

José Manuel Silva Teixeira

**Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

Porto, 2006

José Manuel Silva Teixeira

**Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

Porto, 2006

José Manuel Silva Teixeira

**Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção**

José Manuel Silva Teixeira

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, sob a orientação do Mestre João Teles.

Summary

The consume of alcohol is seen as an enormous challenge to our society, once that is a licit psychotropic substance, with a large social acceptance. Decurrently of this facts emerges a question, how to live with this substance in a healthy way, decreasing its use in the way of an healthy lifestyle.

In the adolescents specific use, being the adolescence a period of achievement for a major autonomy, emerges a whole intrapersonal, interpersonal conflicts, influences, compulsions to its use, that can lead to an embracement of less healthy behaviours.

The purpose of this study is to describe the variables that influences the Alcohol Use in Adolescence and identify the relations between that variables.

The population of this study is the Students that frequent the 10^o Year of Secondary School in the Oporto Metropolitan Area. The sample is constituted by 60 students. A sampling was used not probabilistic and a sample for convenience.

The current study is descriptive-correlational of level II and the methodology used in the investigation of the same is the quantitative methodology. As instrument of collection of data was used a questionnaire and the statistical treatment was accomplished using the program SPSS (Statistic Package is Social Sciences) version 13.0.

Was confirmed the correlation between the following variables: frequency of consume and amount consumed; consumed substance and with who consumes; amount consumed and the most important result; most important result and with who consumes.

The whole project was accomplished in the sense of contributing with a valid and valuable study for the profession of Nursing, contributing to the improvement of the health of the population.

Resumo

O consumo de álcool é encarado como um enorme desafio para a nossa sociedade, uma vez que sendo uma substância psicotrópica lícita, com uma grande aceitação social: Decorrente destes factos surge a seguinte questão, como viver com esta substância de forma mais saudável, reduzindo o seu consumo no sentido de um estilo saudável de vida.

No consumo particular dos adolescentes, sendo a adolescência período de conquista de um maior estado de autonomia, surgem todo um conjunto de conflitos intrapessoais e/ou interpessoais, influências, pressões para o seu uso, que poderão levar á adopção de comportamentos menos saudáveis.

A finalidade deste estudo é descrever as variáveis que influenciam o Consumo de Álcool na Adolescência e identificar relações entre essas mesmas variáveis.

A população deste estudo são os Alunos do 10º ano de escolaridade de uma Escola Secundária da Zona Metropolitana do Porto. A amostra é constituída por 60 alunos. Foi utilizado um processo de amostragem não probabilística e uma amostra por conveniência.

O corrente estudo é descritivo-correlacional de nível II e a metodologia utilizada na investigação do mesmo, é a metodologia quantitativa. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário e o tratamento estatístico foi realizado utilizando o programa SPSS (Statistic Package for Social Sciences) na sua versão 13.0.

Verificou-se a existência de correlação entre as seguintes variáveis: frequência de consumo e quantidade consumida; substância consumida e com quem consome; quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo; efeito mais importante do seu consumo e com quem consome.

Todo o trajecto foi feito no sentido de contribuir com um estudo válido e valioso para a profissão de Enfermagem, dando também um contributo para a melhoria da saúde da população.

Agradecimentos

Ao Mestre João Teles, por toda a ajuda que tornou possível este trabalho.

Ao Professor Doutor Ernesto Figueiredo pela ajuda no tratamento estatístico.

À Professora Beatriz Marques da Costa e todos os alunos que prontamente se disponibilizaram para participar neste estudo.

Aos colegas que me acompanharam nesta etapa da minha vida, pela troca de ideias, pela disponibilidade e pela amizade demonstrada.

Á Ana, que suportou o tempo dispensado na realização deste trabalho em prejuízo do pouco tempo que tivemos para estar juntos.

A meus pais e irmã pela presença contínua, apoio e ponto de equilíbrio neste e em outros momentos.

Índice

	Pág.
0. Introdução	14
Capítulo I – Fundamentação Teórica	17
1. Álcool	18
1.2. Farmacologia do Álcool	19
1.3. Consequência imediatas consumo de álcool	20
1.3.1. Intoxicação aguda	20
1.3.2. Perdas de Consciência (blackout)	20
1.3.3. Ressaca	21
1.4. Consequência a longo prazo consumo de álcool	21
1.4.1. Sistema Nervoso	21
1.4.2. Sistema gastrointestinal	21
1.4.3. Sistema cardiovascular	21
1.4.4. Sistema Metabólico e Endócrino	22
2. Adolescência	23
2.1. Processo de Socialização	26
2.3. Álcool e Adolescentes	27
2.4. Passagem de Consumos normais a Consumos patológicos de Álcool	28
3. Prevenção	30
3.1. Estratégias para contrariar o consumo de Álcool	31
3.2. O Profissional de Enfermagem - Educador para a Saúde	32
Capítulo II – Estudo Empírico	35
1. Metodologia	36
1.1. Seleção da População e da Amostra	38
1.2. Instrumento de Colheita de Dados	39
1.2.1. Teste á validade interna da Escala de Envolvimento com o álcool para Adolescentes (AAIS)	41
1.2.2. Fidelidade dos resultados obtidos na aplicação da escala - AAIS	42
1.3. Colheita de Dados	44
1.4. Tratamento dos Dados	44
1.5. Considerações Éticas	45

2. Apresentação e Análise dos resultados	47
2.1. Caracterização da amostra	47
2.2. Identificação da relação entre Género e a Frequência de consumo	53
2.3. Identificação da relação idade primeiro consumo e a razão desse consumo	54
2.4. Identificação da relação entre a frequência de consumo e quantidade consumida	54
2.5. Identificação da relação relação entre substância consumida e com quem consome	55
2.6. Identificação da relação entre a quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo	56
2.7. Identificação da relação entre o efeito mais importante do seu consumo e com porque razão bebeu da primeira vez	57
3. Discussão de Resultados	58
3.1. Fidelidade do Instrumento de medida	58
3.2. Concretização dos objectivos formulados	59
4. Conclusão	63
5. Bibliografia	66

Anexo 1 – Instrumento de Colheita de Dados

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 - Análise da consistência interna da AAIS	43
Quadro 2 - Idade dos indivíduos	47
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a idade	48
Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a Género	48
Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo a Tipologia de consumo	48
Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo a Frequência de Consumo	49
Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a Razão do consumo	49
Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo a Substância Consumida	50
Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo o Início do Consumo	50
Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo Razão do Início do Consumo	51
Quadro 11 - Distribuição da amostra segundo Quantidade consumida por ocasião	51
Quadro 12 - Distribuição da amostra segundo Com quem Consome	52
Quadro 13 - Distribuição da amostra segundo Efeito mais importante que teve com o álcool	52
Quadro 14 - Pontuação Global da Escala de Envolvimento de álcool	53
Quadro 15 - Resultados com Escala de envolvimento com álcool (AAIS)	53
Quadro 16 - Teste de Esfericidade de Bartlett entre o Género e Frequência de Consumo	53
Quadro 17 - Teste de Esfericidade de Bartlett entre idade primeiro consumo e a razão desse consumo	54
Quadro 18 - Teste de Esfericidade de Bartlett entre frequência de consumo e quantidade consumida	55
Quadro 19 - Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre Frequência de consumo e Quantidade consumida	55
Quadro 20 - Teste de Esfericidade de Bartlett entre substância consumida e com quem consome	55
Quadro 21 - Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre substância consumida e com quem consome	55
Quadro 22 - Teste de Esfericidade de Bartlett entre quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo	56

Índice de Quadros (cont.)

	Pág.
Quadro 23 - Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre efeito mais importante do seu consumo e a tipologia de consumo	56
Quadro 24 - Teste de Esfericidade de Bartlett entre efeito mais importante do seu consumo e com quem consome	57
Quadro 25 - Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre efeito mais importante do seu consumo e a tipologia de consumo	57
Quadro 26 - Comparação dos valores de <i>Alpha</i> de Cronbach do AAIS com o estudo realizado por Fonte e Alves (1999)	58
Quadro 27 - Comparação de outros estudos relativamente aos resultados com a AAIS	60

Abreviaturas

UFP - Universidade Fernando Pessoa

FCS/EES - Faculdade de Ciências da Saúde /Escola Superior de Saúde

AAIS - Escala de Envolvimento com o álcool para Adolescente

% - Percentagem

N – Amostra

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

A realização de uma monografia tem como finalidade servir de instrumento de avaliação e tem como objectivos específicos: definir um trabalho de investigação pertinente para a prática de enfermagem; aplicar conhecimentos sobre metodologias de investigação; aprofundar conhecimentos na área da investigação científica.

“A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE).

Este estudo surge na sequência de uma reflexão, do investigador, sobre a sua anterior experiência de estágio no Centro Regional de Alcoologia. Durante esse período assistiu a vários casos de utentes que relatavam a importância que o álcool tinha adquirido nas suas vidas, nos seus consumos abusivos que tinham iniciado durante a adolescência. Esta experiência proporcionou o despertar para uma realidade, que poderá atingir níveis de disfuncionalidade pessoal, social que causam muitas limitações nas actividades de vida dos indivíduos, quer de quem consome ou daqueles que têm que lidar com este consumo.

Sendo o álcool uma substância que está enraizada na nossa cultura, presente e disponível nos mais variados locais, em casa, locais de diversão, presente em todo conjunto de rituais (quer religiosos ou não), possui uma grande aceitação social. O seu consumo excessivo torna-se um problema que afecta todas as classes e estratos sociais.

O consumo de álcool poderá parecer normal para os adolescentes, uma vez que este se enquadra no processo de socialização, mas que possui enorme impacto nas famílias, no grupo de pares quando este se torna excessivo. O álcool poderá surgir como factor mediador do processo de desenvolvimento dos adolescentes, podendo ser um factor potenciador de comportamentos de risco.

Este estudo pretende dar cumprimento ao plano curricular do Curso da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Para facilitar a consulta e a compreensão, este estudo foi dividido em dois capítulos: a fundamentação teórica e o estudo empírico, que inclui a metodologia e todo o trabalho de campo. O primeiro capítulo integra vários pontos, onde é abordada toda a revisão bibliográfica, que inclui os itens considerados essenciais para a compreensão do tema em estudo. O segundo capítulo é constituído por vários pontos onde são abordados os procedimentos metodológicos que servem de base para este estudo. Sendo este do tipo descritivo-correlacional de nível II, foi escolhida a metodologia de investigação quantitativa.

Atendendo à metodologia utilizada, no segundo capítulo deste trabalho é feita uma descrição fundamentada e justificativa dos diferentes passos inerentes a este processo. Serão apresentados e interpretados os resultados obtidos, baseando-se nos dados colhidos através de um questionário, previamente testado através da realização de um pré-teste, o qual não revelou a necessidade de se proceder de alterações, servindo o fim para o qual foi elaborado.

Será feita ainda a discussão dos resultados de forma a dar resposta aos objectivos traçados. Por último será feita a conclusão onde serão apresentadas algumas sugestões, que se considerem úteis, no sentido de prevenir o consumo Abusivo de álcool, em cuidados de Enfermagem, tentando contribuir para a adopção de Estilos de Vida Saudáveis.

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

É feita referência a conceitos de álcool, adolescência e prevenção.

