



Filipa Raquel Cartaxo dos Santos

“LEGISLAÇÃO E ÁLCOOL. OPINIÕES E CONTRADIÇÕES”

Dissertação de mestrado em Saúde Pública apresentado à FMUC, realizado sob orientação do Senhor Professor Doutor Salvador Massano Cardoso e co-orientação do Senhor Doutor Augusto Pinto.

Outubro de 2010



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Filipa Raquel Cartaxo dos Santos

LEGISLAÇÃO E ÁLCOOL.
OPINIÕES E CONTRADIÇÕES.

Dissertação de mestrado em Saúde Pública,
apresentado à FMUC, realizada sob a orientação
do Professor Doutor Salvador Massano e co-
orientação do Doutor Augusto Pinto.

Coimbra, Outubro de 2010

“Não estamos contra o álcool, sim a favor da saúde...”

(OMS, Maio, 1982)

A meus pais e à minha sobrinha: aos primeiros porque me têm apoiado ao longo da minha vida e a quem tudo devo, à Raquelinha, porque é o tesouro mais precioso que tenho, até ao momento, e a quem neguei muitas horas de brincadeira no período de elaboração desta tese.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, que muito se deveu ao meu empenho, é certo, todavia, que só chegou a este ponto, graças à colaboração de muitas pessoas e das instituições que, de forma mais ou menos directa, estiveram envolvidas e a quem antecipadamente devo o meu agradecimento. Parece-me, pois, pertinente, que a imprescindível colaboração e esforço dos mesmos sejam reconhecidos.

Em primeiro lugar, quero demonstrar a minha gratidão ao Sr. Prof. Dr. Massano Cardoso, orientador deste trabalho, pela sua disponibilidade em me receber e aceitar tal compromisso, além de ter sido uma pessoa importante na escolha deste tema e desenvolvimento deste trabalho.

Ao Dr. Augusto Pinto, co-orientador desta dissertação de mestrado, o meu obrigada pela sua paciência, humanidade, prontidão, humildade, simpatia, apoio e tantas outras características positivas que o marcam e facilitaram, seguramente, este percurso. Obrigada, acima de tudo, pela disponibilidade sempre demonstrada e clarividência, objectividade e capacidade de liderança, bem como disponibilidade para me acompanhar e contribuir com os seus conhecimentos para o esclarecimento de dúvidas metodológicas e aquisição de novos conteúdos em relação ao álcool. Sem ele, indubitavelmente, este trabalho não teria produzido os frutos que agora se apresentam. Bem haja!

Obrigada também ao professor Luís Loureiro que me ajudou no tratamento estatístico dos dados, a quem agradeço a sua disponibilidade. E ao professor António Girão que me ensinou mais um pouco de Português e foi impecável na disponibilidade que demonstrou!

Às instituições que, de forma directa ou indirecta, permitiram a aplicação do instrumento de colheita de dados, nomeadamente à Escola Secundária de Cantanhede, à Escola Secundária D. Duarte e à Escola D. Dinis de Coimbra, à DREC e AAC, o meu obrigada.

Naturalmente que não posso deixar de agradecer a todos os que se disponibilizaram e voluntariaram para responder ao questionário aplicado pois, sem os mesmos, era impossível realizar qualquer estudo.

A todos os meus colegas de trabalho dos HUC e demais amigos, o meu agradecimento por tantas vezes me apoiarem, me incentivarem a não desistir, me ajudarem numa ou noutra dúvida e, acima de tudo, por me perdoarem algumas vezes que possa ter tido menos paciência pelo stress acumulado de tanta responsabilidade e preocupação que trazia sobre os ombros.

Aos meus amigos do coração, que bem sabem quem são, pelos momentos em que me deram o ombro para eu chorar, por me limparem as lágrimas, por acreditarem em mim e por tantas vezes terem rezado por mim. Nomeadamente ao Marcelo, obrigada por, desde o primeiro ano deste curso, ter sempre a palavra certa, a força que me faltava, a confiança e amizade que me permitiram lutar. E à Catarina que abdicou do seu tempo livre para colaborar nalgumas reformulações bem difíceis de última hora. A todos eles, o meu obrigada!

E por último, mas de longe, não menos importantes, aos meus pais, irmã, cunhado, sobrinha e demais familiares que, tantas vezes, os privei da minha companhia, tantas vezes descarreguei a minha ansiedade sobre eles. Sobretudo à Raquelinha, a quem muitas vezes tive que dizer não a um momento de brincadeira. A minha eterna gratidão por me terem acompanhado nesta etapa e saberem compreender e perdoar a minha ausência!

Não consigo retribuir certamente o apoio que todos me deram, porque um simples gesto que fizeram para mim, valeu tanto como um tesouro! A todos vós, fica o meu sincero obrigada e a certeza de que não esquecerei o vosso gesto. Bem hajam!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – Antes de Cristo

AAC – Associação Académica de Coimbra

a.d. – autor desconhecido

AUD – Estudantes com distúrbio por consumo de álcool

CAGE - **C**ut (Cortar); **A**nnoyed (Aborrecimento); **G**uilty (Culpa); **E**ye-opener (Revelação)

Dec. – Decreto

DGS – Direcção Geral de Saúde

DR – Diário da República

DREC – Direcção Geral de Educação do Centro

ESPAD – European School Survey on Alcohol and other Drugs

EUA – Estados Unidos da América

FACUA – Associação do Consumidor

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

g/l – gramas por litro

hl – hectolitros

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

IAS – Institute (Instituto) of Alcohol (Álcool) Studies (Estudos)

INE – Instituto Nacional de Estatística

nº - número

NIAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Instituto Nacional do Abuso do
Álcool e Alcoolismo)

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. / Pág. – Página

PSP – Polícia de Segurança Pública

RCM – Resolução do Conselho de Ministros

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UC – Universidade de Coimbra

UE – União Europeia

RESUMO

São vários os elementos arqueológicos e bibliográficos que indicam o consumo de álcool desde há dezenas de milhares de anos a.C.. Contudo, nos últimos tempos este tem atingido proporções massivas nos mais diversos países e arrasta consigo problemas aos mais diversos níveis quer para o próprio indivíduo, quer para a família e sociedade, (agressão, desemprego, gastos de saúde, homicídios, acidentes de viação, entre outros).

Por sua vez, este consumo deve-se a factores de várias naturezas, sendo os socioculturais aqueles que mais se evidenciam. As crenças e falsos conceitos associados ao álcool são, ainda hoje, mal desconstruídas e, antes, aceites como verdades incontestáveis.

É nos jovens adolescentes e adultos jovens que a literatura revela maior preocupação, pois é sobre estes que recai o maior número de consumidores e mais do que isso o padrão de consumo ser tipo “binge drinking”, isto é, a ingestão de grandes quantidades num curto espaço de tempo. Assim, urge questionar as medidas preventivas e reformulá-las com vista à redução do consumo, nomeadamente através de alteração de legislação.

Face ao exposto, é objectivo deste estudo compreender a opinião dos jovens do distrito de Coimbra, do 12º ano de escolaridade e seus pais e jovens do Ensino Superior de Coimbra, em relação a diferentes propostas de alteração da legislação, nomeadamente a diminuição da taxa de alcoolemia e idade mínima legal para venda de álcool.

A investigação realizada insere-se no âmbito dos estudos quantitativos do tipo descritivo-correlacional. Foi aplicado um questionário de auto-preenchimento a 100 estudantes do ensino superior, 50 pais e 50 estudantes do 12º ano.

Deste estudo, emergiram as seguintes conclusões: encontrou-se uma amostra com uma percentagem significativa de consumidores de álcool (63%), sendo a maioria dos consumidores ou do secundário (50%) ou do ensino superior (84%). Apesar de esta ser uma amostra letrada que identifica os problemas do álcool como sendo de grande dimensão (95,5%) e que interferem com o estado de saúde (98%), verifica-se que, afinal, tal informação de que dispõem está mal organizada, pois muitos ainda acreditam em falsos conceitos e têm um padrão de consumo tipo “binge drinking” (35,2%).

Por outro lado, mostram valores elevados de concordância em relação às medidas preventivas no âmbito educacional (rondando os 80%-90%). Porém, quando a questão é feita em relação a medidas mais restritas que interferem directamente com os indivíduos, a situação muda bastante. Por exemplo, só 24,7% dos inquiridos concorda com o aumento do preço das bebidas. Ou seja, a lei da oferta e procura está aqui marcada, pois se se reduzisse a oferta com o aumento do preço, diminuiria a procura, visto que os indivíduos não concordam com o aumento.

No entanto, a mesma amostra deixa abertura suficiente para alteração da legislação em relação às taxas de alcoolemia e idade mínima permitida para a venda de álcool, pois cerca de $\frac{3}{4}$ da amostra, em qualquer das propostas apresentadas, concorda.

É também uma amostra em que os resultados da aplicação do CAGE apontam para um número significativo de indivíduos que levantam já alguma preocupação e o número de indivíduos que apresenta abuso/dependência (8%) também é significativo.

Quanto às hipóteses estabelecidas, não existe relação entre a maioria dos falsos conceitos e o grupo, bem como, entre estes e o género.

Já em relação às hipóteses que relacionam o grupo com as propostas de mudanças de lei, o consumo massivo, CAGE, sujeição a testes de alcoolemia e valor de alcoolemia positivo, as hipóteses confirmam-se, havendo, nalguns casos, uma relação bastante significativa. Desta

análise, confirma-se que a preocupação recai mais nos jovens (leia-se estudantes do secundário e do ensino superior).

