do consumo de álcool; 38,3% dizem que não sentem quaisquer alterações; ao passo que 6,4% afirmam que são as alterações

visuais aquilo que mais sentem. Cumulativamente a estes resultados, as alterações motoras, a sonolência, e os vômitos, são referidos, cada um deles, por 10,6% da amostra.

Os jovens de ambos os géneros buscam no consumo de álcool a libertação, uma noite bem passada, buscam por assim dizer “(...) o carácter lúdico e distractivo” (Freysinet-Dominjon, 2006, p. 65) que o álcool pode ter, portanto não é surpreendente que a euforia seja o efeito mais sentido após o consumo de álcool.

Tabela 11 – Alterações sentidas depois do consumo de álcool

	Frequência	Percentagem
Sem alterações	18	38,3
Eufórica	26	55,3
Com alterações visuais	3	6,4
Com alterações motoras	5	10,6
Sonolento	5	10,6
Com vômitos	5	10,6

Mais um dado que revela que o auto-controlo não é claramente abrangente da totalidade da amostra é que de acordo com os próximos resultados, 27,7% das jovens admitem que já houve a necessidade de serem levadas para casa devido a não o conseguirem. Contudo, a grande maioria, 72,3% admite que nunca foi necessária ajuda alheia de modo a que pudessem ir normalmente para casa.

Tabela 12 – Necessidade de ser levada a casa devido a não conseguir

	Frequência	Percentagem
Sim	13	27,7
Não	34	72,3
Total	47	100,0

Foi também questionado às jovens o que sentem após uma noite de excessos, sendo para isso dadas algumas possibilidades de resposta onde, mais uma vez, poderia haver a possibilidade de responder a vários itens. De acordo com o obtido (tabela 13) o problema mais sentido no dia seguinte a uma noite de excessos é a sede, tendo sido referida por 61,7% das jovens. Subsequentemente aparece as cefaleias com 51,1%, seguido das náuseas com 29,8% e dos vômitos com 19,1%. A sensibilidade à luz é também referida por 17% da amostra, sendo que não existem outros problemas referidos pelas jovens na actual questão.

Tabela 13 – Problemas sentidos após uma noite de excessos

	Frequência	Porcentagem
Náuseas	14	29,8
Vômitos	9	19,1
Cefaleias	24	51,1
Sede	29	61,7
Sensibilidade à luz	8	17,0
Outro	0	0

No que diz respeito a haver, porventura, a necessidade de receber apoio médico (tabela 14) 8,5% admitem que já tiveram essa carência. Contudo, a grande maioria, admite não ter chegado a esse extremo, evidenciado por 91,5% das jovens da presente amostra.

Tabela 14 – Necessidade de apoio médico

	Frequência	Porcentagem
Sim	4	8,5
Não	43	91,5
Total	47	100,0

De forma a completar os dados e ter uma melhor percepção, foi também inquirido se as jovens já teriam faltado a algum acontecimento importante, e apenas uma respondente afirmou que, devido ao álcool ou a estar de ressaca, lhe foi impossível comparecer a um

acontecimento relevante (tabela 15). As remanescentes (97,9) afirmam que nunca tiveram esta necessidade, sendo por isso um dado positivo.

Como afirma Patrício (*cit. in* Freyssinet-Dominjon, 2006, p.12) grande parte dos “(...) estudantes universitários conhecem, reconhecem, os efeitos nefastos do mau uso do álcool a curto prazo e defendem-se”.

Tabela 15 - Faltar a algum acontecimento importante devido a ressaca

	Frequência	Percentagem
Sim	1	2,1
Não	46	97,9
Total	47	100,0

2.5. Dependência e informação acerca das problemáticas do álcool

Na presente amostra, aquando da inquirição acerca da dependência do álcool por parte das jovens, a totalidade afirma claramente que não se considera dependente do álcool. Além disso, de acordo com a tabela 16, só 4,5% consome álcool às refeições. Aliás, como Freyssinet-Dominjon (2006, p. 29) confirma “as bebidas alcoolizadas quase nunca acompanham as refeições da semana.”

Tabela 16 – Consumo de álcool às refeições

	Frequência	Percentagem
Sim	2	4,5
Não	42	95,5
Total	44	100,0

No que concerne à informação acerca da problemática do consumo de álcool, e tendo em conta as habilitações literárias das jovens da presente amostra – jovens universitárias – é expectável que a informação seja bastante elevada e não hajam dúvidas acerca da temática em

causa. Desse modo, e de acordo com o obtido (tabela 17), apenas uma jovem não se considera com os conhecimentos necessários acerca da problemática do álcool. Todas as outras (97,9%) consideram-se bem informadas acerca deste tema.