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

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Pretende-se também com este trabalho atingir os seguintes objectivos:

- Aplicar conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos durante a Licenciatura;
- Obter conhecimentos mais profundos acerca da temática, nomeadamente factores que leva ao início de consumo, substâncias mais consumidas, com que os adolescentes têm os seus consumos, efeitos desses mesmos consumos.
- Identificar qual a relação entre género e a frequência de consumo
- Identificar qual a relação entre o idade primeiro consumo e a razão desse consumo
- Identificar qual a relação entre a frequência de consumo e quantidade consumida
- Identificar qual a relação entre substância consumida e com quem consome
- Identificar qual a relação entre a quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo
- Identificar qual a relação entre o efeito mais importante do seu consumo e porque razão bebeu da primeira vez

As dificuldades na elaboração deste trabalho, atendendo à inexperiência do investigador nesta área, serão motivo de aprendizagem. Todos os esforços desenvolvidos irão no sentido de que este estudo vá de encontro às expectativas do investigador e sirva as finalidades para as quais foi criado.

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

Pretende-se ainda alertar para a importância da intervenção do enfermeiro em relação aos Adolescentes, que muitas vezes necessitam que sua saúde seja defendida, assim o enfermeiro deverá assumir o papel de alertar, os próprios adolescentes, pais, professores, sobre forma de promover a saúde e evitar que todo um conjunto de doenças se instalem e se desenvolvam.

Capítulo I - Fundamentação Teórica

1. Álcool

A palavra álcool deriva do árabe que significa “espírito fino dividido” e originalmente está referenciado à componente obtida através da destilação do vinho (Brands et al., 1998).

Entre as substâncias que normalmente são alvo de consumo abusivo, o álcool é de longe segundo (Moak e Anton, 1999, p. 57) a estrutura mais simples, consistente constituída apenas por dois átomos de carbono, 6 átomo de hidrogénio e um átomo de oxigénio (CH₃-CH₂-OH). Ao contrário de outras substâncias de consumo abusivo, o álcool é uma substância lícita e legalizada (pelo menos a partir de certa idade). Porém o seu mau uso e abuso, resultarão num complexo distúrbio biológico, psicológico e social como enorme impacto na sociedade.

O etanol é um líquido incolor, volátil, de cheiro característico, de sabor queimoso, densidade 0,8. É miscível com a água, ferve a 78,5° e pode separar-se da água, por destilação (Mello et al., 2001).

Segundo Brands et al. (1998), o consumo do álcool possui uma larga história na civilização. Ainda que hoje em dia se debata o início do seu consumo O uso de bebidas fermentadas remonta pelo menos a 6400 a.C., quando a cerveja e o vinho foram introduzidos, embora haja registos que o consumo de álcool como bebida pode datar-se ao ano 8000 a.C., sendo obtido através do mel. O álcool tornou-se uma das substâncias psicoactivas mais populares, possuindo um papel importante em comportamentos sociais na maior parte das culturas, contudo algumas (como os seguidores do Islão) proíbem expressamente o seu consumo.

Tradicionalmente, tem sido usado principalmente com três grandes objectivos:

- Na actividade médica, enquanto anestésico e pelas suas propriedades sedativas e indutoras do sono;
- Para celebrações religiosas ou ritos;
- Para diversão.

Na prática todas as culturas que permitiram o uso do álcool, enquanto substância para consumo recreativo, reconhecem que os seus potenciais efeitos perigosos no seu consumo agudo ou crónico. Tendo em atenção estes factos, desenvolveram medidas de sanção sociais e legais, para desencorajar o consumo abusivo de álcool e punindo aqueles, cujo comportamento causa, ou potencialmente, poderá causar prejuízo a outros elementos da sua comunidade (Brands et al. 1998, p. 06).

1.2. Farmacologia do Álcool

O álcool é imediatamente absorvido pelo estômago, intestino delgado e cólon, distribuindo por todo o corpo. Devido á sua elevada solubilidade lipídica, o álcool penetra rapidamente no Sistema Nervoso Central (Moak e Anton, 1999).

O primeiro passo, nível metabólico será a oxidação, a maior parte realiza-se no fígado. Uma pequena percentagem, cerca de 5 a 10% do álcool consumido em condições normais passa esta via sendo excretada sem qualquer tipo de alteração através dos pulmões ou na urina. A oxidação no fígado é realizada através da acção da enzima álcool desidrogenase, convertendo o álcool em acetaldeído, que por sua vez, é convertido em acetato pela acetaldeído desidrogenase (Moak e Anton, 1999).

O álcool poderá ser metabolizado por uma via alternativa, em que está envolvido o citocromo P450IIE1 (CYPE1). Esta via apresenta actividade aumentada em indivíduos que possuem consumos do tipo crónico (Moak e Anton, 1999).

O álcool afecta a função cerebral através de muitos mecanismos diferentes, incluindo os efeitos nos canais de iões, receptores dos neurotransmissores. Este funciona como uma depressor de Sistema Nervoso Central; potencia a acção do ácido gama-aminobutírico (GABA, o maior neurotransmissor inibidor do cérebro), inibindo a acção do glutamato (maior neurotransmissor excitatório do cérebro humano), desempenhando uma acção na mediação de potenciação a longo prazo, que poderá estar na base de processo de aprendizagem e de memória. Isto explica a contribuição que esta substância possui para os efeitos depressivos na cognição e nas capacidades motoras. Porém a sua acção, provoca também a libertação de

endorfinas, que induzem um estado inicial e breve de euforia, que poderá explicar a desejo no consumo de álcool (Zeigler et al., 2005).

O álcool poderá também levar á libertação de dopamina, que activa o sistema dopaminérgico (sistema importante na mediação de comportamentos aditivos de substâncias, sendo altamente reactivo á administração aguda e repetida de álcool) (Zeigler et al., 2005).

1.3. Consequência imediatas consumo de álcool

1.3.1. Intoxicação aguda

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

Possuído os adolescentes corpos mais pequenos, com menos massa corporal, não desenvolvem tolerância comportamental ou fisiológica ao álcool e aos seus efeitos, ficando intoxicados com menores quantidades (comparativamente aos adultos) (Zeigler et al., 2005).

1.2.2. Perdas de Consciência (blackout)

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

1.2.3. Ressaca

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

1.4. Consequência a longo prazo consumo de álcool

1.4.1. Sistema Nervoso

No consumo continuado poderá ocorrer neurodegeneração e lesões cerebrais, como também levar a alterações na personalidade, planeamento e comportamentos direccionados para objectivos, respostas ao stress e controlo de impulsos. Poderão ocorrer outros efeitos neurológicos decorrentes do consumo de álcool com diminuição da capacidade de aprendizagem e desenvolvimento intelectual dos adolescentes (Zeigler et al., 2005).

O álcool perturba o ciclo de sono-vigília (com alterações do tempo de sono total, latência do sono), como poderá estar associados a depressões e alterações do humor (Zeigler et al., 2005).

1.4.2. Sistema gastrointestinal

O álcool induz um estado de hipermetabolismo nas células do fígado (hepatócitos), o que resulta numa deficiência relativa de oxigénio. Este facto poderá levar á formação de radicais livres de que poderão levar a fibrose hepática. Poderá ocorrer esteatose (alteração de lípidica), hepatites alcoólicas, cirroses, gastrites, varizes esofágicas, pancreatites (Moak e Anton, 1999).

1.4.3. Sistema cardiovascular

O álcool é conhecido por possuir um efeito tóxico directo no coração, levando cardiomiopatia (levando á ocorrência de ritmos irregulares, podendo levar a morte súbita), diminuição da

contractibilidade cardíaca, hipertensão, alterações da agregação plaquetária (Moak e Anton, 1999).

1.4.4.Sistema Metabólico e Endócrino

O álcool poderá afectar o metabolismo da glicose, alteração do metabolismo do cálcio (o consumo agudo poderá levar a um alteração na regulação promovida pela paratiróides, levando a um perda de cálcio, enquanto no consumo crónico, devido a dietas pobres, levarão á insuficiência de cálcio e vitamina D dando assim possibilidade da ocorrência de osteoporose (Silveira, 2004).

Nos consumidores crónicos poderá ocorrer amenorreia, função testicular diminuída, surgimento de características sexuais femininas como ginecomastia (devido à diminuição dos níveis de testosterona) (Silveira, 2004).

2. Adolescência

Para Offer e Boxer (1995), trata-se de uma fase crítica do curso da vida, merecedora de atenção e estudo, e já não é apenas vista como uma transição entre a infância e a idade adulta.

Reymond (1997) defende que o conceito de adolescência é ambíguo e reflecte a atitude da sociedade em relação aos jovens. Esta ambiguidade diz respeito à definição do seu início, não existe um critério unívoco que marque o termo da adolescência e início da vida adulta.

“...ele já não é uma criança, o seu corpo testemunha; mas quem é ele afinal, quando a ética da sociedade em que vive lhe proíbe usar a sua maturidade sexual há pouco adquirida, e o mantém num estado de semi-parasitismo muito próximo do da criança?...Quem sou eu? Em última análise, é como uma crise de identidade que a adolescência se revela” (Reymond, 1997, p.129).

Assim, será a transição da infância para a idade adulta, de um estado de dependência para um estado de maior autonomia. É mudança, crescimento, desafio e inquietação que culmina com a formação de valores e da identidade que caracteriza a vida adulta. É a idade da alteração das relações que passa a ser mais acentuada com os colegas e cuja apresentação de um adolescente num grupo da mesma idade é vulgar e absolutamente necessário, respondendo às necessidades educativas e sociais, mas também a motivações intrapsíquicas pessoais (Martí, 1996).

A adolescência caracteriza-se assim por uma multiplicidade de condutas, de tentativas e erros, que determina a socialização e individualização nesta faixa etária. As incertezas e flutuações que o adolescente sente quanto aos limites de si mesmo e dos seus actos poderão evoluir num sentido desfavorável formando-se algumas situações de conflito irreversíveis e comprometedoras (Papalia et al., 2001).

Segundo Balaguer (2002) a adolescência, desde os primeiros estudos de G. Stanley Hall, tem sido considerada como um estado de transição, caracterizado por profundas mudanças biológicas e psicológicas em que os jovens tomam uma série de decisões de conduta que irão afectar a sua saúde tanto a curto como a longo prazo.

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

A mudança biológica característica do início da adolescência é a puberdade. A puberdade encontra-se influenciada por factores culturais, ambientais e psicológicos, os quais influenciam a percepção dos adolescentes tanto na ocorrência, como na vivência da puberdade. Nesta fase do desenvolvimento os jovens preocupam-se com o que aparentam aos olhos dos outros e questionam os seus sentimentos face a um corpo em mudança (Vasconcelos 1995, cit. por Oliveira, 2002).

De acordo com Balaguer (2002), o corpo muda de tamanho e de forma alterando o seu funcionamento, produzindo stress e confusão nos adolescentes.

Papalia et al. (2001) referem que a imagem distorcida pode conduzir a uma conduta desadaptada. Esta confusão e preocupação com eles próprios que é normal nesta fase do desenvolvimento, irá regredir no final da adolescência, quando as competências cognitivas lhes permitem integrar as distintas percepções, numa imagem coerente deles próprios. A fase da adolescência possui também outras características distintivas, tais como: a procura de independência, desejo de separação do controlo do adulto; a importância das relações com o grupo de pares; preocupação em relação à sua identidade e o desenvolvimento da conduta moral.