Em suma, face às características encontradas nesta amostra, justifica-se a actuação neste problema de saúde pública, com medidas que produzam efeito a curto prazo.

Palavras Chave: consumo massivo, legislação, álcool, grupo.

ABSTRACT

Many are the archaeological and bibliographical elements that indicate the consumption of alcohol tens of thousands of years ago before Christ. However, over time this subject has reached massive proportions in various countries and carries with it problems of various levels, either for the person himself, or for family and society (aggression, unemployment, health expenses, homicide, traffic accidents, among other things).

In turn, this intake is due to factors of various natures being the socio-cultural ones most evident. Beliefs and false concepts associated to alcohol are still today badly deconstructed and accepted as undisputed truths instead.

It is among young adolescents and adults that literature reveals a greater preoccupation because it is here that we see a larger number of consumers and, more than that, the intake pattern is of the binge drinking type, in other words, the intake of large quantities in a short time. So, it is necessary to question the preventative measures and reformulate them in order to reduce consumption, more specifically through the alteration of legislation.

In view of the above, this study's objective is to understand the opinion of young people from the Coimbra district, attending year 12, their parents and young people attending university, also in Coimbra, regarding different possible legislation alterations, namely the reduction of the breathalyzer rate and the statutory minimum age for the sale of alcohol.

This investigation falls under the range of quantitative studies of the descriptive-correlation type. A self-completing questionnaire was applied to 100 university students, 50 parents and 50 year 12 students.

From this study the following conclusions emerged: a sample with a significant percentage of alcohol consumers (63%) was found, being the majority of the consumers either from secondary school (50%) or from university (84%). Although this is a literate sample, which

identifies alcohol problems as being of a great dimension (95,5%) and that they interfere with state of health (98%), it turns out that the information available is wrongly organized as many still believe in misconceptions and have a consumption pattern of the binge drinking type (35,2%).

On the other hand, they show high levels of agreement in relation to preventative measures of the educational extent (about 80-90%), however when the question is made in relation to more restrictive measures which interfere directly with the individuals, the situation changes quite a lot. For example, only 24,7% of those questioned agree with an increase in the cost of drinks. Namely, the law of offer and demand is present here, because if offer was to be reduced with an increase in price, demand would also fall since people would not agree with the price increase.

Nevertheless, the same sample is equally open to the alteration in legislation related to the breathalyzer rates and the minimum aged allowed for the sale of alcohol because about $\frac{3}{4}$ of the sample agreed with any one of the proposals.

This is also a sample where the results of the application of the CAGE point to a significant number of individuals that already show some concern and the number of individuals that present abuse/dependency (8%) is also significant.

As for the hypotheses established, there is no relation between the majority of the false concepts and the group, as well as among these and the genus.

Now, in relation to the hypotheses that relate the group to the proposal of law changes, massive consumption, CAGE, subjection to breathalyzer tests and a positive result, the hypotheses are confirmed and in some cases the relation is quite significant. From this analysis we can confirm that worry falls more on young people (in other words, secondary school and university students).

In short, regarding the characteristics found in this sample, taking action against this public health problem is justifiable with measures that produce short term effects.

Key Words: binge drinking, legislation, alcohol, group.

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	22
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
1- CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	26
1.1 - ÁLCOOL E CONTEXTO CULTURAL	26
1.2 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	28
1.3 - BEBIDAS ALCOÓLICAS	30
1.3.1 - Bebidas fermentadas/destiladas	31
1.3.2 - Graduação de bebidas alcoólicas	32
1.3.3 - Alcoolemia	32
1.3.4 - Tipologia de consumo	33
1.3.5 - CAGE, um instrumento para despiste de abuso de álcool	35
1.4 - FACTORES PREDISPOANTES AO ABUSO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	35
1.5 - PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL	42
1.6 - EFEITOS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO	43
2 - JOVENS	46
2.1 - OS JOVENS E O ÁLCOOL	48
2.2 - A ENTRADA NO ENSINO SUPERIOR	57
3 - LEGISLAÇÃO E ÁLCOOL	60
3.1 - A LEGISLAÇÃO SUBJACENTE AO ÁLCOOL	63
4 - PREVENÇÃO	68
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	
1 - TIPO DE ESTUDO	74
1.1 - RECOLHA DE DADOS	75

2 -	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	77
3 -	VARIÁVEIS EM ESTUDO	79
3.1 -	OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	79
4 -	POPULAÇÃO E AMOSTRA	83
4.1 -	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	83
5 -	INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	85
5.1 -	PRÉ-TESTE.....	86
6 -	PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	88
7 -	TRATAMENTO ESTATÍSTICO	89
	CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	
1 -	ANÁLISE DESCRITIVA	92
2 -	ANÁLISE INFERENCIAL	120
2.1 -	TESTE DE VALIDADE.....	120
2.2 -	TESTES DE HIPÓTESES E ANÁLISE DOS DADOS.....	120
	CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
1 -	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO	136
2 -	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	147
	CONCLUSÃO	148

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário “Legislação e álcool. Opiniões e contradições.”

APÊNDICE II – Pedido de autorização aos pais

APÊNDICE III – Pedido de autorização às diferentes entidades (AAC e DREC)

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Perturbações surgidas com as diferentes taxas de álcool no sangue	61
Quadro 2 - Idade legal limite para a venda de álcool na Europa no ano 2000	66
Quadro 3 - Distribuição dos inquiridos pelos grupos	92
Quadro 4 - Distribuição dos inquiridos pelo género	93
Quadro 5 - Parâmetros estatísticos em relação à idade dos inquiridos	93
Quadro 6 - Distribuição dos inquiridos pela profissão	94
Quadro 7 - Distribuição dos inquiridos em relação à carta de condução	94
Quadro 8 - Distribuição dos inquiridos pelo tipo de veículo que conduzem	95
Quadro 9 - Distribuição dos inquiridos pela frequência de condução	96
Quadro 10 - Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “as bebidas alcoólicas matam a sede”	97
Quadro 11 - Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “as bebidas alcoólicas são alimento”	97
Quadro 12 - Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “o álcool dá força”	98
Quadro 13 - Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “o whisky ou água ardente abrem o apetite”	98
Quadro 14 - Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “uma bebida alcoólica tem calorias, por isso pode engordar”	99
Quadro 15 - Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “o álcool é digerido como os outros alimentos”	99

Quadro 16 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “é possível morrer de uma ingestão elevada de álcool num só dia”	100
Quadro 17 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “uma pessoa pode curar a bebedeira com café forte sem açúcar”	100
Quadro 18 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à redução da taxa de alcoolemia em grupos específicos	101
Quadro 19 -	Distribuição dos inquiridos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas	102
Quadro 20 -	Distribuição dos inquiridos em relação ao consumo massivo	102
Quadro 21 -	Distribuição da opinião dos inquiridos pelo consumo massivo em relação aos seus amigos	103
Quadro 22 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação aos problemas ligados ao álcool	104
Quadro 23 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à interferência das bebidas alcoólicas no estado de saúde	104
Quadro 24 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à classificação dos problemas ligados ao álcool	105
Quadro 25 -	Distribuição dos inquiridos pelos motivos de ingestão de álcool	106
Quadro 26 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à alteração da lei sobre a idade mínima para venda de álcool	107
Quadro 27 -	Distribuição dos inquiridos pelos motivos de discórdia em relação à alteração da lei sobre a idade mínima para venda de álcool	107
Quadro 28 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à alteração da lei sobre a taxa de alcoolemia	108
Quadro 29 -	Distribuição dos inquiridos pelos motivos de discórdia em relação à alteração da lei sobre a taxa de alcoolemia	108
Quadro 30 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “as escolas e a comunidade deveriam ter mais	109

	controle”	
Quadro 31 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “a polícia deveria controlar mais a condução sob o efeito de álcool”	110
Quadro 32 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “deveria existir mais actividades e programas de prevenção...nas escolas”	110
Quadro 33 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “deveria existir mais actividades e programas de prevenção...na comunidade”	111
Quadro 34 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “devia aumentar-se o preço das bebidas”	111
Quadro 35 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “a abstinência devia ser total nas mulheres grávidas”	112
Quadro 36 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “aplicação de tributação...”	113
Quadro 37 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “influenciar a acessibilidade física...”	113
Quadro 38 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “educação nas escolas e comunidade...”	114
Quadro 39 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “aplicação de rótulos educativos...”	114
Quadro 40 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “proibir a venda a menores de 18 anos...”	115
Quadro 41 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “colocar em prática as restrições à publicidade...”	115

Quadro 42 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “promover ambientes protegidos de violência...”	116
Quadro 43 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “estabelecer e reforçar leis que desencorajem...simultaneamente álcool e condução...”	116
Quadro 44 -	Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “apoiar organizações...”	117
Quadro 45 -	Distribuição dos inquiridos que se identificam com algumas alíneas do CAGE	118
Quadro 46 -	Distribuição dos inquiridos em relação ao teste de alcoolemia	119
Quadro 47 -	Distribuição dos inquiridos em relação ao resultado do teste de alcoolemia	119