Tabela 17 – Informação acerca das problemáticas do álcool

	Frequência	Porcentagem
Sim	46	97,9
Não	1	2,1
Total	47	100,0

Por fim, e relativamente à eventualidade da entrada na faculdade ter incrementado os hábitos de consumo em bebidas alcoólicas, a maioria afirma que não foi a entrada no ensino superior que fez com que aumentasse o consumo de álcool. Porém, uma percentagem ainda significativa (42,6%) afirma que depois de terem entrada para a universidade, houve um aumento no consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 18 – Incremento no consumo de bebidas alcoólicas depois do ingresso na faculdade

	Frequência	Porcentagem
Sim	20	42,6
Não	27	57,4
Total	47	100,0

2.6. Testes *t-student*

De modo a perceber se o grupo de jovens que começou a beber antes dos 14 e aquele que começou a beber após esta idade pode ter valores mais elevados em alguma questão, foi efectuado um teste *t-student* aos itens do presente questionário.

Para isso, foram separados dois conjuntos distintos, para que a prossecução dos testes pudesse ser realizada. Desse modo, incluiu-se num grupo as jovens que começaram a beber antes dos 14 anos; ao passo que no outro grupo foram incluídas as jovens que começaram a beber depois dos 15 anos.

Para Ferreira e Martinez (2007, p. 101) os testes *t-student* verificam se existem ou não diferenças significativas entre questões pertinentes. Este tipo de testes tem como objectivo a comparação de médias, considerando que existem dois grupos distintos de sujeitos.

Como se pode perceber pelos resultados obtidos nos testes *t* (tabela 19) existem 4 questões onde um dos grupos se evidencia do outro. De referir que, para que um item seja pertinente de ser analisado, a sua significância (*p*) tem de ser inferior a 0,05. Deste modo, o grupo das jovens que começaram a beber antes dos 14 anos ($M=3,40$; $DP=1,174$; $p=0,028$), tendem a ter uma frequência bem mais elevada na ingestão de álcool do que as jovens que começaram a beber após os 15 anos ($M=2,57$; $DP=0,987$; $p=0,028$). Neste caso os valores da média podem oscilar entre o 1 e o 7, tendo em conta que o primeiro se refere a “uma vez por ano” ao passo que o último diz respeito a “mais que uma vez por dia”.

Em relação ao ter ficado inconsciente devido às bebidas alcoólicas, percebe-se que as jovens que começaram a beber antes dos 14 anos ($M=1,60$; $DP=0,516$; $p=0,003$), apresentam uma média inferior às que começaram a beber depois dos 15 ($M=1,95$; $DP=0,229$; $p=0,003$), mas que evidencia que ficam mais vezes inconscientes devido às bebidas alcoólicas. Isto tendo em conta que os valores podem oscilar entre 1 e 2, onde o “sim” tem como valor 1; e o “não” tem como valor 2.

Relativamente à necessidade de receber apoio médico por estar alcoolizada, dado que os valores se balizam como na questão anterior, depreende-se que as jovens que começaram a

beber mais cedo ($M=1,70$; $DP=0,483$; $p=0,005$), têm valores médios mais baixos (1 corresponde ao sim; 2 ao não) o que evidencia que têm maior propensão de receber apoio médico do que aquelas que começaram a beber após os 15 anos ($M=1,97$; $DP=0,164$; $p=0,005$).

Por fim, no que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas aquando das refeições, pelos resultados obtidos, percebe-se que as jovens que iniciaram a ingestão de bebidas alcoólicas antes dos 14 anos ($M=1,80$; $DP=0,422$; $p=0,007$), tendem a beber mais álcool às refeições do que aquelas que iniciaram após os 15 anos de idade ($M=2,00$; $DP=0,000$; $p=0,007$). Mais uma vez, nesta questão, os valores podem variar entre o 1 (sim) e o 2 (não).

Tabela 19 – Testes *t-student*

	Grupo	N	M	DP	<i>p</i>
Com que frequência ingere bebidas alcoólicas?	<14	10	3,40	1,174	0,028
	>15	37	2,57	0,987	
Já alguma vez ficou inconsciente com as bebidas alcoólicas?	<14	10	1,60	0,516	0,003
	>15	37	1,95	0,229	
Já alguma vez necessitou de receber apoio médico por estar alcoolizada?	<14	10	1,70	0,483	0,005
	>15	37	1,97	0,164	
Consome bebidas alcoólicas aquando das refeições?	<14	10	1,80	0,422	0,007
	>15	37	2,00	0,000	

III. Conclusão

A realização deste trabalho foi uma etapa bastante proveitosa, pois permitiu adquirir e aprofundar alguns conhecimentos através da pesquisa bibliográfica realizada em torno da temática. Permitiu também atingir os objectivos que tinham sido propostos, assim como dar respostas às questões de investigação inicialmente delineadas.

Apesar das limitações deste estudo podem extrair-se algumas conclusões pertinentes, acerca do consumo de bebidas alcoólicas na comunidade estudada.

O álcool como afirma Borges e Filho (2004, p.5) “(...) é uma das substâncias de uso e abuso mais antigas que se conhece”. Os mesmos afirmam que é “(...) um elemento quase indissociável dos eventos sociais e recreativos”. A par da nicotina e da cafeína são as drogas mais consumidas a nível ocidental.