A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move representam desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas na sua saúde (Matos, 2001).

Enquanto muitos adolescentes navegam por vezes em percursos turbulentos desde a infância à fase adulta para se tornarem adultos produtivos e saudáveis, existe uma preocupação crescente de que muitos outros podem não alcançar o seu potencial total como trabalhadores, pais e indivíduos. Infelizmente, a adolescência é também um período cheio de muitas ameaças à saúde e ao bem-estar dos adolescentes, muitos dos quais sofrem de substanciais incapacidades (DiClemente, Hansen e Ponton, *cit. in* Matos, 1996).

Actualmente vivemos numa sociedade onde os adolescentes tendem a adoptar com facilidade hábitos de conduta menos sãos (fumar, beber álcool, tomar drogas, entre outros) que aliados ao sedentarismo precoce, colocam em causa a saúde da nossa juventude. Na busca da

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

autonomia do adolescente é natural que certas atitudes sejam arriscadas. Cabe aos adultos não ameaçar ou amedrontar, mas esclarecer e ensinar a conquista da autonomia e da liberdade com a devida responsabilidade (Papalia et al., 2001).

Antunes (1998), refere “O adolescente que bebe tem probabilidades de vir a ter comportamentos desviantes e o consumo excessivo interfere com as fases normais do processo de desenvolvimento em curso”.

Marti (1996) afirma “A adolescência é o período em que as características do indivíduo favorecem em maior grau o início do consumo de drogas, e inclusive, a sua tendência para a dependência (...) o estímulo para beber cerveja pode partir do meio familiar (pais bebem regularmente) ou do social, em particular o grupo de amigos”.

Sendo a adolescência o caminhar para a idade adulta é normal que os jovens procurem experimentar e descobrir os comportamentos ditos adultos, que lhe trarão repercussões para o futuro, em termos de saúde ou de projectos de vida. Com o grupo experimentam o primeiro cigarro, o álcool, as saídas nocturnas e por vezes a droga. São numerosos os apelos dirigidos aos jovens para se iniciarem no consumo de álcool. “*Apelos de êxito social, de sucesso sexual, de «estar na onda», de ser adulto, de «viver a vida»*” (Peres, 1994, p.142).

Mudanças físicas repentinas, determinadas pela acção das hormonas, que muitas vezes alteram a auto-imagem do adolescente; expectativas individuais, da família e da sociedade relativamente á procura um novo espaço social, da independência e o medo do fracasso, valores adquiridos na família contrastados com o do grupo de companheiros, a necessidade de adoptar ou não as normas desse grupo para ser aceite, o desenvolvimento da auto-estima, o despertar para a sexualidade e para a paixão são alguns dos factores que vão desencadear vários conflitos do mundo do adolescente (Papalia et al., 2001).

2.1. Processo de Socialização

O Homem é um ser gregário. Desde os tempos mais remotos que sente necessidade de se agrupar, de trabalhar e viver em conjunto. Esta necessidade de pertença é visível em todos os grupos etários, mas com especial importância na adolescência. O mundo social que teve o início no seio da família vai-se deslocando progressivamente para o exterior, através das relações com os amigos, colegas de escola e vizinhos da mesma idade. O grupo de amigos adquire um lugar proeminente que pode chegar a ter mais influência que a própria família (Dubar, p.1997).

Assume funções importantes para o desenvolvimento psicológico e social pois, permite-lhe comparar-se com os outros, ter pontos de referência, aprender a relacionar-se. Dentro do grupo, o jovem sente menos insegurança, os colegas passam pelas mesmas preocupações que ele. A linguagem que utilizam é a mesma, há uma interação simbólica coerente. Há códigos de grupo, que os identificam como pertencendo a este ou a aquele, sendo estes, as roupas que usam, o penteado, os cabelos pintados ou rapados, os piercings ou as tatuagens, os locais que frequentam, seja o café ou na escola. O grupo de colegas desenvolve um papel especial no que se refere à informação vinda do exterior. Processa, filtra, e efectua a tradução da socialização surge então como um processo biográfico de incorporação de disposições sociais vindas não só da família e da classe social de origem, mas também do conjunto de sistemas de acção com os quais o indivíduo se cruza no decorrer da sua existência (Dubar, 1997, p.77).

Relativamente ao grupo de pares, podemos concluir que, na generalidade, para os jovens, o convívio com os amigos se reveste de extrema importância, e que os comportamentos individuais são influenciados pelas normas grupais. O facto de a socialização dos jovens decorrer distante da supervisão dos adultos e das instituições centralizadas, possibilita o desenvolvimento de normas e valores que podem conduzir à emergência de comportamentos desviantes (Detry, e Cardoso, 1996, p. 68)

Quanto ao desenvolvimento das relações sociais durante a adolescência, ele está relacionado com vários factores, principalmente ao desenvolvimento da personalidade. Importantes elementos evolutivos da identidade pessoal possuem componentes de relações sociais que, por sua vez, desempenham um papel importante na génese dessa mesma identidade. (Fierro, 1995)

2.2. Álcool e Adolescentes

Hoje em dia o álcool está integrado na cultura adolescente podendo ser visto como comportamento adaptativo de integração no mundo dos adultos, consumido ocasionalmente e por vezes em abundância, até frequentemente até á embriaguês, agente de acesso fácil que acompanha festas ou saídas ao fim-de-semana. Este consumo, suscitado por influência de grupo pode cessar na idade adulta transformando-se num consumo social, ou manter-se e levar á dependência alcoólica (Adés e Lejoyeux, 1997).

No entender de Carvalho (1991), o consumo de álcool está intrinsecamente associado às necessidades de autonomia do adolescente e à sua integração na sociedade actual. O acto de beber é para o jovem, um comportamento social que ornamenta as relações estabelecidas no seu quotidiano e que acarreta repercussões a nível bio-psico-social.

O uso de álcool poderá surgir ainda como comportamento de automedicação, devido às características psicotrópicas, utilizando esta substância em situações de crise, em que o álcool atenua, de forma transitória a ansiedade, a melancolia, sentimentos de inferioridade e tédio. (Adés e Lejoyeux, 1997).

Borges (1993) refere que é preocupante o impacto do consumo de álcool no desenvolvimento cognitivo e psicossocial dos adolescentes contribuindo acentuadamente para as perturbações psiquiátricas e comprometimentos a nível da Saúde Mental.

Para Trindade e Correia (1999) a ingestão de álcool pode ter repercussões directas a curto, médio e longo prazo. As autoras consideram que os problemas que podem surgir a curto prazo são a diminuição do rendimento escolar, com os respectivos comportamentos de risco para a saúde, como por exemplo risco na condução de veículos motorizados. Continuando ainda na linha de pensamento das autoras supracitadas, referem que a personalidade também intervém para que haja um maior ou menor consumo de álcool.

Carvalho (1991) refere que no desenvolvimento da sua identidade o adolescente pode considerar que o álcool pode diminuir momentos de angústias e sem ter a percepção que este interfere na construção da busca do novo sentido de si próprio, porém, a redução de angústia

provocada pelo álcool, pode implicar um sentido de vida fragilizado. Geralmente, o adolescente percebe que quando consome álcool:

“teoricamente as coisas ficam mais fáceis, contudo, não percebe que, inadvertidamente, pode transformar o consumo de álcool como parte da busca de seu sentido de vida, ou seja, tornar o consumo de álcool como ingrediente indispensável na elaboração de sua crise”.

2.3. Passagem de Consumos normais a Consumos patológicos de Álcool

De acordo com Adés e Lejoyeux (1997), o consumo de álcool estará sujeito a regras que varia de país para país. Estas mesmas regras poderão estar relacionados com factores como sexo, idade, religião, classe e estatuto social, conjunto de normas e valores culturais.

O primeiro contacto poderá surgir em idades variáveis, de várias circunstâncias sociais, sendo que os seus efeitos dependerão de indivíduo para indivíduo. Para determinadas pessoas este contacto será o último, estando este facto relacionado com uma intolerância fisiológica (insuficiência congénita de aldeido desidrogenase levando a efeito “antabus”) ou factores religiosos e/ou culturais. (Adés e Lejoyeux, 1997, p.16)

Num estágio denominado “experimental” o indivíduo inicia o seu conhecimento acerca de diferentes bebidas, capacidade de beber, preferência por formas de alcoolização. Este estágio poderá ser mais ou menos longo, sendo que a maioria dos sujeitos poderá passar a um estágio característico de consumos “sociais”. (Adés e Lejoyeux, 1997, p.17)

Relativamente a um estágio de alcoolização “Integrada”, considera-se como sendo o comportamento alcoólico definitivo, que surge da sociedade onde o sujeito se encontra inserido, estando também dependente de factores pessoais (preferências, gosto, tolerância e poder económico). De acordo com Adés e Lejoyeux (1997), os consumidores integrados ou sociais podem aumentar ou diminuir os seus consumos, havendo aqueles que manem hábitos de alcoolização estável, um pequeno número aumentará os seus consumos até a estádios de alcoolização excessiva.

Consumos de Álcool na Adolescência

Início, Percursos e Prevenção

No que diz respeito a um estágio de alcoolização excessiva, surgem já um conjunto de incapacidades ligadas ao consumo desta substância. A saúde física e mental, o bem-estar geral, as relações conjugais, familiares e sociais, actividade profissional e financeira começam a ser afectadas. Se esta escalada da avança caminhamos para um último estágio, o de dependência. No estágio de dependência ocorre uma dependência fisiológica e psicológica ao álcool. Ocorre perda da capacidade de decisão, esta perda pode varia em função da pressão exercida pelo exterior ou por factores pessoais, onde estão envolvidas variáveis como os efeitos psicofarmacológicos do álcool, personalidade do consumidor, factores sociais e sociológicos do consumo (Adés e Lejoyeux, 1997).

3. Prevenção

Segundo Mello et al. (2001), hoje em dia o objectivo geral da prevenção dos problemas ligados ao álcool é “diminuição, quantitativa e qualitativa, destes problemas, através de acções que se lhes antecipem, no seu desenvolvimento e efeitos”.

Numa perspectiva da Saúde Pública, podem distinguir-se três níveis de prevenção resultado da interacção entre Agente-Hospedeiro-Meio. Tem a vantagem de se organizar sobre o reconhecimento da multicausalidade da doença, alargando os alvos e áreas de intervenção preventiva, aumentando deste modo as probabilidades de êxito de toda a política de prevenção.

A intervenção preventiva distingue-se em três níveis:

- Prevenção Primária – medidas de ordem legislativa e económica, que possam limitar o acesso, medidas de ordem informativa e educativa, que limitem a procura, medidas de ordem geral de educação para a saúde, que promovam a saúde do Homem;
- Prevenção Secundária – medidas de intervenção precoce no diagnóstico e tratamento imediato dos indivíduos afectados por este problema;
- Prevenção Terciária – são já as medidas terapêuticas que limitam as sequelas da doença; ajuda o indivíduo tratado a inserir-se de novo na comunidade, fazendo com que este se readapte à sociedade.