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à redução da taxa de alcoolemia para 0,0mg/dl	121
Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à redução da taxa de alcoolemia para 0,3mg/dl	122
Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre a alteração da lei sobre a idade mínima para venda de álcool	123
Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à alteração da lei sobre o valor da taxa de alcoolemia	124
Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “as bebidas alcoólicas matam a sede”	125
Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “as bebidas alcoólicas são alimento”	125
Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “o álcool dá força”	126
Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “o whisky ou aguardente abrem o apetite”	126
Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “uma bebida alcoólica tem calorias e por isso pode engordar”	127
Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “o álcool é digerido como os outros alimentos”	128
Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “é possível morrer de uma ingestão elevada de álcool num só dia”	128

Tabela 12 -	Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “é possível curar uma bebedeira com café forte sem açúcar”	129
Tabela 13 -	Resultado do nível de significância da relação entre o falso conceito e género	129
Tabela 14 -	Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação ao consumo de bebidas alcoólicas	130
Tabela 15 -	Distribuição dos inquiridos, por grupo, por consumo massivo	130
Tabela 16 -	Distribuição da opinião dos inquirido, por grupo, em relação à aplicação de tributação sobre o álcool	131
Tabela 17 -	Distribuição da opinião dos inquiridos, por grupo, em relação à aplicação de rótulos educativos que alertem pelos danos causados pelo consumo	132
Tabela 18 -	Distribuição da opinião dos inquiridos, por grupo, em relação ao aumento do preço das bebidas e conseqüente decréscimo do consumo	132
Tabela 19 -	Resultado do nível de significância da relação entre o falso conceito e género	133
Tabela 20 -	Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação ao consumo excessivo resultante das respostas dadas na questão CAGE	133
Tabela 21 -	Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à sujeição a teste de alcoolemia	134
Tabela 22 -	Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação ao resultado do teste de alcoolemia	134

INTRODUÇÃO

O álcool é um fardo bastante oneroso e indesejável para a maioria das sociedades, gerando uma variedade de respostas políticas que passam, desde a proibição total, à virtual ausência de qualquer decisão (Edwards, 1997).

Desde muito cedo, esta substância acompanhou a humanidade, fazendo parte de rituais, tradições, mitos, comércio e vida social. Portugal não é exceção a este cenário, chegando mesmo a ser o país da União Europeia com maior consumo de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao álcool (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Actualmente, constitui um grave problema de saúde pública, porque possui fortes tentáculos sobretudo nas camadas mais jovens, onde este se vai infiltrando cada vez mais, resultando em consequências para o indivíduo, família e sociedade.

Nos últimos tempos assiste-se a uma mudança dos padrões de consumo, com predomínio de consumo excessivo pelos jovens. Estes, rodeados de incentivos associados aos mais diversos temas, além de todas as crenças e, também, pelo facto de o álcool ser uma substância lícita e, conseqüentemente, ser “normal” beber, acabam por serem as vítimas mais atingidas, em consequência da sua vulnerabilidade e factores inerentes a todo o processo de adolescência. A informação proporcionada pelos próprios jovens relativa aos consumos e problemas associados, os acidentes de viação, os crimes relacionados com o álcool e o número de pessoas jovens em tratamento, constituem importantes indicadores da extensão da bebida e seus problemas (Morais, 1997).

É, pois, um tema que está em cima da mesa da OMS que se tem preocupado em estabelecer medidas que possam diminuir este flagelo. A alteração da legislação e controlo

efectivo da mesma é apenas uma das medidas em que se tem batalhado nos últimos tempos.

Recentemente, tem sido batalhada a alteração da legislação relativa à idade mínima para venda de álcool e a redução do limite máximo da taxa de alcoolemia. É daqui que surge a inquietação da investigadora: saber se caso a lei fosse efectivamente alterada qual seria a opinião das pessoas, de alguma forma até que ponto seria bem aceite.

Por outro lado, enquanto profissional de saúde, sente-se numa posição privilegiada para intervir nos problemas relacionados com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. A este propósito Vargas *apud* Trota *et al.* (2001, p. 22) refere que “a elevada prevalência do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, juntamente com os elevados custos de saúde é razão suficiente para justificar a actuação a partir dos cuidados de saúde primários”.

Neste âmbito, o desenvolvimento deste trabalho converge no sentido de dar resposta ao seguinte objectivo de investigação:

- Perceber a opinião dos estudantes do ensino Secundário, ensino superior e pais, em relação a questões relacionadas com falsos conceitos, legislação e medidas preventivas quanto ao álcool.

Esta investigação corresponde a um tipo de estudo descritivo-correlacional através de um questionário aplicado a 100 estudantes do ensino superior de Coimbra, 50 estudantes (12^o ano) da Escola Secundária de Cantanhede, Escola Secundária D. Dinis e D. Duarte, de Coimbra, e 50 pais destes estudantes.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, através da consulta em livros, periódicos, dissertações de mestrado e documentos *on line*.

Os questionários foram aplicados no dia 9 de Fevereiro de 2010 aos estudantes do Ensino Superior e os restantes à medida que os pedidos de autorização dos pais iam chegando. A análise de dados foi realizada através da estatística descritiva e inferencial.

A dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos: o primeiro encerra toda a revisão da literatura que vai ao encontro dos assuntos abordados no questionário; o capítulo II diz respeito à metodologia utilizada e inclui o tipo de estudo, as questões e as hipótese de investigação, a operacionalização das variáveis, a selecção da amostra, a descrição do instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos; no capítulo III são apresentados e analisados os resultados subsequentes à análise descritiva e inferencial; por último, no capítulo IV é tido em consideração os resultados obtidos com os estudos e enquadramento teórico previamente realizado; termina com a conclusão da dissertação onde são referenciados os resultados mais relevantes do estudo em causa, as limitações e sugestões pertinentes para posteriores investigações.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo é a base teórica que sustenta e contextualiza o problema de investigação, orienta a construção do questionário de colheita de dados e fornece uma perspectiva para a interpretação dos resultados. Neste sentido, aborda a temática em redor do álcool, nomeadamente falsos conceitos, legislação e medidas preventivas, dando especial relevo às questões que se prendem com a possível alteração da legislação em vigor.

1 – CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1.1 – ÁLCOOL E CONTEXTO CULTURAL

O consumo de álcool é uma parte tão integrante do quotidiano actual que as práticas do consumo têm influenciado religiões, mitos, comércio, vida social e saúde (Borges e Correia, 2001). De acordo com Pinto (2001), o álcool está enraizado desde há muitos séculos na cultura ocidental sendo as virtudes e inconvenientes deste bem marcados na expressão oral de que os provérbios populares são exemplos únicos e significativos (exemplo: “pão que sobre, carne que baste e vinho que se farte”).

Sánchez (2002) afirma que na Espanha, até à década de 70, o consumo de substâncias como o álcool e o tabaco contava com uma ampla legitimação social e cultural aceitando deste modo, os consumos destas substâncias como naturais sem valorizar o impacto social e muito negativo.

Note-se que o processo de fermentação provocado para obter álcool data de 10 000 a.C., sendo as primeiras bebidas alcoólicas obtidas pela fermentação espontânea dos vegetais, nomeadamente o hidromel que resulta da fermentação do mel (Marques *apud* Barroso, 2003).

Existem diversos elementos arqueológicos e bibliográficos que fazem referência ao consumo de álcool. São exemplo disso: a mitologia Grega, quando se refere ao culto a Dionísio – Deus da vinha e do vinho; também na Bíblia Sagrada são feitas referências ao consumo de álcool – lembre-se as Bodas de Canaá onde Jesus fez o primeiro milagre, transformando a água em vinho; a plantação da primeira vinha por Noé e a embriaguez

deste; a Última Ceia, onde o vinho é transportado à máxima dimensão divina; entre outros acontecimentos (Pinto, 2001).

Relativamente a Portugal, é um país de longa tradição vitivinícola, sendo o consumo de vinho incorporado nos nossos rituais e tradições, exercendo uma poderosa influência em diversos sectores económicos de grande importância como o turismo, a restauração, divertimento e indústria (*Idem*).

Quanto ao consumo de álcool em Portugal, está a assistir-se a um aumento do consumo de cerveja e de bebidas destiladas, em detrimento do vinho, e à concentração dos consumos essencialmente aos fins-de-semana, sobretudo por parte dos jovens (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Assim, tem-se vindo a verificar uma mudança nos padrões de consumo com uma tendência ao incremento geral e excessivo nos jovens. As estatísticas nacionais mais recentes confirmam que existe uma infiltração de consumos alcoólicos em menores durante a adolescência precoce e tardia (Ellickson *et al.*, 2003). Breda (1994) refere mesmo que o álcool vai transformando modalidades de consumo, impondo o seu uso e abuso e também a dependência.

Actualmente, o abuso das bebidas alcoólicas tem alcançado proporções massivas, tanto em países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento e está associado a uma série de consequências adversas, das quais o alcoolismo é apenas uma pequena parte, ainda que seja a de maior relevância do ponto de vista clínico (Saúde Discovery, 2001).

O álcool continua a ser a substância psicoactiva mais frequentemente usada (Matos, 2003; O.E.D.T., 2003), sendo que, o grande impacto que o álcool e o alcoolismo têm como problema de saúde pública, pode ser medido pelo consumo *per capita*, pela prevalência ao longo da vida, pelo número de casos actuais, pela mortalidade e morbilidade, entre outros (Menard *et al.*, 2000).

O consumo de bebidas alcoólicas começa, assim, a ser um problema social e colectivo em certas circunstâncias sociais e culturais que tornam possível o seu uso generalizado e excessivo (Cabral, 2004).