Concluiu-se com a realização deste trabalho, que o início do consumo de álcool é precoce, ocorre por volta dos 15-17 anos e foi iniciado com os amigos, sendo que o motivo principal que levou os investigados a beber foi para acompanhar o grupo.

No que diz respeito ao padrão de consumo, frequência com que consomem, e a bebida mais consumida, a maior parte deste grupo consome bebidas alcoólicas uma vez por mês, principalmente na companhia dos amigos, em festas ou eventos sociais, como aniversários e festas académicas e durante o período nocturno. A bebida mais consumida por estas jovens é a Vodka, seguindo-se da Cerveja.

A maioria não bebe álcool às refeições principais, preferem beber à noite e na companhia dos amigos, daí poder-se afirmar que beber é um acto social entre os jovens.

Pode-se também afirmar que é um grupo consciente dos efeitos do consumo excessivo de álcool e com autocontrolo suficiente.

No que respeita ao consumo por parte dos pais, de um modo geral é a figura paterna que é invocada como sendo aquela que consome álcool mais frequentemente.

Os Testes *t-student* evidenciam que os indivíduos que iniciaram mais cedo o consumo de álcool (antes dos 14 anos), tendem a ter uma frequência de consumo de bebidas alcoólicas mais elevada, assim como têm uma maior propensão a ficarem inconscientes, bem como a terem que receber apoio médico.

No entanto, apesar de os resultados obtidos não serem muito alarmantes na população em estudo, talvez devido às características da mesma, é importante sensibilizar os indivíduos face ao consumo de álcool, esta sensibilização deve ser feita por entidades competentes e a educação deve preceder e acompanhar a legislação. A sociedade deve ser vista como um “motor” de mudança.

Para finalizar, é nosso objectivo dar a conhecer os resultados à Coordenação do Curso de Enfermagem, sugerindo sessões de sensibilização nesta área a todos os alunos da faculdade, especificamente aos que frequentem a Licenciatura em Enfermagem.

Deve fazer-se sessões de ensino neste campo, como expõe Mello et al. (2001, p.113) com o intuito de “(...) construir-se hábitos que não sejam incompatíveis com a Saúde”, dando a conhecer o risco que o álcool representa para a comunidade.

IV. Referências Bibliográficas

Abuchaim, A. (2003). *Alcoolismo e Dependência*. In: Grande Enciclopédia Médica. Matosinhos, Quidnovi.

Adés, J. e Lejoyeux, M. (2004). *Comportamentos Alcoólicos e Seu Tratamento*. Lisboa, Climepsi Editores.

Bisquerra et al. (2004). *Introdução à Estatística – Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. São Paulo, Artmed Editora.

Borges, C. F. e Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: usos, abusos e dependências*. Lisboa, Climepsi Editores.

Correia, R. (2004). Outros Problemas Médicos. In: Borges, C. F. e Filho, H. C. *Alcoolismo e Toxicodependência: usos, abusos e dependências*. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 125-128.

Coutinho, V. (2006). Álcool e Alergia - Uma questão de sensibilidade e (mau) gosto. *Revista Ser Saúde*, nº 03, (2006).

Dias, A. M. (2006). *Alcoolismo Compreensão Psicodinâmica*. Lisboa, Climepsi Editores.

Dias, C. M. (2004). Aspectos epidemiológicos do uso de álcool. In: Borges, C. F. e Filho, H. C. *Alcoolismo e Toxicodependência: usos, abusos e dependências*. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 47-53.

Ferreira, A. e Martinez, L. (2007). *Análise de Dados com SPSS*. Lisboa, Escolar Editora.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência.

Freyssinet-Dominjon, J. (2006). *Os Estudantes e o Álcool*. Coimbra, Editora Quarteto.

Kiritzé-Topor, P. e Benard, J. P. (2007). *Guia Prático Climepsi de Alcoologia*. Lisboa, Climepsi Editores.

Mello, M^a., Barria, J. e Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

Mendes, D. (2008). Beber em vez de comer. *ELLE*. [Agosto de 2008], pp. 110-111.

Michel, O. da R. (2002). *Álcool, Drogas e Alucinações – Como tratar*. Rio de Janeiro, Revinter.

Pessoa, U.F. (1999). *Manual de Estilo de Elaboração de Monografias*. Porto, Edições Fernando Pessoa.

Petit, C. (2002). O Alcoolismo feminino na sua abordagem em psiquiatria. In: Roussaux, J. P. et al. *O Alcoólico em Família*. 2^a ed. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 101-108.

Polít., D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Roussaux, J. P., Kreit, B. F. e Hers, D. (2002). *O Alcoólico em Família*. Lisboa, Climepsi Editores.

Schenk, E. A. (2003). Abuso de Substâncias. In: Phipps, W. et al. *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*. 2^a Ed., Lisboa, Lusodidacta, pp. 416-444.

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

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra, Editora Quarteto.

Teixeira, Z. M. (2007). Alcoolismo no Feminino ou Histórias de Mulheres. *Revista Hospitalidades*, nº 278, Out-Dez 2007.

V. Anexos

Anexo I - Questionário