Carvalho (1991), refere que o consumo de bebidas alcoólicas se traduz num grave problema que tem vindo a evoluir drasticamente, afectando a sociedade portuguesa na sua globalidade. Por isso, pretende-se dar respostas às necessidades educativas, criando instrumentos e métodos específicos que diminuam o consumo descontrolado do álcool. Na realidade tem-se verificado uma evolução nas abordagens educativas relativas ao mesmo, nomeadamente a progressiva influência do modelo de saúde pública.

3.1. Estratégias para contrariar o consumo de Álcool

Políticos e profissionais de saúde deverão debater formas efectivas de prevenção primária (indo de encontro aqueles que pretendem iniciar o consumo); prevenção secundária (encorajando aqueles que bebem para reduzirem ou eliminarem essa prática) e prevenção terciária (tratamento para aqueles com distúrbios devido ao consumo de álcool) (Rodrigues et al., 2005).

Mello et al. (2001) consideram que é muito difícil estabelecer linhas gerais de uma Metodologia de Prevenção, num domínio tão diverso e complexo como o consumo do álcool. Estes autores propõem duas grandes estratégias:

1. Medidas que fazem caminho pela “limitação da oferta”, pondo, portanto, o acento em intervenções que visam, fundamentalmente, a produção e a venda, tais como:
 - Controlo na produção e comércio, incluindo expansão de mercado e comércio internacional;
 - Regulamentação da distribuição, incluindo o que diz respeito a horas e locais de venda;
 - Regulamentação dos preços, da compra e promoção de vendas, tendo em atenção uma política de tarifas que encare a subida real da bebida alcoólica, a criação de taxas especiais, o estabelecimento de idade-limite para venda e compra.
 - Medidas para diminuir a promoção de álcool e de mensagens sociais pró-consumo, desenvolvendo campanhas para corrigir percepções erradas acerca de níveis de consumo.

2. Medidas que visem a “redução da procura”, pondo o acento nas intervenções junto do indivíduo, tendo em atenção a aquisição de normas e valores de um comportamento individual e socialmente responsável.

- Informação, que difunde conhecimentos ao público em geral, acerca do álcool, seus riscos e consequências do consumo abusivo;
- Desenvolvimento de programas de saúde escolares (abordagens a comportamentos não saudáveis, treino de competências nos processos de tomada de decisão);
- Educação, que influencia normas e valores, visando a formação de atitudes, comportamentos e responsabilidade de todo o indivíduo pela saúde;
- Análise e mudança de condições de vida que podem estar na base da busca do álcool pelo indivíduo.

Aqui os profissionais de saúde, poderão ter um papel preponderante para implementar alterações ambientais, quer ao nível de pacientes individuais (verificação dos comportamentos de consumo, encorajar os pais e outros adultos a aprender mais sobre os efeitos do álcool no adolescentes e monitorizarem os comportamentos do filhos em relação ao álcool) Zeigler et al., 2005).

3.2. O Profissional de Enfermagem - Educador para a Saúde

Segundo Mathre (1999) o consumo de substâncias psicoactivas, está relacionado com a promoção de saúde e prevenção da doença, sendo que a prevenção desta problemática passará pela promoção de estilos de vida saudáveis, educação sobre drogas e guias de orientação para consumo, os enfermeiros estão idealmente preparados para a utilização de estratégias de promoção de saúde, tais como a educação do público e discussão de alternativas saudáveis para consumos indiscriminados, pouco cuidadosos e por vezes extremamente graves.

A educação para a saúde tem por função facilitar mudanças de estilos de vida, de forma voluntária, através da adopção de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde, sendo um processo interactivo reconhecido e aceite pelos indivíduos e comunidades, promovendo a liberdade e responsabilidade de cada indivíduo (Amorim, 1999).

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Um dos problemas com que o enfermeiro se pode confrontar, na comunidade, é certamente o consumo abusivo de álcool. Pimentel (2005) considera que a prevenção deste é sem dúvida uma tarefa difícil, por isso se deve começar pelos mais novos. Assim o enfermeiro de saúde escolar está numa posição única para ajudar as crianças/adolescentes a gerir os seus problemas de saúde, nomeadamente os relacionados, quer directa ou indirectamente, com o álcool.

A necessidade de prevenção contra os riscos do álcool deverá ser um ponto constante no sistema educativo, surgindo assim a necessidade de uma avaliação dos hábitos de consumo de álcool de populações em risco, sendo a população estudantil uma dessas populações. A educação deve começar na escola e prosseguir, ao longo de todos os graus de ensino. Será na escola, e pela educação que se constroem hábitos favorecedores de saúde do Homem, e é sem dúvida este o local de primordial para a prevenção de questões ligadas ao álcool. (Pimentel, 2005).

Segundo Breda (1996), a educação para a saúde será a abordagem que permitirá a redução da oferta e da procura. Se os adolescentes compreenderem que o consumo excessivo do álcool e os riscos que este implica, estarão mais preparados para aceitar as medidas restritivas que assentam na redução da oferta.

O Enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar, pelo lugar de eleição que ocupa junto do indivíduo, família, detém um papel extremamente relevante na prevenção de problemas ligados ao álcool. Esta intervenção só poderá ser concretizada quando o Enfermeiro possuir conhecimentos científicos adequadas a esta problemática, afim de obter uma mudança nos comportamentos e estilos de vida dos adolescentes, contribuindo para a redução do consumo de álcool para níveis compatíveis com a saúde. A intervenção do enfermeiro dos cuidados de Saúde Primários é fundamental em relação á prevenção e diagnósticos precoces (Pimentel, 2005).

Actualmente pensa-se que quanto maiores são as expectativas e crenças pessoais acerca do álcool, menores serão os conhecimentos acerca dos riscos dos consumos abusivos e possíveis consequências, por isso sendo essencial a implementação de uma prevenção primária

eficiente, na qual o enfermeiro desempenha um papel extremamente importante (Pimentel, 2005).

O atendimento personalizado e acções de promoção de saúde e prevenção com grupos de adolescentes devem constituir tarefas articuladas e complementares em qualquer comunidade, com também o aconselhamento de adolescentes tenha em conta a dependência estreita entre consumo individual e colectivo (Carlini-Marlatt, 2004).

A utilização de metodologias activas, onde os jovens possam desenvolver competências sociais para recusar bebidas alcoólicas ou encontrar modelos alternativos de bebida, poderiam e deveriam ser considerados como objectivos importantes nos programas de prevenção (Carlini-Marlatt, 2004).

Para se alcançar um estado de saúde óptimo, o enfermeiro deverá identificar todo um conjunto de intervenções alternativas ou complementares ao consumo de substâncias, sempre que possível. O ensino e reforço de competências assertivas e de tomada de decisão, ajudará os jovens a aumentar a responsabilidade pela sua saúde e orienta a sua atenção para várias opções disponíveis (Mathre, 1999). Esta autora refere que os enfermeiros ao serem peritos na administração de medicamentos e possuírem conhecimentos acerca dos potenciais perigos da utilização indiscriminada de drogas e da incapacidade inerente das drogas poderem “curarem” todos os problemas, este profissional poderá ter um impacto poderoso, ao destruir o mito de um droga boa *versus* um droga má, sendo que este facto implicará ensinar que nenhuma droga é completamente segura e qualquer substância poderá ser sujeita a abuso.

Será da responsabilidade da Escola formar e educar jovens, de modo a que estes se sintam preparados para a promoção da sua própria saúde mas, para que tal aconteça, é necessária a articulação e formação de profissionais educadores. Este facto poderá ser motivante se enfermeiros e professores considerarem, poder trabalhar de uma forma complementar, com maior rentabilidade e menos esforço individual. A informação sobre riscos ou consequências deverá implicar mudança de hábitos, de possibilidade de controlo, de capacidade de alteração do comportamento do adolescente (Pimentel, 2005).

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Metodologia

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

Segundo Polit e Hungler (1995, p.17), o método científico constitui um instrumento extremamente poderoso que auxilia na compreensão do mundo em que vivemos e na solução de muitos problemas de ordem prática.

É importante que na elaboração de um trabalho de investigação, os elementos metodológicos em estudo estejam em perfeita sintonia, possibilitando deste modo, uma maior e melhor adequação das decisões e dos procedimentos científicos.

Este estudo empírico, desenvolveu-se no período compreendido entre Setembro de 2005 e Abril de 2006, tem como finalidade identificar factores que estão relacionados com o consumo de álcool em adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade.

Um dos factores fundamentais para a determinação da metodologia de um estudo é o fenómeno a estudar, a abordagem do mesmo e o objectivo do estudo.

Atendendo à finalidade e à natureza específica do estudo sobre a descoberta de relações entre factores, optou-se por uma metodologia quantitativa.

Segundo Fortin (1999, p.174), os estudos descritivos-correlacionais visam explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas mesmas relações. O presente estudo é descritivo-correlacional de nível II, uma vez que visa a identificar as ligações entre os factores e descrever essas relações, embora não vise a sua explicação.

A mesma autora (1999, p.51), define questão de investigação como um enunciado interrogativo, claro e, não equívoco, que precisa os conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

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. Esta questão terá obviamente de ser clara, exequível e pertinente, para deste modo ser entendida por todos.

As questões de investigação levantadas para o presente estudo, são:

- 1) Qual a relação entre género e a frequência de consumo?
- 2) Qual a relação entre o idade primeiro consumo e a razão desse consumo?
- 3) Que relação existe entre a frequência de consumo e quantidade consumida?
- 4) Qual a relação entre substância consumida e com quem consome?
- 5) Qual a relação entre a quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo?
- 6) Qual a relação entre o efeito mais importante do seu consumo e porque razão bebeu da primeira vez?

Para Fortin (1999, p.37), os tipos de variáveis mais correntemente apresentados nas obras metodológicas são: as variáveis independentes e dependentes, as variáveis atributo.

O presente estudo, sendo de nível II, inclui variáveis atributo, que para a mesma autora (1999, 137-138) são as características dos sujeitos em estudo, assim, neste estudo, as variáveis atributo são:

- Sexo;
- Idade;
- Tipologia de consumo.

Tem como variável dependente o Consumo de Álcool nos Adolescentes, porque é uma variável que se vai manter, ou seja, todos os inquiridos têm de possuir esta característica para fazerem parte do estudo.

As variáveis independentes, ou seja, aquelas que vão ser manipuladas com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente, a frequência de consumo, razões do consumo, substâncias consumidas, idade do primeiro consumo, razões do primeiro consumo, quantidades consumidas, agentes envolvidos no consumo, efeitos da bebida.

O meio é o local onde o estudo é realizado, que segundo Fortin (1999, p.132) deve ser acessível e deve obter-se a colaboração e as autorizações necessárias à realização do estudo.

O presente estudo foi realizado numa Escola Secundária da Área Metropolitana do Porto onde as condições de relações entre os adolescentes determinam certas condições de partilha de experiências, nomeadamente relatar experiências de consumo.

A razão desta escolha deve-se à anterior experiência em Ensino Clínico do investigador, que determinou o conhecimento sobre a existência deste tipo de realidade, nomeadamente no que diz respeito aos factores e idade de início do consumo de álcool. Esse conhecimento motivou o interesse pela adopção de estilos de vida saudáveis, evitando o consumo abusivo desta substância.