1.2 – ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os prejuízos derivados do álcool tornam-se o mais importante problema de saúde pública no qual é necessário intervir com vista a reduzi-lo (Asvall, 2000). Pascual (2002) acrescenta que, além de o consumo de álcool ser na Europa um problema de primeira magnitude, a população em geral não está consciente dos riscos que o seu consumo continuado ou massivo acarreta.

Em 2003, cada português bebeu em média 42,0 litros de vinho e 58,7 litros de cerveja e 1,4 litros de bebidas espirituosas (World Drink Trends, 2005). Portugal apresenta um consumo *per capita* em 2003 de 9,6 litros ocupando o 8º lugar dos países com maior consumo. O consumo de vinho tem vindo a diminuir gradualmente nas últimas décadas, em contraposição, verifica-se um aumento acentuado do consumo de cerveja e das bebidas destiladas (World Drink Trends, 2005).

A produção, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas influenciam-se mutuamente (Mello, Barrias e Breda, 2001). A este respeito, Neto e Silva (2000, p. 2) acrescentam que “Portugal é um importante produtor e exportador de bebidas alcoólicas, principalmente de vinho; no entanto, desde 1989, que a cerveja constitui a bebida preferida dos portugueses. É também um dos países do Mundo onde se consome mais álcool”. Segundo o INE (2004), Portugal produzia em 2003, 6.420.868 hl de vinho. Particularmente, em relação ao Baixo Mondego, o total da produção de vinho é de 100.814 hl (*Idem*).

O consumo destas substâncias lícitas, particularmente o álcool, de 2001 para 2007 passou de 76% para 79%, assim como, a ingestão de 6 ou mais copos passou de 56,8% para

58,4% (Balsa, 2008). Também os dados do INE (DGS, 2009) dão a conhecer que entre 2005/2006 a percentagem de consumidores em Portugal continental era de 53,8% e nos indicadores básicos de 2005 constatou-se que 64,0% dos consumidores de álcool pertencem ao grupo dos 25-34 anos e 42,8% ao grupo dos 15-24 anos (DGS, 2008).

Em Portugal, estima-se que “exista cerca de um milhão de bebedores excessivos e pelo menos 500 a 700 doentes alcoólicos (Marinho, 2001, p. 472). Gameiro *apud* Mello, Barrias e Breda (2001) corrobora esta informação referindo que entre os portugueses existe 1.700.000 que são bebedores excessivos e doentes alcoólicos.

Marinho (2001, p. 471) afirma que na região Europeia da OMS só em “1999, 55 000 jovens faleceram por causas relacionadas com o álcool” e ¼ das mortes dos indivíduos do sexo masculino no grupo dos 15-29 anos deve-se à ingestão excessiva de álcool. Em Portugal entre 1990 e 1999 faleceram 10614 jovens no grupo etário dos 15-34 anos (*Idem*).

Morais (1999) e Marinho (2001) referem que, na Europa, estima-se que 40-60% de todas as mortes por ferimentos são atribuídas ao álcool e que ¼ dos óbitos nos indivíduos do sexo masculino pertencem ao grupo etário dos 12-29 anos, chegando mesmo a atingir 1/3 em alguns países da Europa do Leste. Neste sentido, Vagerö (2000) salienta os resultados de um estudo feito sobre a importância do álcool, como sendo uma determinante para o peso das doenças da U. E. e Europa. Na Espanha, por exemplo, das 20,000 mortes por ano que estão atribuídas ao álcool 13,000 estão relacionados com acidentes de viação (Sánchez**, 2002).

Este aumento do consumo de substâncias lícitas, como é o caso do álcool e tabaco, atinge valores mais elevados do que as restantes substâncias, sendo o consumo de 79,1% no caso das bebidas alcoólicas (Balsa, 2008). Além disso, é precisamente na população em idade activa (45-54; 35-44 e 25-34) que o consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida é particularmente elevado havendo uma proporção superior nos homens em relação às mulheres (*Idem*).

Neste estudo, comprovou-se que há uma forte presença das mulheres entre os consumidores recentes e o primeiro contacto com o álcool acontece entre os 12 e 20 anos, sendo as razões mais frequentes para a ingestão do mesmo, tornar-se mais sociável, por influência dos amigos, para se sentir alegre e porque ajuda a relaxar.

O consumo de álcool está associado ao aumento total da mortalidade na Europa: um grande número de crianças nasce com o síndrome fetal do álcool; o álcool é factor major responsável pelas mortes em acidentes de viação; suicídios e homicídios são associados à influência de álcool, principalmente devido ao consumo massivo (“binge drinking”) (Asvall, 2000). As inúmeras consequências que resultam do consumo de bebidas alcoólicas permitem perceber a gravidade do problema. O álcool conduz a problemas sociais, económicos e problemas de saúde mental, não só para o indivíduo mas, para toda a sociedade (Menard *et al.*, 2000). Mello, Barrias e Breda (2001) acrescentam ainda que em Portugal cerca de 10% da população apresenta graves incapacidades ligadas ao álcool.

A OMS na meta 12 de “European Alcohol Action” propõe entre 1995 e 2015 que o consumo de álcool não deve aumentar e o seu consumo nos jovens com menos de 15 anos deve ser nulo (Asvall, 2000).

1.3 – BEBIDAS ALCOÓLICAS

O etanol é um líquido incolor, volátil a 78,5°C, de sabor ardente, cheiro característico e sem valor nutritivo para o homem, muito solúvel em água e pouco nos outros líquidos. As bebidas alcoólicas obtêm-se por dois processos distintos: a fermentação e a destilação, donde surgiram as bebidas fermentadas e destiladas.

1.3.1 - Bebidas fermentadas/destiladas

As **bebidas fermentadas** obtêm-se através da fermentação alcoólica dos sumos açucarados pela acção das leveduras. São exemplos: vinho, cerveja, água-pé, cidra e outras bebidas provenientes da fermentação do sumo de outros frutos (Mello, Barrias e Breda, 2001; Cavadas, 1991).

As **bebidas destiladas** resultam de um processo de evaporação, seguido de condensação pelo frio, das bebidas fermentadas ou de álcool contido no líquido aderente ao resíduo (bagaço) da vinificação, de forma a obter-se uma bebida mais graduada (Mello, 1995). As bebidas destiladas são as seguintes: aguardente/álcoois e aperitivos/licores (Mello, Barrias e Breda, 2001).

As pessoas jovens estão a beber quantidades excessivas de álcool até chegar às vezes a episódios graves de intoxicação. Em parte, deve-se ao facto dos produtores de álcool irem ao encontro de estilos de vida da juventude, sexo, desportos e diversões que acabam por estabelecer o hábito de consumir álcool numa idade muito jovem (Pascual *, 2002).

Nos últimos anos, surgiram no mercado novas bebidas alcoólicas, designadas por “designer drinks”, da qual faz parte um conjunto de bebidas classificadas por “alcopops” e que são destinadas especialmente às camadas jovens da população, dado o contexto publicitário que as promove e os locais onde habitualmente a sua comercialização e manufatura se realizam (bares e discotecas) (Cordeiro, 1999 e Pascual*, 2002).

Os “alcopops” são uma mistura de álcool com aditivos que lhes conferem diferentes sabores. Os mais comuns são os que misturam vodka, whisky, absinto ou gim tónico com açúcar, aromas naturais, químicos e cafeínas. São exemplo: whisky com coca-cola, limonadas e colas com álcool (Byte, Hooch, Hooper’s), bebidas baseadas em processos de destilação (Smirnoff Moscow Mule) e outros cocktails designados por “shots”(bebidas ingeridas de uma só vez) (*Idem*).

1.3.2 - Graduação de bebidas alcoólicas

Tendo em conta a densidade do álcool (0.8), a quantidade de etanol existente numa bebida, ou a sua graduação alcoólica é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro nela contido.

A graduação de uma bebida alcoólica é o volume em percentagem, de álcool puro por litro dessa bebida. Exprime-se em graus e varia de bebida para bebida, o que significa que, um litro de vinho de 12º contém 12% de álcool puro, ou seja, 0,12 litros ou 120 ml. Pode-se assim beber a mesma quantidade de álcool ingerindo bebidas diferentes – existe tanto álcool num litro de vinho de 12º, como num ¼ de litro de whisky ou aguardente de 48º. Logo, se se misturar água com vinho ou cerveja, aumenta a quantidade de bebida, mas, não diminui a quantidade de álcool (*Ibidem*).

As bebidas alcoólicas usadas têm diferentes graduações, isto é, podem fornecer ao organismo idênticas quantidades de álcool, se ingeridas em volumes diferentes e os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas têm idêntica quantidade de álcool, ou seja, 12 a 16 graus de álcool puro, aproximadamente (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Neste contexto, uma vez que os copos são padronizados habitualmente nos trabalhos de investigação não se faz a conversão dos graus da bebida, mas trabalha-se por número de copos de bebida.

1.3.3 - Alcoolemia

A taxa de alcoolemia é a quantidade de álcool existente no sangue e no corpo do indivíduo em determinado momento (expressa-se em gramas de álcool por litro de sangue). Isto é, quando se fala de uma alcoolemia de 0,5 g/l é o mesmo que dizer que existem 0,5 gramas

de álcool por litro no sangue. Esta taxa é fácil de atingir por exemplo após da ingestão de 2 copos de vinho ou ½ litro de cerveja, em média (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Mello (1997, p. 2) acrescenta que “a presença de álcool no sangue é a indicação de que o álcool se espalha em todo o corpo, e particularmente nos órgãos mais abundantemente irrigados como o fígado e cérebro”.

É importante efectuar a determinação da alcoolemia a fim de poder ajuizar as capacidades do indivíduo, o seu grau de segurança, de responsabilidade, entre outros, para evitar o risco que o álcool constitui no trabalho, na estrada, entre outras situações (*Idem*).

De acordo com Mello (1997), a alcoolemia depende de inúmeros factores:

- Quantidade ingerida e do grau alcoólico da bebida
- Momento da absorção
- Susceptibilidade individual – uma mesma dose não tem o mesmo efeito sobre todos os indivíduos (a alcoolemia é tanto mais elevada quanto menor é o peso da pessoa), a mulher é mais sensível do que o homem e o estado geral, fadiga, doença também interferem.

A título de exemplo, num indivíduo de 65 kg, uma cerveja produz as seguintes alcoolemias: à refeição 0,15 g/l; fora da refeição 0,25 g/l (Mello, 1997).

Em suma, ao contrário dos nutrientes, o álcool não pode ser armazenado, sendo destruído nas horas seguintes à digestão atingindo os órgãos mais irrigados (rins, cérebro, fígado) quando está em excesso no organismo.

1.3.4 - Tipologia de consumo

Não existe uma definição unânime entre os diversos autores para o padrão de consumo. Porém, optou-se por definir a seguinte tipologia:

- **Abstinente** – aquele que não consome álcool de forma regular, ainda que beba pequenas quantidades ocasionalmente;
- **Bebedor Moderado** – aquele que consome álcool, ou bebidas alcoólicas, regularmente, em quantidades inferiores ao que se aceita como limite de risco. Equivale à ingestão de 30gr/dia nos homens e 20gr/dia na mulher;
- **Bebedor Risco** – aquele cujo consumo é superior às quantidades supracitadas (Marinho, 2001; Pinto, a.d.).

De uma forma similar Kiritzé-Toper e Bénard (2007) categorizam os consumidores em: não consumidores (que não bebem ou nunca beberam e os que já consumiram mas deixaram de o fazer); consumidores moderados (aqueles que até podem beber diariamente, mas não colocam problemas em matéria de saúde, ainda que estejam mais expostos a consequências orgânicas somáticas e neurológicas do que aqueles que consomem regularmente em maior quantidade); consumidores de risco (são os mais numerosos mas não são dependentes, o seu consumo ultrapassa os limites da OMS. Contudo, não tem tradução clínica ou comportamento psíquico e social); consumidores problemáticos (estes ultrapassam os limites da OMS, tem repercussões quantificáveis na saúde física e psíquica e comportamento social) e por último os consumidores dependentes ou dependentes alcoólicos (indivíduos física e psiquicamente dependentes do álcool com uma imagem de decadência pessoal e social).

Porém, pode ainda falar-se em **consumo massivo** (“binge drinking”), entendendo-se por este o consumo de 5 ou mais bebidas estandardizadas num pequeno período de tempo, numa única ocasião (IAS, 2004). Pode também definir-se como o consumo de longas quantidades de álcool numa única sessão resultando em intoxicação (IAS*, 2004). Por outro lado, o consumo massivo pode entender-se ainda como a ingestão contínua de álcool, num grande número de dias ou semanas (Australian Drug Fundation, 2002).

1.3.5 – CAGE, um instrumento para despiste de abuso de álcool

Diagnosticar consiste em detectar uma circunstância ou situação previamente definida recorrendo ao uso de técnicas tidas como válidas (Dauer, 1989). Assim, cabe ao médico despistar se um doente é, ou não, dependente alcoólico, pois um doente consumidor abusivo rapidamente pode passar a uma dependência grave. São diversos os questionários disponíveis para este despiste mas, o mais acessível é questionário CAGE, prendendo-se o seu interesse na simples aplicação, uma vez que as quatro questões que o incorporam são facilmente introduzidas na tradicional entrevista, sendo o tempo de preenchimento inferior a um minuto. Neste questionário, um resultado positivo indica o abuso de álcool e duas ou mais questões positivas indicam um consumo excessivo ainda que não pressuponham dependência (Kiritzé-Topor e Bénard, 2007 e Brugué, Fraile e Molina, 1994).

A principal missão deste instrumento é estabelecer um diagnóstico de prevenção de alcoolismo e os itens que se relacionam com o hábito de consumo de álcool, mais do que a quantidade de álcool consumida (Bennardet e col. *apud* Brugué, Fraile e Molina, 1994). O CAGE é reconhecido como eficaz pelos seus valores de especificidade e sensibilidade obtidos nos estudos feitos (*Idem*). Num estudo feito por Carvalho (2010), ao usar este instrumento numa amostra de 345 jovens estudantes universitários, encontrou 6% da amostra com problemas de dependência e 14% em risco, o que permite fazer um diagnóstico prévio da situação daquela população e, daí a sua importância e facilidade de uso.

1.4 – FACTORES PREDISPOANTES AO ABUSO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Para que exista doença alcoólica, o organismo necessita de estar em contacto com o álcool etílico ou etanol. Legrian *apud* Mello, Barrias e Breda (2001, p.16 e 17) referem que ‘Sans

álcool, pas de alcoolisme'. Porém, na perspectiva dos autores supracitados, são os factores individuais e do meio que conduzem ao consumo excessivo do álcool e conseqüentemente à dependência. Nesta medida, o álcool será o primeiro agente causal mas não o único, sendo assim, uma etiologia multifactorial.

Afonso de Deus (2002) distingue na etiologia os factores **externos**, donde se destacam os socioculturais, geográficos e climáticos e económicos e os **intrínsecos** como sejam, os factores psicológicos e genéticos. Ainda a englobar os intrínsecos Mello, Barrias e Breda (2001) acrescentam os factores fisiológicos.

As justificações que os jovens apontam para o consumo prendem-se com o prazer e gozo, festas e noitadas, relaxamento e alimento (Breda *apud* Carvalho, 1998). Estas, de uma forma mais ou menos evidente, reúnem todos os factores supracitados.

Na opinião de Antunes (1998, p. 31), são “os factores individuais e do meio que condicionam o consumo excessivo de bebidas alcoólicas”. Cordeiro (1999), por outro lado, opina que os factores mais fortes para o consumo, têm na base uma componente social e cultural.

Se é certo que uns factores influenciam mais que os outros, também é certo que essa influência depende da própria vulnerabilidade e susceptibilidade do próprio indivíduo. Passa-se, de seguida, a uma sumária análise dos factores que mais interferem.

● **Factores socioculturais**

O consumo de álcool na sociedade está fortemente ligado a falsas crenças, como sejam:

- *O álcool aquece* – o álcool produz uma vasodilatação a nível dos pequenos vasos dando a sensação de calor e cor ruborizada que diminui a temperatura corporal prejudicando assim o bom funcionamento de todos os órgãos;

- *O álcool dá força* - efectivamente uma pessoa que exerça uma actividade mais intensa pode ingerir mais cerca de um quarto de litro mas, simplesmente, porque o ritmo respiratório e cardíaco estão mais acelerados levando a uma eliminação pulmonar, cutânea e renal mais rápida, logo não é sinónimo de força e apenas temporariamente o indivíduo sente-se “mais forte” e por outro lado a acção euforizante e anestesia temporária dá a falsa aparência de nova energia que quando termina aumenta ainda mais a fadiga com as energias que o organismo gastou na sua metabolização;
- *O álcool abre o apetite e facilita a digestão* – como há dilatação do piloro, e os movimentos peristálticos são acelerados, há uma passagem mais rápida dos alimentos para o intestino sem haver sequer a absorção correcta dos nutrientes, logo há sensação de estômago menos cheio;
- *O álcool mata a sede* – note-se que o álcool diminui a hormona responsável pelo controlo da diurese prejudicando a hidratação do organismo aumentando a necessidade de água no organismo;
- *O álcool alimenta* – o álcool não possui qualquer característica que seja utilizada para nutrir, fornece exclusivamente calorias, ao invés de vitaminas e nutrientes;
- *O álcool torna as pessoas mais alegres e melhora a vida sexual* – a ideia da estimulação deve-se ao facto de o álcool ter um primeiro efeito anestésico sob o córtex cerebral colocando as acções do indivíduo fora do seu controlo aumentando a rapidez de reacção mas diminuindo as capacidades intelectuais;
- *O álcool é um medicamento* – o efeito euforizante camufla alguma sintomatologia como dores de cabeça e mal-estar mas, decorrido o seu efeito, há uma diminuição das defesas e das resistências do organismo; quanto à acção sob a dilatação das artérias coronárias e dissolução do colesterol e

prevenção na arterioesclorose, verifica-se que os benefícios não superam os malefícios;

- *A cerveja sem álcool pode ser consumida por pessoas com problemas ligados ao álcool* – os indivíduos com problemas de álcool não têm só uma dependência física do álcool, mas também dependência psicológica. A este propósito, Duval *apud* Carvalho (1998, p. 62) afirma que “ninguém se torna alcoólico porque quer, mas por necessidade. Necessidade biológica, talvez, mas necessidade psicológica certamente”.

São estes falsos conceitos que são passados de geração em geração e assumem-se como prática no comportamento dos jovens (Claudino, et al. (2007), Crabal, Farate e Duarte (2007), Carvalho (1998)).

Crabal, Farate e Duarte (2007, p. 70) afirmam que o álcool “está enraizado na sociedade e possui tentáculos enraizados nos mais diversos sectores: económico, político, social, cultural e religioso”.