1.1. Selecção da População e da Amostra

Para Fortin (1999, p.373), população é um conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos do grupo, que deve ser bem definido tendo em conta uma ou várias características semelhantes, e sobre o qual assenta a investigação. A população deste estudo são os alunos que frequentam o 10º ano de Escolaridade de uma escola Secundária da Área Metropolitana do Porto.

Fortin (1999, p.202), define amostra como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos, que fazem parte de uma mesma população, sendo as características da amostra uma representação da população em estudo.

A amostra é constituída por 60 alunos, que apresentam consumos de álcool. Foi escolhido o número de 60 por se considerar uma amostra suficientemente grande para detectar diferenças estatísticas, considerando o tempo disponível para a realização deste estudo.

O método de amostragem escolhido foi o não probabilístico que, para Fortin (1999, p.208), é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. A escolha deste método de amostragem, deve-se ao facto da população alvo ser somente aquela que apresenta consumos de álcool, e não toda a população de alunos do 10º ano que frequentam a Escola em questão, por isso a probabilidade de fazer parte da amostra só se aplica àqueles que têm as características que interessam para o estudo.

A amostra é uma amostra de conveniência ou acidental, porque são escolhidos de entre a população de alunos, aqueles que têm consumos de álcool, ou seja, aqueles que são mais convenientes para o investigador. A forma de colher os dados, consiste na entrega de um questionário a cada aluno que se dirija á sala de aula onde se realiza o estudo, no período estipulado para a colheita de dados. Este procedimento continuará até que se complete o número de inquiridos necessários para formar a amostra deste estudo.

1.2. Instrumento de Colheita de Dados

Na escolha do método de colheita de dados, o investigador deve ter em conta se a informação que vai colher corresponde aos objectivos do que se vai investigar. Neste estudo que é descritivo-correlacional de nível II, o objectivo é tentar recolher uma grande parte da informação com o objectivo estudar relações entre variáveis.

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

O questionário utilizado (Anexo 1) permite organizar, normalizar e controlar os dados, para que as informações procuradas sejam colhidas de forma rigorosa, evitando assim o desvio às questões efectuadas.

Como instrumento de colheita de dados, o questionário apresenta vantagens e desvantagens. As vantagens existentes e que neste estudo são válidas, são o facto de ser menos dispendioso que a entrevista e exigir menos apetências por parte de quem o põe em prática; é impessoal, apresentando-se de forma uniforme, com a mesma ordem de questões colocadas, facilitando a comparação entre os indivíduos; as pessoas sentem-se mais à vontade, exprimindo livremente as suas opiniões devido ao anonimato das respostas. Entre as desvantagens, podemos destacar o custo elevado e a superficialidade das respostas.

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

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

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

Ao longo do questionário, antes da formulação das questões, foram dadas as devidas indicações relativas ao seu preenchimento, de forma a não suscitar dúvidas.

Embora o questionário utilizado neste estudo não tenha sido elaborado pelo investigador realizou-se um pré-teste, pois havia a necessidade de verificar se todos os termos eram facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos (verificação de compreensão semântica). Para Fortin (1999, p. 253), o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.

O pré-teste foi realizado na primeira semana Janeiro de 2006, junto de 10 alunos da população, que apresentam consumo de álcool, tendo sido pedida autorização aos pais dos alunos, no sentido dos seus filhos (menores) colaborarem no preenchimento do questionário, afim de verificar quais as reais dificuldades em relação ao seu preenchimento e à compreensão do mesmo.

O resultado do pré-teste revelou que não havia necessidade de se efectuarem quaisquer alterações na estrutura do questionário.

1.2.1. Teste á validade interna da Escala de Envolvimento com o álcool para Adolescentes (AAIS)

Para testar a validade interna da escala AAIS recorreu-se à estatística, pelo uso de técnicas que a maioria dos autores considera adequadas a este tipo de instrumento de medida.

Apresentamos agora, os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de medida referidos anteriormente.

Abordar-se-á a validade interna, pela utilização do coeficiente *Alpha de Cronbach* com recurso ao comando Reliability do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 13.0.

1.2.2. Fidelidade dos resultados obtidos na aplicação da escala - AAIS

Os autores que se têm debruçado sobre as características psicométricas de escalas, são unânimes em afirmar que a fidelidade de um instrumento de medida constitui o principal critério para avaliar a sua qualidade e adequação (Polit e Hungler, 1995).

A fidelidade e a validade são elementos efectivos que determinam a qualidade de um instrumento de medida, estes são avaliados em graus. Segundo Fortin (1999, p.225), a fidelidade é um elemento prévio à validade, ou seja, se o instrumento de medida não apresenta scores ou valores constantes em todas as medições, pode não ser útil para se obter o objectivo que o investigador se propôs.

A fidelidade designa a precisão e a constância dos instrumentos de medida. Uma escala de medida é fiel se, em situações similares se obtém resultados idênticos. Segundo Fortin (1999, p.226), todas as técnicas de medida contêm uma parte de erro atribuível ao acaso. A fidelidade existe para graus diferentes e é expressa sob a forma de um coeficiente de correlação (r), variando numa escala de 0,00, para a ausência de correlação, a 1,00 para a correlação perfeita. A fidelidade pode ser estimada segundo quatro meios: a estabilidade, a consistência interna a equivalência e a harmonia. Devido às características deste trabalho, limitamos a nossa discussão à avaliação da consistência interna da AAIS.

Para Fortin (1999, p. 226), a consistência interna equivale à homogeneidade do enunciado de um instrumento de medida. A técnica utilizada por nós para apreciar a consistência interna é a de *Alpha de Cronbach*, esta permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O valor do coeficiente varia de 0,00 a 1,00, sendo que o valor mais elevado denota maior consistência interna. O Alpha de Cronbach deveria ser utilizado de cada vez que uma escala é utilizada.

Relativamente aos valores globais da escala são os seguintes: no conjunto de 13 itens o *Alpha* total é de 0,775, a média dos itens 1,887. O item com pontuações médias mais altas é o “Quando bebeu pela primeira vez?”, e o com pontuações médias mais baixas é o item “Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda sua vida?”

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Quadro 1 - Análise da consistência interna da AAIS

Questões	Média	Desvio Padrão	Alpha
Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?	1,53	0,747	0,756
Quando tomou o seu último "copo"?	2,92	1,030	0,767
Habitualmente começo a beber:	1,58	0,743	0,773
O que é que bebe?	2,72	0,613	0,772
Como começou a beber?	2,38	1,519	0,783
Quando bebeu pela primeira vez?	3,20	1,070	0,789
A que horas do dia costuma beber?	1,97	0,410	0,773
Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?	1,68	1,081	0,750
Quando bebe, quanto bebe?	1,78	0,993	0,725
Com quem costuma beber?	2,50	1,334	0,750
Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?	1,58	1,078	0,728
Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?	0,20	0,514	0,759
Como se sente em relação ao que bebe?	0,48	0,567	0,751
Como o acham os outros?	Como esta variável possuía variância de zero, o programa removeu este item da análise.		
Valores totais:			
Média = 1,887	Variância = 0,773	N =60	
N.º de itens =13	Alpha = 0,775		

1.3. Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada na última quinzena do mês de Janeiro de 2006. Para que tal fosse possível a Escola responsabilizou-se pela obtenção da autorização aos pais, para que fosse possível proceder á passagem dos questionários (facto que explica da aplicação do questionário, só na última quinzena de Janeiro).

Para prevenir alguns casos em que o instrumento de colheita de dados fossem mal preenchidos ou por algum motivo tivessem de ser eliminados, foram distribuídos 70 questionários. Quando recolhidos, constatou-se que alguns (6) tiveram de ser excluídos pois não estavam preenchidos na sua totalidade. Dos restantes 64, foram excluídos quatro de forma aleatória, por forma a construir uma amostra de 60 alunos.

1.4. Tratamento dos Dados

Para tornar possível o tratamento dos dados foi necessário transformar em unidades de medida toda a informação recolhida, ou seja, operacionalizar as variáveis, isto significa definir as variáveis de maneira a que possam ser medidas, significa também atribuir um significado ás variáveis, especificando as operações necessárias para as medir.

Segundo Ribeiro (1999, p.105) a investigação científica depende de quão bem os conceitos se possam medir, da possibilidade dos resultados de uma qualquer variável se distribuírem por categorias ou valores. Torna-se assim necessário atribuir números a objectos ou acontecimentos, de forma a que os dados colhidos possam ser medidos.

As escalas de medida nominais reflectem diferenças qualitativas em vez de diferenças quantitativas, assim as palavras podem ser substituídas por números. Para Fortin (1999, p. 222), a escala de medida nominal representa o grau mais elementar das escalas de medida. O investigador com este tipo de escala está limitado no que diz respeito à utilização das estatísticas, porque os números utilizados na escala nominal não podem ser tratados de forma aritmética. A escala nominal permite a utilização de estatísticas descritivas.

Segundo Ribeiro (1999, p.106) dois critérios se impõem à utilização deste tipo de escalas e são eles os critérios de mútua exclusividade e da exaustibilidade, que foram objecto de atenção aquando da sua utilização.

Relativamente a este estudo, o tratamento dos dados é feito com recurso à análise estatística, nomeadamente a estatística descritiva e correlacional, esta última recorrendo à utilização do teste de esfericidade de Bartlett (onde procura-se rejeitar a hipótese nula, ou seja, na tentativa de verificar se as variáveis são correlacionáveis) para as correlações de variáveis discretas utilizou-se a Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau (Pereira, 1999). Como recurso informático, utilizamos o programa SPSS versão 13.0.

1.5. Considerações Éticas

Na elaboração de qualquer trabalho científico é essencial ter-se em atenção as considerações éticas, pois, segundo Rogers (1997, p.448), é indispensável proteger os direitos dos indivíduos envolvidos na realização da investigação, designadamente o direito ao livre arbítrio, o direito à privacidade, à confidencialidade e ao anonimato.

Na tentativa de respeitar com respeito o Princípio da Autonomia, em que as pessoas são livres de participar e podem desistir quando quiserem, sem coacção nem medo de recriminações, teve-se o cuidado de as informar desse direito, uma vez que, para Rogers (1997, p. 448), os indivíduos objecto de investigação devem ter acesso pleno às informações, considerando que a sonegação destas é indevida e constitui fraude.

Outros direitos que assistem aos investigados e que foram assegurados são a confidencialidade e o anonimato. Segundo Rogers (1997, p.448), confidencialidade significa que as informações divulgadas por um indivíduo, objecto da investigação, serão guardadas e não serão tornadas públicas nem partilhadas com terceiros. O anonimato verifica-se quando a identidade dos indivíduos não pode ser associada às suas respostas.

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

Consumos de Álcool na Adolescência

Início, Percursos e Prevenção

A nível ético teve-se em conta o tipo, a finalidade, os resultados e como é feito o estudo. Como já foi referido anteriormente, a pessoa tem que aceitar participar no estudo e pode desistir em qualquer altura. Todos estes princípios foram respeitados de forma a tornar este estudo válido.

2. Apresentação e análise dos resultados

Neste ponto apresentam-se os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados. Convém ter presente que a apresentação diversificada dos dados não vai substituir a reflexão teórica, uma vez que é através desta que se assegura a coerência e a visão global do trabalho.

Por uma questão metodológica este ponto abordará os resultados obtidos através do tratamento dos dados, utilizando a estatística descritiva, por esta ser a mais adequada ao estudo em si (descritivo-correlacional, nível II) e ao tipo de questões utilizadas, de forma a responder aos objectivos inicialmente traçados. Primeiramente será caracterizada a amostra, de seguida identifica-se relações possíveis entre variáveis.

2.1. Caracterização da amostra

As perguntas do questionário utilizado, caracterizam a amostra. Assim, de seguida, apresentam-se os resultados obtidos, fazendo ao mesmo tempo uma breve análise dos mesmos, de forma a caracterizar a amostra de alunos, consumidores de álcool.

A amostra é constituída por 60 alunos, verificamos que a moda assume o valor de 15 anos, sendo a média de 15,32 uma amplitude de 2 anos (idade máxima 17 e mínima 15 anos).

Em relação à distribuição dos sujeitos por idades verificou-se um maior número relativamente aos 15 anos 70% (42); seguindo-se com percentagem de 28% (17) o grupo relativo aos 16 anos e por ultimo 1,7% (1) ao aluno com 17 anos.

Quadro 2 – Idade dos indivíduos

N	Média	Erro padrão da média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Intervalo de variação
60	15,32	0,065	15	15	0,504	0,254	2

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo a idade

Idades	N	%
15 anos	42	70
16 anos	17	28,3
17 anos	1	1,7
Total	60	100,0

O quadro 4 mostra uma predominância de alunos do género feminino 56,7% (34), relativamente ao género masculino 43,3% (26).

Quadro 4– Distribuição da amostra segundo a Género

Género	N	%
Feminino	34	56,7
Masculino	26	43,3
Total	60	100,0

O quadro 5 mostra que a maior percentagem de indivíduos da amostra 71,7% (43), apresenta uma tipologia do tipo Bebedor habitual sem problemas; com um tipologia de bebedor irregular 26,7 % (16) e havendo apenas 1,7% (1) com o perfil de Bebedor habitual com problemas.

Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo a Tipologia de consumo

Tipologia	N	%
Bebedor irregular	16	26,7
Bebedor habitual sem problemas	43	71,7
Bebedor habitual com problemas	1	1,7
Total	60	100,0

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

No que respeita á frequência de Consumo verifica-se que 58,3% (35) dos alunos tem uma frequência de 1 ou 2 vezes ano, com frequências de 1 a 2 vezes mês surgem 46,7% (20). Dizem ter frequência de consumo todos os fins-de-semana 5% (3) dos jovens, sendo que 3,3% (2) possuem um frequência de várias vezes por semana.

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a Frequência de Consumo

Frequência de Consumo	N	%
1 ou 2 vezes ano	35	58,3
1 ou 2 vezes mês	20	46,7
Todos os fins-de-semana	3	5
Várias vezes por semana	2	3,3
Total	60	100,0

Quando questionados relativamente a razões de Consumo (Quadro 7), o facto de gostarem do paladar reuniu 51,7% das respostas (31), 43,%(26) referiram que era para acompanhar os amigos sendo que 5% (3) assinalaram como razão para o seu consumo o facto de se sentirem nervosos, tensos, cheio de aborrecimento ou com problemas.

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo a Razão do consumo

Razões do consumo	N	%
Porque gosto do paladar	31	51,7
Para acompanhar amigos	26	43,3
Porque me sinto nervoso, tenso...	3	5
Total	60	100,0

Relativamente ao tipo de substância alcoólica (Quadro 8), os cocktails de bebidas alcoólicas são as principais bebidas consumidas pelos alunos, onde dizem consumir este tipo de bebidas 65% (39), seguido por cerveja 26,7% (16). Bebidas do grupo do Bagaço, brandy, Whisky ou licores são referidas 5% (3) dos alunos enquanto apenas 3,3% (2) referem beber vinho.

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a Substância Consumida

Substância Consumida	N	%
Vinho	2	3,3
Cerveja	16	26,7
Cocktails de bebidas alcoólicas	39	65,0
Bagaço, brandy, Whisky ou licores	3	5,0
Total	60	100,0

Quando questionados relativamente ao início do seu consumo 38,3% (23) dos alunos responderam que o foi entre os 14 e os 15 anos, no período entre os 10 e os 14 nos responderam 30% (18) dos inquiridos. Com consumos após os 15 anos verificamos 13,3% (8), sendo que com consumos antes dos 10 anos surgem 10% (6) dos alunos. Com consumos recentes temos 8,3% (5) dos alunos.

Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo o Início do Consumo

Início do Consumo	N	%
Recentemente	5	8,3
Depois dos 15 anos	8	13,3
Entre os 14 e os 15 anos	23	38,3
Entre os 10 e os 14 anos	18	30,0
Antes dos 10 anos	6	10,0
Total	60	100,0

Quando questionados quanto às razões deste primeiro consumo, verificou-se que 61,7% (37) dos alunos referem que foi por curiosidade, 20% (12) dos elementos da amostra referem que foi oferecido por pais e família. Entusiasmados por amigos surgem 11,7% (7) dos inquiridos. Como razão para se embebedarem ou para entrar na “boa” responderam 5% (3) indivíduos. Relativamente á razão para se sentirem mais maduros surge 1,7% (1) da amostra.

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo Razão do Início do Consumo

Início do Consumo	N	%
Por curiosidade	37	61,7
Porque me foi oferecido pelos pais ou família	12	20,0
Entusiasmado por amigos	7	11,7
Para me sentir mais "maduro"	1	1,7
Para me embebedar ou para entrar na "boa"	3	5,0
Total	60	100,0

No Quadro 11, que diz respeito á quantidade consumida por ocasião 48,3% (29) dos alunos referem beber 1 copo ou menos, com 2 copos surgem 35% (21) das respostas. 10%(6) dos alunos referem beber 3 a 6 copos. Relativamente a consumos de 4 copos e 6 ou mais copos surgem a mesmas percentagens 3,3% (2) das respostas.

Quadro 11– Distribuição da amostra segundo Quantidade consumida por ocasião

Quantidade consumida	N	%
1 copo ou menos	29	48,3
2 copos	21	35,0
3 a 6 copos	6	10,0
4 copos	2	3,3
6 copos ou mais	2	3,3
Total	60	100,0

Relativamente à questão com quem consome (Quadro 12), 40% (24) dos inquiridos dizem consumir bebidas alcoólicas só com os pais ou família, 30% (18) referem ter os seus consumos na companhia de amigos ou companhias mais velhas. 25% (15) dos alunos responderam que consomem conjuntamente com amigos da mesma idade. Relativamente ao facto só consumirem com os irmãos responderam 3,3% (2) dos alunos. Apenas 1,7% (1) da amostra referiu consumir bebidas alcoólicas sozinho.

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo Com quem Consome

Com quem Consome	N	%
Só com os pais ou família	24	40,0
Só com os irmãos	2	3,3
Com os amigos da minha idade	15	25,0
Com amigos ou companhias mais velhas	18	30,0
Sozinho	1	1,7
Total	60	100,0

Quando questionados relativamente ao efeito mais importante que tiveram com o álcool (Quadro13), 65% (39) dos inquiridos referiram que ficavam descontraídos decorrente do seu consumo. 23,3% (14) dos alunos referiram ficar moderadamente alegres. Quanto ao efeito de ficarem bêbados responderam 6,7% (4) dos elementos da amostra, sendo que 3,3% (2) não se lembram de nada no dia seguinte. No que respeita a ficar doente, como efeito mais importante respondeu 1,7% (1) da amostra.

Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo Efeito mais importante que teve com o álcool

Efeito mais importante que teve com o álcool	N	%
Descontraí-me	39	65,0
Fico moderadamente alegre	14	23,3
Ficar bêbado	4	6,7
Ficar doente	1	1,7
Beber muito e não me lembra de nada no dia seguinte	2	3,3
Total	60	100,0

No Quadro 14 a média da pontuação global de Escala de envolvimento de álcool é de 24,53, com uma amplitude de 31 pontos (máximo 46 e mínimo 15 pontos).

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Quadro 14 – Pontuação Global da Escala de Envolvimento de álcool

N	Média	Erro padrão da média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Intervalo de variação
60	24,53	0,833	24	18	6,453	41,643	31

No quadro 15 comparam-se as médias das pontuações globais da Escala de Envolvimento de álcool para adolescentes com o género, sendo que os sujeitos de sexo masculino apresentam uma pontuação global superior aos sujeitos de sexo feminino.

Quadro 15 – Resultados com Escala de envolvimento com álcool (AAIS)

Pontuação	Estudo actual	
	Feminino (N=34)	Masculino (N=26)
Média	24,2	24,96
Desvio Padrão	6,69	6,23

2.2. Identificação da relação entre Género e a Frequência de consumo

Quadro 16 – Teste de Esfericidade de Bartlett entre o Género e Frequência de Consumo

Qui-Quadrado (χ^2)	Grau de liberdade	Significância
0,074	1	0,786

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2=0,074$ com 1 grau de liberdade, o que faz com que não se rejeite a hipótese nula, ou seja as variáveis não são correlacionáveis. Este facto é confirmado pela análise da significância (Sig.=0,786), que é superior a 0,005.

Verifica-se que estas variáveis não são correlacionáveis.

2.3. Identificação da relação idade primeiro consumo e a razão desse consumo

Quadro 17 – Teste de Esfericidade de Bartlett entre idade primeiro consumo e a razão desse consumo

Qui-Quadrado (χ^2)	Grau de liberdade	Significância
0,178	1	0,673

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2=0,178$ com 1 grau de liberdade, o que faz com que não se rejeite a hipótese nula, ou seja as variáveis não são correlacionáveis. Este facto é confirmado pela análise da significância (Sig.=0,786), que é superior a 0,005.

2.4. Identificação da relação entre a frequência de consumo e quantidade consumida

Quadro 18 – Teste de Esfericidade de Bartlett entre frequência de consumo e quantidade consumida

Qui-Quadrado (χ^2)	Grau de liberdade	Significância
13,362	1	0,000

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2=13,362$ com 1 grau de liberdade, pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja as variáveis são correlacionáveis. Este facto é confirmado pela análise da significância (Sig.=0,000), que é inferior a 0,005.

Verifica-se que estas variáveis são correlacionáveis, tal é comprovado através do quadro 19 que a correlação é significativa (R= 0,489; p=0,00) entre Frequência de consumo e Quantidade consumida.

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

Quadro 19 – Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre Frequência de consumo e Quantidade consumida

Coefficiente de correlação (R)	Significância (p)
0,489	0,000

2.5. Identificação da relação relação entre substância consumida e com quem consome

Quadro 20 - Teste de Esfericidade de Bartlett entre substância consumida e com quem consome

Qui-Quadrado (χ^2)	Grau de liberdade	Significância
9,138	1	0,003

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2=9,138$ com 1 grau de liberdade, pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja as variáveis são correlacionáveis. Este facto é confirmado pela análise da significância (Sig.=0,003), que é inferior a 0,005.

Verifica-se que estas variáveis são correlacionáveis, tal é comprovado através do quadro 21 que a correlação é significativa (R=0,384; p=0,003) entre substância consumida e com quem consome.