Os hábitos, tradições, mitos, falsos conceitos, as diferenças culturais e religiosas (por exemplo, entre religiões islâmicas e cristãs), as normas socioculturais rígidas influenciando hábitos e controlo de alcoolização, o papel exercido pelo tipo de profissão (recorde-se o empregado da construção civil com a sua bucha e a “bela da garrafinha de vinho tinto ou da cerveja”, ou mesmo os profissionais de relações públicas, onde nos almoços e jantares não pode faltar o vinho branco ou os vinhos aperitivos), a publicidade, as políticas de oferta e disponibilidade de álcool (há que recordar festas como a da cerveja, a Queima das Fitas, entre outras, que colocam à disponibilidade do consumidor maior quantidade de álcool a um preço mais baixo), são factores socioculturais mais do que evidentes para interferirem no consumo de álcool (Mello, Barrias e Breda, 2001). Segundo Schydlower *et al. apud* Antunes (1998) um dos factores socioculturais prende-se com o desenvolvimento do adolescente, isto é, a sociedade considera normal o jovem beber e, por isso, tolera.

Carvalho (1998, p. 31) refere que “a publicidade, e a televisão, por força de ser o seu principal veículo transmissor, são continuamente atacados e apelidados de responsáveis”. Como já foi referido, a publicidade é um factor predisponente ao consumo de álcool até porque se associa a um amplo conjunto de valores positivos: harmonia, sociabilidade, alegria, prazer, diversão e estilo (Sánchez **, 2002).

A este propósito, Gomes e Santos consideram que “hoje em dia, existem factores socioculturais que (...) transmitem imagens que podem ser negativas, como por exemplo, a crise das estruturas sociais, o desmembramento da família, a ausência, em casa, de ambos os pais, a incapacidade de adaptação e falta de resposta adequada das estruturas educativas, as solicitações de toda a ordem numa sociedade consumista e egoísta que nos invadem e abusam do espaço familiar (...)” (1999, p. 39).

Estes factores conduzem os jovens à formação de pares e hábitos comuns que se repercutem em comportamentos de risco, como seja, o consumo de álcool.

Matos *apud* Rocheta (1994, p.48), em relação aos jovens, considera que estes “bebem para serem aceites no grupo, porque naquele grupo todos bebem (...)”. Aqui verifica-se a influência dos pares no consumo de álcool. Em consonância com esta ideia, Carvalho (1994) refere que o álcool faz parte da relação juvenil. O mesmo autor (1998, p. 30) reafirma esta opinião quando refere que os jovens bebem para “se iniciar e afirmar no grupo”. A DGPyPS *apud* Carvalho (1998, p. 30) afirma que “não se bebe, pois por prazer, tão só por intenção de manter a relação grupal”. Ou seja, a ingestão de bebidas alcoólicas passa por uma necessidade de socialização e não pelo prazer em si de beber.

A incapacidade das estruturas educativas, o aumento da escolaridade, as barreiras de ingresso ao Ensino Superior, a dependência material dos pais e as perspectivas sombrias do futuro não favorecem o empreendimento em projectos, o que conduz à adopção de comportamentos indesejados, como por exemplo o consumo de álcool, sendo esta uma

forma de contestação (Gomes e Santos, 1999). O seio da família onde o jovem vive influencia determinantemente o comportamento deste. O grupo torna-se um factor social determinante para a adopção de comportamentos de risco.

● Factores psicológicos

O ser Humano é constituído por traços que o predispõe com maior vulnerabilidade, ou não, a comportamentos de risco. Porém, Mello, Barrias e Breda (2001) consideram que, embora esteja hoje afastada pela maioria dos autores, a hipótese de uma personalidade pré-alcoólica típica, poderá admitir-se que alguns traços de personalidade podem estar na base da procura do efeito do álcool.

Os jovens, pelo estágio etário em que se encontram, são um grupo vulnerável ao consumo de álcool e há necessidade de perceber todos os fenómenos psicológicos que envolvem esta faixa e que estão ligados a uma relação entre os jovens e os seus grupos. É também neste estágio que o jovem tem que resolver tarefas psicológicas em diversos planos (emocional, sexual, intelectual e social) o que o torna ainda mais vulnerável. Portanto, mais do que uma necessidade biológica o álcool é certamente uma necessidade psicológica (Antunes, 1998; Carvalho, 1998 e Gomes e Santos, 1999).

A adolescência é uma idade onde as diversas remodelações do sistema psíquico do jovem e a precariedade do seu sistema adaptativo aumentam a exposição ao risco (Antunes, 1998).

● Factores genéticos

As tendências históricas da relação do papel relativo dos genes e do ambiente como causa do alcoolismo têm sofrido alterações (Cook e Guling *apud* Griffith, 1994). Estudos recentes concluem que há uma elevada frequência de alcoolismo em membros da família em segundo grau, o que conduz a um maior papel nos efeitos socioculturais do que propriamente factores genéticos (*Idem*), sendo este um factor de aprendizagem social e não um factor genético.

Neste contexto, Antunes (1998, p. 34) opina que “se os pais bebem, os filhos fazem o mesmo”. Schydlover *apud* Antunes (1998, p. 33) refere que “o risco de filhos de alcoólicos virem a beber em excesso é de cerca de 25%”. A forma como o adolescente encara o consumo depende das atitudes e comportamentos dos pais relativamente ao álcool (*Idem*).

Eiras *apud* Pereira (2003, p. 179) considera a família “determinante no desenvolvimento do adolescente dado que define as primeiras relações sociais e o desenvolvimento da identidade”. A reforçar esta opinião Pereira (2003, p. 187) atribui à família “um papel importante, no desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente na adopção e promoção de estilos de vida saudáveis, no sentido do adolescente não procurar o consumo de álcool (...)”. Contudo, Cook e Guling *apud* Griffith (1994) consideram que, ainda que se admita o efeito genético, os estudos feitos nesta matéria são considerados fracos. Julga-se que, mais do que uma influência genética, assiste-se antes a uma influência do contexto familiar. Porém, outros estudos têm identificado a prevalência de factores farmacogenéticos e psicofarmacológicos no desenvolvimento do alcoolismo, não havendo, desta forma, um consenso muito claro (*Idem*).

Pela análise dos diferentes factores, conclui-se que deveria, assim, existir uma teoria etiológica que ajuizasse com um grau de precisão a importância relativa das diferentes

causas (Mello, Barrias e Breda, 2001). Porém, Cartwright e Shaw *apud* Mello, Barrias e Breda (2001) focam a importância da influência e interação de todos os factores, sendo aí que se criam e desenvolvem os modelos do consumo e a vulnerabilidade ou a protecção de cada indivíduo. Desta forma, perceber-se-á um melhor conhecimento da génese biopsicossocial que a alcoolização constitui.

1.5 – PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

A Organização Mundial de Saúde *apud* Mello *et al.* (1988, p. 12) define problemas ligados ao álcool como “uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool”. Estas consequências atingem não só o bebedor mas também a colectividade em geral. Como já foi referido no decorrer deste trabalho, as perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos e de um consumo excessivo ou prolongado. Começemos por distinguir alcoolismo agudo de alcoolismo crónico. O primeiro diz respeito ao estado em que o indivíduo fica após a ingestão única de grande quantidade de álcool, num curto espaço de tempo. O indivíduo fica embriagado, sem equilíbrio e controlo, podendo mesmo perder a consciência e entrar em estado de coma ou até morrer. Já o alcoolismo crónico resulta do consumo habitual e repetido de bebidas alcoólicas que mantêm uma alcoolização permanente no organismo, à qual o fígado não consegue dar resposta (Cabral, 2004; Direcção Geral da Saúde, 1993).

Segundo Carvalho (1994, p. 60) “desde doenças físicas, que conduzem à morte, até doenças psíquicas, como a depressão, tudo de mal acontece ao Homem alcoolizado”. O álcool vai interferir na vida familiar, na sociedade, nas capacidades intelectuais e laborais. Assim sendo, há um leque alargado de consequências resultantes do consumo excessivo de álcool.

Efectivamente o risco de consumo de bebidas alcoólicas e a doença alcoólica traz múltiplas repercussões e incapacidades transpondo para quatro grupos fundamentais esses problemas: problemas **no indivíduo** (problemas físicos e psíquicos; suicídios e homicídios); **na família** (alterações na dinâmica familiar e consequências para os filhos); **no trabalho** (absentismo, acidentalidade, menor rendimento laboral) e **na comunidade** (violência, desemprego, acidentes de viação, perturbações nas relações sociais, entre outros) (Mello, Barrias e Breda, 2001 e Antunes *apud* Cabral, 2004).

Há, deste modo, inúmeras consequências que comprometem o futuro do próprio, da família e da sociedade em que está inserido.

1.6 – EFEITOS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO

O álcool etílico é tóxico para a maioria dos tecidos no organismo, pelo que o seu consumo excessivo pode causar dependência e doenças que podem culminar com a morte (Estruch, 2002).

O álcool após ser ingerido através da boca é absorvido 30% no estômago, cerca de 65% no duodeno e o restante pelo cólon, o que significa que não há digestão do álcool ao contrário do que se verifica com os alimentos, passando para a circulação sanguínea e difundindo-se facilmente através dela em função do conteúdo hídrico dos diferentes órgãos ou tecidos (Mello, Barrias e Breda, 2001). Deste modo, órgãos nobres como o fígado, rins e cérebro são rapidamente atingidos.