Quadro 21 – Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre substância consumida e com quem consome

Coefficiente de correlação (R)	Significância (p)
0,346	0,003

2.6. Identificação da relação entre a quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo

Quadro 22 – Teste de Esfericidade de Bartlett entre quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo

Qui-Quadrado (χ^2)	Grau de liberdade	Significância
45,128	1	0,000

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2 = 45,128$ com 1 grau de liberdade, pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja as variáveis são correlacionáveis. Este facto é confirmado pela análise da significância (Sig.=0,002), que é inferior a 0,005.

Verifica-se que estas variáveis são correlacionáveis, tal é comprovado através do quadro 23 que a correlação é significativa (R=0,590; p=0,000) entre efeito mais importante do seu consumo e a tipologia de consumo.

Quadro 23 – Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre efeito mais importante do seu consumo e a tipologia de consumo

Coefficiente de correlação (R)	Significância (p)
0,590	0,000

2.7. Identificação da relação entre o efeito mais importante do seu consumo e com porque razão bebeu da primeira vez

Quadro 24 – Teste de Esfericidade de Bartlett entre efeito mais importante do seu consumo e com quem consome

Qui-Quadrado (χ^2)	Grau de liberdade	Significância
21,050	1	0,000

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2 = 21,050$ com 1 grau de liberdade, pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja as variáveis são correlacionáveis. Este facto é confirmado pela análise da significância (Sig.=0,000), que é inferior a 0,005.

Verifica-se que estas variáveis são correlacionáveis, tal é comprovado através do quadro 25 que a correlação é significativa (R=0,554; p=0,000) entre efeito mais importante do seu consumo e a tipologia de consumo.

Quadro 25 – Correlação não Paramétrica de Kendall-Tau entre efeito mais importante do seu consumo e a tipologia de consumo

Coefficiente de correlação (R)	Significância (p)
0,554	0,000

3. Discussão de Resultados

Neste capítulo iremos proceder à discussão dos resultados encontrados, descrevendo as possíveis implicações teóricas e práticas, tendo como pontos de referência a síntese bibliográfica apresentada nos capítulos anteriores sobre o tema em estudo e os objectivos formulados inicialmente.

Por uma questão metodológica e no sentido de respeitar os objectivos atrás referenciados, iremos proceder à discussão dos resultados utilizando o seguinte esquema: fidelidade da AAIS nos alunos que apresentam consumos de álcool; apresentação das relações que possam influenciar esses mesmos consumos.

3.1. Fidelidade do Instrumento de medida

Os resultados obtidos, pela avaliação da consistência interna, através da análise dos valores de *Alpha* de Cronbach da escala vão de encontro aos descritos pelos autores (Fonte e Alves, 1999).

Pela leitura do quadro 26 constatamos que os valores de *Alpha* de Cronbach encontrados são significativos, á semelhança do estudo realizado por Fonte e Alves (1999).

Quadro 26 – Comparação dos valores de *Alpha* de Cronbach do AAIS com o estudo realizado por Fonte e Alves (1999)

	AAIS
Fonte e Alves (1999)	0,887
Do nosso estudo	0,775

Tendo em consideração que a fidelidade interna de uma escala de medida constitui o principal critério para avaliar a sua qualidade e adequação, é uma importante qualidade do processo de medição, ela define o grau de congruência com que o instrumento mede o atributo que pretende medir e que uma maior fidelidade do instrumento corresponde um menor erro nos

valores obtidos (Polit e Hungler, 1995), podemos afirmar que o AAIS se mostrou ser um instrumento válido para avaliar a satisfação com o suporte social.

3.2. Concretização dos objectivos formulados

Com a finalidade de darmos resposta aos objectivos propostos no início deste trabalho de investigação, vamos discutir os resultados por nós encontrados.

Recordamos os objectivos por nós propostos:

- A. Identificar qual a relação entre género e a frequência de consumo
- B. Identificar qual a relação entre o idade primeiro consumo e a razão desse consumo
- C. Identificar qual a relação entre a frequência de consumo e quantidade consumida
- D. Identificar qual a relação entre substância consumida e com quem consome
- E. Identificar qual a relação entre a quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo
- F. Identificar qual a relação entre o efeito mais importante do seu consumo e porque razão bebeu da primeira vez

Esta será a ordem pela qual nos propomos a apresentar discussão dos resultados por nós encontrados.

A. Identificar qual a relação entre género e a frequência de consumo?

Apesar de estas variáveis não serem correlacionáveis, pelo menos nesta amostra, poderemos referir que os indivíduos de género masculino apresentam uma pontuação global de envolvimento com o álcool superior aos indivíduos do género feminino, algo revelado também por estudos anteriores (Quadro 27).

Quadro 27 – Comparação de outros estudos relativamente aos resultados com a AAIS

Pontuação	Barrias et al.		Fonte e Alves		Estudo actual	
	Feminino (N=713)	Masculino (N=460)	Feminino (N=140)	Masculino (N=87)	Feminino (N=34)	Masculino (N=26)
Média	22,6	31,1	23,1	32,2	24,2	24,96
Desvio Padrão	-	-	10,68	12,26	6,69	6,23

O facto das variáveis não serem correlacionáveis, poderá estar relacionado com facto de ter sido estudado apenas um ano escolar (10º ano), podendo os resultados ter sido diferentes se á semelhança de outros estudos com as mesmas características, se tivesse adoptado estudar vários anos de escolaridade.

B. Identificar qual a relação entre o idade primeiro consumo e a razão desse consumo

Verificou-se que estas variáveis não são correlacionáveis, podendo este facto ser atribuído ao tamanho da nossa amostra. Contudo poderemos constatar determinados factos como que a maior percentagem de indivíduos (38,3%) ter iniciado os seus consumos entre os 14 e os 15 anos, algo que vai de encontro a outros estudos nomeadamente Sequeira (2006), que refere que a média de idades da sua amostra relativamente ao primeiro contacto é de 13,86.

Relativamente a razões deste primeiro consumo, em que 20% da nossa amostra respondeu ter sido oferecido por pelos pais ou família, encontramos no estudo de Breda (1996) o seguinte resultado, quanto mais cedo beberam pela primeira vez, maior a probabilidade de isso ter acontecido com familiares, principalmente com o pai. Neste mesmo sentido vai o estudo de Pires (1994), em que este refere que a iniciação nas bebidas alcoólicas, os elementos da família têm um papel preponderante na iniciação dos indivíduos com hábitos alcoólicos.

No respeito á influência de amigos para este consumo, este facto corresponde na nossa amostra a 11,7% da mesma. No estudo de Sequeira (2006), no que respeita á importância do grupo de pares na iniciação dos consumos de bebidas alcoólicas, corresponde a 77,7% das respostas obtidas.

C. Identificar qual a relação entre a frequência de consumo e quantidade consumida

Verifica-se que estas são variáveis são correlacionáveis ($R= 0,489$; $p=0,00$), apesar de não ter sido estudada a relação de causalidade, pois segundo Fortin (1999) um estudo do tipo descritivo-correlacional limita-se a explorar a relação entre variáveis de maneira a conhecer quais as que estão associadas ao fenómeno estudado, que podem dar lugar à formulação de hipóteses, que poderão ser objecto de verificações de estudos posteriores.

Relativamente o resultado obtido, verificamos que este tem a mesma tendência do estudo desenvolvido por Breda (1996), em que este afirma que a frequência de consumo (cerveja, vinho, bebidas destiladas) correlaciona-se positivamente com o número de bebidas por ocasião, apesar deste ao autor utilizar uma escala diferente.

D. Identificar qual a relação entre substância consumida e com quem consome

Verifica-se que estas são variáveis são correlacionáveis ($R=0,384$; $p=0,003$), sendo que a maior percentagem de alunos (40%) da amostra refere consumir bebidas alcoólicas com os pais ou família, algo que apresenta a mesma tendência que o estudo de Breda (1996) em que este refere que o consumo alcoólico de (cerveja, vinho, e bebidas destiladas) por parte de familiares especialmente do pai, pode querer dizer que o facto destes beberem aumenta a probabilidade de os jovens terem maior frequência de consumo deste tipo de bebidas alcoólicas.

E. Identificar qual a relação entre a quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo

Relativamente a estas variáveis obtivemos a seguinte correlação ($R=0,590$; $p=0,000$), que apresenta alguma razão de ser, se comparamos a quantidade de bebida por ocasião que maior parte do aluno refere 1 copo ou menos (48,3%) e 2 copos (35%) e o efeito mais importante que daí advêm descontrair (65%).

No estudo de Breda (1996) existe uma também uma correlação entre o número de bebidas por ocasião e o seu efeito. Neste estudo contudo, verifica-se que o número de bebias correlaciona-se positivamente com o número de embriaguezes. Nesta amostra 15,3% dos jovens referem

consumir cinco ou mais bebidas alcoólicas em cada ocasião que bebem, e que podem ter como significado, segundo este autor, na maior parte dos casos atingir a embriaguez.

F. Identificar qual a relação entre o efeito mais importante do seu consumo e porque razão bebeu da primeira vez

No que respeita a estas variáveis com esta correlação ($R=0,554$; $p=0,000$), 11,7% dos indivíduos referiram ter iniciado o seu consumo entusiasmados por amigos apenas 1 desses atingiu o estado de embriaguez. Breda (1996) consegue obter mais explicações acerca deste fenómeno, relata que aparentemente, começar a ingerir álcool na companhia de amigos determina provavelmente maior número de embriaguezes ao longo da vida.

4. Conclusão

O consumo de álcool nos adolescentes, poderão potencialmente, estar na base de desenvolvimento de consumos abusivos, podendo caminhar para graus de dependência. Conscientes da diversidade deste facto, partimos para este estudo com a certeza de que teríamos um longo caminho a percorrer.

De uma experiência em Ensino Clínico, aliada à curiosidade que nos motiva para a descoberta, passamos por um processo evolutivo e complexo de construção teórica, que nos permitiu fundamentar o problema e formular os objectivos.

A contextualização teórica, elaborada na primeira parte deste trabalho, permitiu-nos enquadrar a problemática em estudo, abordando-se questões gerais relativas ao álcool, adolescente e da prevenção de consumos abusivos, dando particular ênfase às questões relacionadas com consequências do consumo de álcool, a relação do álcool e os adolescentes e o enfermeiro como Educador para a Saúde.

Assim, a revisão bibliográfica que constitui o suporte do nosso trabalho, permitiu-nos aceder a reflexões e conclusões já existentes.

A perspectiva teórica, já apresentada, aponta no sentido do hoje em dia o álcool fazer parte da cultura adolescente podendo ser visto como comportamento adaptativo de integração no mundo dos adultos, consumido ocasionalmente e por vezes em abundância, até frequentemente até á embriaguês, agente de acesso fácil que acompanha festas ou saídas ao fim-de-semana.

Na segunda parte, procedemos à delimitação do estudo, abordando a problemática e a metodologia por nós adoptada.

Para podermos responder aos objectivos traçados, partimos para o trabalho de campo, optando-se por um estudo de tipo quantitativo, utilizando o questionário para a recolha da informação e a análise estatística para o tratamento da mesma. Assim, foram inquiridos 60 alunos de uma Escola secundária da Área Metropolitana do Porto, que tivessem tido contacto

Consumos de Álcool na Adolescência
Início, Percursos e Prevenção

com álcool, recorrendo à Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes. Efectuamos, de seguida, uma análise das respostas aos questionários, com recurso ao SPSS versão 13.0.

Temos consciência de que as conclusões da análise dos resultados dos grupos, da nossa amostra, poderão não ser extensíveis a outros grupos, pois, como em qualquer outro estudo estatístico, o contexto, a idade, o grau de escolaridade influencia os resultados. Contudo e apesar disso, uma reflexão crítica dos resultados obtidos, através da investigação empírica, afigura-se oportuna.

Constatamos que, em termos de início do consumo 38,3% (23) dos alunos responderam que o foi entre os 14 e os 15 anos, sendo que a principal razão invocada para este primeiro consumo, foi por curiosidade. Relativamente ao tipo de substância alcoólica os cocktails de bebidas alcoólicas são as principais bebidas consumidas pelos alunos sendo seguidos pelas seguintes substâncias, cerveja Bebidas do grupo do Bagaço, brandy, Whisky ou licores e finalmente vinho. A maioria dos estudantes dos inquiridos afirmam consumir bebidas alcoólicas só com os pais ou família. Verifica-se que os sujeitos de sexo masculino apresentam envolvimento com o álcool superior aos sujeitos de sexo feminino.

Relativamente á identificação da existência de relações entre variáveis, verificaram-se entre frequência de consumo e quantidade consumida; substância consumida e com quem consome; quantidade consumida e efeito mais importante do seu consumo; efeito mais importante do seu consumo e com quem consome.

Em nosso entender, a forma de ver e encarar esta questão passará obrigatoriamente por acções de prevenção primária.

Salientamos, a necessidade de se conhecerem profundamente as capacidades e motivações dos jovens, para que se possam criar estruturas e espaços, onde estes possam ir de encontro das necessidades e desejos dos jovens, no sentido de garantir bem-estar, prazer e realização pessoal. Na realidade, de pouco servirá investir em estratégias sem valorizar os principais interessados, sem os ouvir, sem os convidar à partilha de decisões.

Não podemos deixar de referir a importância de se aproveitar o saber e experiência deste grupo etário, promovendo a sua intervenção de uma forma activa na construção da sociedade de hoje e de amanhã, permitindo o desenvolvimento a mesma de forma mais estruturada em conceitos desmistificados, onde os indivíduos tenham desenvolvido processos capazes de tomada de decisão.

O adolescente, na nossa opinião, não deverá ser visto como um mero beneficiário de medidas que os outros implementam para ele, mas sim como a peça fundamental de todo o processo, devendo, por isso, ser solicitada a sua opinião sempre que se tomem decisões relativas à sua informação, formação.

Neste sentido será proposto um projecto de formação á Escola onde se desenvolveu este estudo, tendo como parceiros, não apenas professores, mas também alunos e se possível pais.

Não gostaríamos de finalizar sem referir que a formação que se recebe da licenciatura prepara de forma adequada para os problemas e dificuldades que certamente encontrarão na vida profissional. Considero que este deve ser um motivo de grande congratulação para o corpo docente da Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pois a preparação para enfrentar a vida profissional é seguramente uma das vertentes mais importantes da formação ministrada em qualquer licenciatura. Além disso, considera-se que para esta área específica, que é o trabalho com adolescentes haverá a necessidade de formação mais específica, para uma maior eficácia e eficiência nos programas de formação a serem propostos.

5. Bibliografia

- Amorim, C. (1999). “Intervenção para autonomia de opção”. *Trajectos e projectos*. Nº1, 17-21.
- Adés, J. e Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Antunes, M. (1998). *Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas*. Coimbra, Referêcia.
- Balanguer, I. Castillo, I. (2002). *Actividad Física, Ejercicio físico e deporte en la Adolescencia Temprana*. In: *Estilos de Vida en La Adolescencia*. Valencia, Promolibro.
- Borges, L. et al (1993). *Os adolescentes e o álcool*. Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Vol. II, nº 1.
- Brands, B., Sproule, B. e Marshman, J. (1998). *Drugs and Drug Abuse*. 3rd Edition. Toronto, Addiction Research Foundation.
- Breda, J. (1996). Bebidas alcoólicas e jovens: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*. Nº 3/vol.VI/Outubro-Março, pp. 37-119.
- Carlini-Marlatt, B. (2004). Drogas e Jovens: Abordagens Contemporâneas. In: Borges, C. e Filho, H. (Ed.). *Alcoolismo e toxicodependência – Manual Técnico 2*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Carvalho, J. (1991). *Prevenção do abuso no álcool e droga nos jovens*. Porto, Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Detry, B., & Cardoso, A. (1996). *Construção do futuro e construção do conhecimento*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dubar, C. (1997), *A Socialização: construção de identidades sociais e profissionais*. Porto, Porto Editora.

Fierro, A. (1995). Relações sociais na adolescência. In: Coll, C.. *Desenvolvimento Psicológico e Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

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

Fortin, M (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures, Lusociência.

Frasquilho, M. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: Factores protectores e educação para a saúde – O caso da toxicoddependência*. Lisboa, Laborterapia.

Mathre, M. (1999). O Abuso de Substâncias na Comunidade. In: Coon, N. (Ed.). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures, Lusociência.

Marti, J. (1996) – *Psicologia infantil e juvenil : adolescência*. Lisboa, Liarte.

Matos, M., Simões, C., Canha, L., Fonseca, S. (1996). *Saúde e Estilos de Vida nos Jovens Portugueses*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M., Carvalhosa, S., (2001). *Os Jovens Portugueses e o Consumo de Álcool*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação para Todos – PEPT Saúde.

Mello, M, Barrias, J. e Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligado ao álcool em Portugal*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Moak, D. e Anton, R. (1999). Alcohol. In: McCrady, B. e Epstein, E. (Ed.). *Addictions – A Comprehensive Guidebook*. New York, Oxford University Press.

Offer, D. e Boxer, A. (1995). O desenvolvimento normal do adolescente: tratamento de psiquiatria da infância e adolescência. In Lewis, M.. *Tratado de psiquiatria de infância e adolescência*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Oliveira, C. e Leitão, J. (2002). *Interesses e Comportamentos Saudáveis dos Estudantes Universitários. Contributo para o Estudo dos Factores de Sucesso/Insucesso da Universidade da Trás-os-Montes e Alto Douro*. Vila Real, Universidade da Trás-os-Montes e Alto Douro.

Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. 8ª Edição. Lisboa. McGraw-Hill.

Pereira, A. (1999). *Guia Prático de utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 2ª Ed.. Lisboa, Edições Sílabo.

Peres, E. (1994). *Saber Comer para Melhor Viver*. 4ª Ed.. Lisboa, Editorial Caminho.

Pimentel, A. (2005). O álcool na Adolescência. *Revista Sinais Vitais*. Nº62/ Setembro, pp18-21.

Pires, J. (1994). O álcool e os Adolescentes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Volume II/Nº3/Setembro-Dezembro, pp.25-36.

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

Reymond, B. (1997). *O Desenvolvimento social da Criança e do Adolescente*. 2ª ed, Lisboa, Editorial Aster.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/9 de 4 de Setembro. Diário da República I Série.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Rodrigues, M., Pereira, A. E Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde – Formação Pedagógica de Educadores para a saúde*. Coimbra, Formasau.

Rogers, B. (1997). *Enfermagem do trabalho – conceitos e prática*. Camarate, Lusociência.

Sequeira, A. (2006). Consumo de álcool nos jovens estudantes e percepção de risco. *Nursing*. N° 208/Março, pp.6-12.

Silveira, S. (2004). Efeitos, sinais e sintomas do uso de álcool e outras drogas. In: Borges, C. e Filho, H. (Ed.). *Alcoolismo e toxicodependência – Manual Técnico 2*. Lisboa, Climepsi Editores.

Trindade, I. e Correia, R. (1999). *Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. Análise Psicológica*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Zeigler, D., et al (2005). Os efeitos neurocognitivos do álcool nos adolescentes e estudantes Universitários. In: Teixeira, J. (ed.). *Boletim Cérebro Toxicodependente*. Lisboa. Instituto da Droga e Toxicodependência.

José Manuel Silva Teixeira, aluno do 4º ano da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no âmbito da elaboração de um trabalho de investigação sobre o tema “Consumos de Álcool na Adolescência - Início, Percursos e Prevenção”, elaborou este questionário para o qual solicita a sua colaboração.

O objectivo deste questionário é colher dados relativos ao estudo em questão.

Fica assegurado o anonimato e a confidencialidade, pelo que não se deve identificar em nenhuma parte do questionário. Lembro que a veracidade das respostas depende a credibilidade dos resultados obtidos.

INSTRUÇÃO PARA O PREENCHIMENTO:

- Responda a todas as questões;
- O preenchimento é individual;
- Não se identifique em nenhuma parte do questionário;
- O tempo de preenchimento é de aproximadamente 20 min.

Obrigado pela sua colaboração.

José Teixeira

Sexo: F M Idade _____

Ano Escolar _____

Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes

(Mayer e Filstead, 1979 - Adaptado por A. Fonte e A. Alves, 1998)

1. Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?

- a) Nunca.
- b) 1 ou 2 vezes por ano.
- c) 1 ou 2 vezes por mês.
- d) Todos os fins de semana.
- e) Várias vezes por semana.
- f) Todos os dias.

2. Quando tomou o seu último “copo”?

- a) Nunca bebi.
- b) Há mais de um ano.
- c) Entre 6 meses e um ano.
- d) Há várias semanas atrás.
- e) A semana passada.
- f) Ontem.
- g) Hoje.

3. Habitualmente começo a beber?

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

4. O que é que bebe?

- a) Vinho.
- b) Cerveja.
- c) Cocktails de bebidas alcoólicas.
- d) Bagaço, brandy, whisky ou licores.

5. Como começou a beber?

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

6. Quando bebeu pela primeira vez?

- a) Nunca.
- b) Recentemente
- c) Depois dos 15 anos.
- d) Entre os 14 e os 15 anos.
- e) Entre os 10 e os 13 anos.
- f) Antes dos 10 anos.

7. A que horas do dia costuma beber?

- a) Com as refeições.
- b) À noite.
- c) De tarde.
- d) Normalmente de manhã ou com o pequeno almoço.
- e) Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo.

8. Da primeira vez que bebeu, porque razão o fez?

- a) Por curiosidade.
- b) Porque me foi oferecido pelos pais ou família.
- c) Entusiasmado pelos amigos.
- d) Para me sentir mais «maduro».
- e) Para me embebedar ou para entrar «numa boa».

9. Quando bebe, quanto bebe?

- a) 1 copo ou menos.
- b) 2 copos.
- c) 3 a 6 copos.
- d) 6 ou mais copos.
- e) Até ficar alegre ou bêbado.

10. Com quem costuma beber?

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

11. Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?

- a) Descontrair-me.
- b) Ficar moderadamente alegre.
- c) Ficar bêbado.
- d) Ficar doente.
- e) Desmaiar, perder os sentidos.
- f) Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte.

12. Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?

- a) Nenhuma – não senti qualquer efeito.
- b) Interferiu com o que dizia.
- c) Não me deixou passar um bom bocado.
- d) Interferiu com o meu trabalho escolar.
- e) Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas.
- f) Provocou-me problemas em casa.
- g) Meti-me à pancada ou destruí coisas.
- h) Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia ou fui castigado na escola.

13. Como se sente em relação ao que bebe?

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

14. Como o acham os outros?

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

FIM

Obrigado pela sua Colaboração