No indivíduo em jejum, essa absorção é feita em 15-20 minutos (podendo variar com alguns factores) e após a absorção a concentração de álcool no organismo eleva-se atingindo o pico dos valores cerca de hora e meia após a ingestão (sendo mais rápido em jejum e mais lento no decurso de refeição). Posteriormente os valores decrescem em função do tempo, variando com os factores individuais e metabólicos de cada um. Do álcool ingerido apenas

10% é eliminado pelos rins, pulmões e urina o que significa que os restantes 90% ficam ao “encargo” do fígado. Depois de passar por diversas reacções, resulta um produto muito tóxico para o organismo – o acetato - que passa para a circulação onde a sua oxidação é efectuada (*Idem*).

Quando ocorre uma intoxicação alcoólica aguda os níveis de álcool no sangue traduzem os níveis de etanol no cérebro. Numa primeira fase, ocorre uma hiperexcitabilidade do córtex cerebral que se traduz depois num síndrome confusional, até chegar a sofrer um coma mais ou menos profundo (Estruch, 2002). O autor afirma que a ingestão de álcool tem alterações a nível da electrofisiologia cerebral, metabolismo neuronal e circulação do cérebro e o estado eufórico que se verifica deve-se à activação do córtex pré-frontal (*Idem*).

Sabe-se que a adolescência é um período propício para o início do consumo de álcool o que se torna um risco maior para a saúde pois, quanto mais precoce for esse consumo maior é o risco para uma série de consequências adversas, como sejam o aumento da probabilidade de dependência alcoólica (se a primeira ingestão for aos 14 anos a probabilidade é de 41% e se for aos 21 essa probabilidade decresce para 10%), problemas sociais e saúde mental (Brown e Tapert, 2005).

Os mesmos autores (2005, p. 6) afirmam que

“as anomalias do SNC, que incluem défices neurocognitivos, atrofia de várias estruturas cerebrais, electrofisiologia anormal, alteração do fluxo sanguíneo, função cerebral anormal, e um sono perturbador, foram claramente observadas em adultos com histórias de consumo crónico de bebidas pesadas (...). Apesar de ser menos claro como é que o cérebro do adolescente é afectado (...) [há] um impacto potencialmente maior do álcool antes da maturação completa do cérebro.”

São os adolescentes expostos ao álcool aqueles que têm maior dificuldade na aprendizagem e memória. Em estudos feitos, verificou-se que, aquando de experiências acumuladas de consumo de álcool, predizem nos jovens que continuam a beber, maiores défices na atenção e memória quando chegam à idade adulta. Ou seja, um consumo

exagerado implica défices cognitivos que se agravam se for mantida a ingestão de álcool durante o desenvolvimento (Harper e Matsumoto, 2005). A tradução cerebral destes défices sugere reduções acentuadas do volume do hipocampo, substância cinzenta e branca, na amígdala e corpo caloso (*Idem*).

Ainda na opinião destes autores (2005, p.13) “as debilitações da função neurológica normalmente detectadas na dependência alcoólica incluem défices na resolução de problemas abstractos, na aprendizagem verbal, na função da memória, nas capacidades motoras perceptuais e mesmo na função motora”.

Num estudo realizado por Nagel *et al.* (2005) em relação ao hipocampo em estudantes com distúrbios por consumo de álcool (AUD) sem comorbilidade psiquiátrica constatou-se que, de facto, o hipocampo esquerdo se apresenta reduzido nos adolescentes com AUD.

O álcool perturba fundamentalmente a capacidade de formar memórias para factos e acontecimentos (por exemplo o que aconteceu na noite anterior). Por outro lado, a debilidade da memória aumenta com a quantidade de álcool ingerida sendo, tal facto, mais prejudicial nos adolescentes em consequência da sua maior vulnerabilidade, porque grande parte do desenvolvimento cerebral, estrutural e funcional ocorre durante a adolescência (White e Swartzwelder, 2005).

Face ao exposto, parece pertinente que Zeigler *et al.* (2005, p.48) afirmem que “o cérebro de um jovem é demasiado precioso para ser desperdiçado!”

2 – JOVENS

A adolescência é um factor de risco para uma série de problemas em consequência das mudanças pessoais (Gomes e Santos, 1999). Isto porque, como refere Prazeres (1998), este é um processo dinâmico da passagem entre a infância e a vida adulta, em que há uma maior complexidade nas funções e comportamentos que vão assumir.

Sampaio (2000) afirma que não há, em termos cronológicos, um termo exacto para o período de duração da adolescência que indique com precisão a entrada na idade adulta. Erickson refere que o final da adolescência situa-se entre os 19 e 25 anos de idade, assentando o conflito na “*intimidade versus isolamento*” (Houde *apud* Baptista, 2004), onde o indivíduo se identifica consigo próprio e passa a funcionar como adulto autónomo (Silva *apud* Baptista, 2004). A OMS considera os adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade e população juvenil dos 19 aos 24 anos (Ministério da Saúde, 2004).

Na perspectiva de Blos (1998), na última fase da adolescência ocorre um declínio natural do turbilhão do crescimento. O indivíduo, nesta fase, vai ter ganhos relativamente à integração social, à capacidade de fazer prognósticos, constância emocional e estabilidade na auto-imagem (*Idem*).

Na fase de consolidação o jovem sente-se mais seguro e com maior estabilidade emocional assim como, no exercício profissional, namoro, casamento e paternidade, entre outros (*Idem*).

Particularmente em relação aos adolescentes, Gomes e Santos (1999) consideram que estes têm maior vulnerabilidade para o consumo quer de drogas ilícitas, quer lícitas como seja o caso de álcool. Barroso (2001, p. 79) refere que “na juventude há um acesso mais facilitado a comportamentos de riscos relacionados quer com o uso de veículos

motorizados, quer com o uso de substâncias nocivas para a saúde, para além das influências e das pressões para o seu uso”. A este propósito, Pascual* (2002) refere que a juventude é uma etapa muito rica e excitante na vida de qualquer pessoa, um momento ideal para construir amizades, valores, novas experiências e experimentar coisas novas, como por exemplo o tabaco e o álcool.

Barroso (2001, p.80) é da opinião que

“compreender a juventude é reconhecer que esta é palco de um período de turbulência e de inúmeros conflitos internos e externos, geradores de grande ansiedade e sofrimento mas também de desenvolvimento, pelas intrínsecas trocas afectivas e pela criatividade que lhe está subjacente”.

O grupo etário dos 15 aos 25 anos está exposto às influências sociabilizantes da família, da escola, das instituições de formação específica, da vocação, dos seus iguais, dos “media” e do ambiente sócio-ecológico, tendo assim de gerir abundantes tarefas de desenvolvimento, estando expostos a riscos de saúde relacionados com idade e estatuto (Hackauf, 2000).

Prazeres (1998, p. 111), salienta que,

“enquanto jovens, tentamos explorar o potencial dos nossos corpos e mentes; tentamos atingir os nossos limites pessoais ou desvendar as nossas tensões pessoais. Tal significa (...) empreender riscos imediatos (...). Isso significa com toda a probabilidade, tomar também alguns riscos adiados (fumar, beber, etc). (...)”.

Assim, o jovem bebe no sentido de “dar solução ao problema da sua não independência, construir o seu espaço e o seu tempo não utilitário, introduzir-se ritualmente na família, no grupo e na sociedade, bebe para vencer a sua timidez, a sua falta de confiança, o medo de ser diferente...” (Sequeira, 2006, p. 8). É assim uma forma de integração no mundo dos adultos (*Idem*).

Na adolescência os momentos são todos vividos de uma forma muito intensa e é nesta fase que se alicerça muito do futuro de cada um (Dias et al., 2008).

Na fase final da adolescência e entrada na fase adulta, ocorrem importantes transições evolutivas, sendo a separação da família provocada pela saída de casa de um filho (ingresso na universidade, por exemplo) um exemplo importante de transição (Fleming e Aguiar, 1992). Esta situação “coloca o jovem de uma forma abrupta perante um conflito: por um lado, o desejo de sair enquanto afirmação de autonomia e quebra dos laços de dependência, por outro lado, a ameaça que é ter de os deixar, ter de se separar de figuras de protecção” (Fleming e Aguiar, 1992, p. 334).

Mas, a saída de casa é vista por Windle (2003) como um factor que permite ao jovem, pela primeira vez, residir com outros (no caso mais comum – estudantes) reduzindo assim a supervisão do adulto. Porém, aumenta o risco de uso e abuso do álcool (*Idem*).

Contudo, Sequeira (2006, p. 7) afirma que “os jovens vivenciam um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também pode ser uma etapa privilegiada para intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis.

2.1 – OS JOVENS E O ÁLCOOL

Nas sociedades ocidentais tem-se assistido ao alargamento do período da adolescência e sendo este um período adaptativo de integração no mundo, ocorrem vários fenómenos, como seja por exemplo o consumo de bebidas alcoólicas (Antunes, 1998), como já foi referido.

Zeigler *et al.* (2005) afirmam que, a adolescência e frequência universitária são propícios para iniciação do consumo de álcool e entrada em padrões de álcool de alto risco, recaindo

também sobre estes grupos maior risco de toxicidade e efeitos cognitivos nocivos subsequente a esse consumo.

Nesta medida, os teóricos debruçam-se em estudos sobre o consumo excessivo de álcool por parte dos jovens (não definindo o que entendem por este), sendo que, estudos já existentes apontam para um elevado consumo regular de álcool pelos estudantes do liceu (Cordeiro, 1999). Carvalho (1994, p. 59) e Guimarães *et al.* (2000) partilham, da mesma opinião referindo que “com a entrada nas últimas décadas, o Ocidente assiste ao aumento do consumo de álcool”. Neste âmbito, Sánchez (2002) opina que a Espanha reconhece na população adolescente e feminina uma massiva incorporação do álcool, sendo este reconhecido como a principal droga (e até chamado o rei de todas as drogas) do país e é na faixa dos 20-24 anos quer em homens quer em mulheres que se concentra a maior percentagem de consumidores abusivos de álcool. Por outro lado, o facto de o álcool ser uma droga psicoactiva legalizada torna-se “lobo em pele de cordeiro” visto que, o adolescente não sente a culpa de estar a cometer uma transgressão (Zago *apud* Cabral, Farate e Duarte, 2007).

Sequeira (2006) afirma que se assiste ao emergir de um flagelo da saúde pública. De tal modo que Dias (2008) afirma que morrem anualmente mais de 55000 jovens, na Europa, devido ao consumo excessivo de álcool e 9% da mortalidade, na Europa tem como causa o álcool.

Não se fala apenas no aumento de consumo de álcool pela sociedade mas principalmente pelo aumento específico nas camadas juvenis. No século XX, os anos 60 e 70 trouxeram aos jovens a moda de beber. Moda esta que permanece nos dias de hoje. Não fosse “o principal problema da juventude e das escolas Portuguesas” (Carvalho, 1994, p. 59). A este propósito, Barroso (2001) refere que as principais causas de morte e incapacidade nos jovens, em Portugal, têm origem em comportamentos de risco, sendo conhecido o crucial papel do excesso de álcool e uso de drogas. Além de que, como os adolescentes têm menor massa corporal e inicialmente não desenvolvem tolerância comportamental ou

fisiológica não precisam de beber muito para ficarem intoxicados (Zeigler, 2005). Por outro lado, eles próprios estão mais predispostos a beberem acentuada e rapidamente até ficarem intoxicados porque o seu controle emocional e social, pensamento e capacidade de discussão estão menos desenvolvidos logo, mais propensos a correr riscos (*Idem*). Esta problemática está presente em todos os estratos socioeconómicos (Ramos, 1997).

Note-se que, os factores motivacionais, crenças e expectativas têm que ser tidas em consideração aquando da elaboração de programas de prevenção pois interferem no consumo de bebidas alcoólicas (Barroso, 2001). Recorde-se que persistem as crenças que o álcool tem uma função estimulante, calórica, nutritiva, e com capacidades para dar força e aumentar o apetite sexual, ajuda à digestão, combate o frio, cura constipações, favorece o crescimento e tem efeitos estimulantes sobre a circulação sanguínea, sendo que há muitas campanhas publicitárias com interesses económicos mais ou menos encobertos que ajudam a manter essas ideias (Pascual, 2002).

Os jovens referem que as razões para consumir álcool são: o prazer e gozo, festas e noitadas, relaxamento e alimento (Carvalho, 1998). Segundo a investigação realizada nos Estados Unidos da América, as razões que os jovens apontam para o consumo massivo (“binge drinking”) são: o ser divertido, por fazer parte das normas dos grupos e para mostrar coragem (IAS, 2004). E este tipo de consumo (“binge drinking”) durante o período da adolescência aumenta a vulnerabilidade da memória mais tarde na vida adulta (White e Swartzwelder, 2005).

Barroso (2001) no seu trabalho de pesquisa realizado em jovens estudantes verificou que estes têm expectativas positivas acerca do álcool, sendo que são os jovens com menos idade os que apresentam expectativas mais elevadas. Compreende-se assim a importância das expectativas em torno dos efeitos do álcool, que os jovens associam a festas, momentos de alegria e divertimento (*Idem*).

O'Hare (1998) refere que, o efeito das expectativas sobre o álcool está muito relacionado com o consumo massivo (“binge drinking”) e comportamentos-problema relacionados com o álcool quer nos adultos, quer nos adolescentes. Este autor refere ainda que, essas mesmas expectativas variam consoante os contextos (situação de ansiedade ou tensão, consumo nos bares ou outros locais públicos, entre outros).

Associado às expectativas positivas acerca do álcool, encontram-se poucos conhecimentos sobre os riscos dos consumos imoderados e dos problemas inerentes (Barroso, 2001).

Sendo os diferentes contextos (bares, as discotecas, os clubes desportivos e os clubes juvenis locais) apontados como maiores proporcionadores à ingestão de álcool, há necessidade de intervir nestes contextos para que se consiga diminuir o consumo de álcool nos jovens (O.E.D.T., 2003).

Vários estudos têm sido desenvolvidos neste domínio e, no que respeita à idade do primeiro consumo de bebidas alcoólicas, foi (no resultado de alguns estudos) entre os 5-10 anos (Ferreira, 2002; Rocheta, 1994). O início do consumo de bebidas é de 80% em jovens com menos de 15 anos (Gameiro *apud* Antunes, 1998). NIAAA (2005) e Matos (2003) reafirmam e complementam esta ideia referindo que, os jovens que têm o primeiro consumo de bebidas alcoólicas antes dos 15 anos têm 5 vezes mais probabilidade de se virem a tornar dependentes do que os que têm o primeiro consumo aos 21 anos. Desde a Alemanha, à Suécia, à Rússia, à França e a Portugal todos os países demonstram, em estudos realizados, um contacto muito precoce dos jovens com a ingestão de bebidas alcoólicas, além de apresentarem um consumo regular de álcool (Antunes, 1998). Estes dados são reforçados pelo inquérito ESPAD (1999) onde se conclui que 81% dos jovens com menos de 14 anos já iniciou o contacto com álcool havendo uma maior prevalência em rapazes do que em raparigas (Observatoire, 2000). Porém, Matos e Carvalhosa (2003) concluíram no seu estudo que a média da ingestão de álcool pela primeira vez foi aos 17 anos.

Em relação ao primeiro consumo, existem vários trabalhos neste domínio relativamente ao local e com que pessoas os jovens iniciaram a ingestão de álcool. Ferreira (2002), Leite *et al.* (1998) e Ramos (1997) consideram que o primeiro consumo de bebidas alcoólicas é feito em casa, nomeadamente em festas que ocorrem. Por sua vez, Pereira (2003) e Carvalho (1998) referem que os jovens elegem os bares e os cafés, em detrimento da sua casa, para o seu primeiro consumo.

Os autores dos diversos estudos conhecidos não são unânimes quanto às pessoas com as quais os jovens iniciam o seu contacto com as bebidas alcoólicas. A este propósito, Ferreira (2002) considera que os jovens, na maioria dos casos, consomem pela primeira vez bebidas alcoólicas na companhia da família. Pereira (2003), refere que o primeiro consumo deste tipo de bebidas ocorre essencialmente por iniciativa própria e menos frequentemente com amigos e/ou família. Por sua vez, e contradizendo os autores supracitados, Carvalho (1998) e Leite *et al.* (1998) mencionam que o primeiro consumo de álcool, na maioria dos casos, ocorre na companhia de amigos, logo seguido pela companhia dos familiares.

O estudo ESPAD revela ainda que, em relação a estudos anteriores, a percentagem de jovens que já experimentaram drogas (lícitas ou ilícitas) esporadicamente ou habitualmente teve um acréscimo de 6% (12% para 18%) (Observatoire, 2000). Além disso, Vickers *et al.* (2004) referem que o consumo deste tipo de substâncias lícitas está associado ao consumo massivo (“binge drinking”).

A problemática é tanta que o próprio Governo decretou medidas no sentido de limitar o consumo de bebidas alcoólicas (*Idem*). Assim como também, a OMS em 1995 estabeleceu a Carta Europeia do Álcool que em 2001 foi adoptada em Estocolmo para a Declaração sobre os Jovens e o Álcool.

Antunes (1998, p. 31), considera que,

“a grande vulnerabilidade do adolescente, em vez de retracção do comportamento e do evitamento de riscos, lança-o na busca de riscos e emoções novas (...) [é um período, por um lado,] de crescimento e

permeabilidade ao apoio, por outro, (...) de maior vulnerabilidade à escolha de soluções mágicas e imediatas para o seu mal-estar e é aqui que pode surgir o consumo de álcool ou outras drogas”.

Na juventude existe uma maior facilidade para comportamentos de risco relacionados com o consumo de substâncias nocivas para a saúde (Barroso, 2004). Em diversos estudos realizados os comportamentos de riscos mais frequentemente apresentados foram: ter conduzido após a ingestão de bebidas alcoólicas, ter relações sexuais desprotegidas, não desejadas ou forçadas, agressões e faltar às aulas devido ao consumo de álcool (Barroso, 2004; Breda, 2000; Ellickson *et al.*, 2003; Leite *et al.*, 1998; NIAAA, 2005; NIAAA, 2004; Romano e Rainho, 2002). Segundo o relatório da U.E., em cada ano morrem cerca de 35500 jovens na faixa etária entre os 15 e os 25 anos de idade, onde a principal causa de morte está relacionada com os acidentes de viação (European Commission *apud* Barroso, 2003). Sánchez (2002) afirma existir uma estreita relação entre o consumo de álcool e mortes de condutores cujos níveis de alcoolemia são superiores a 0,5 mg/dl e os acidentes ao fim-de-semana afectam maioritariamente as camadas juvenis. Mello *et al. apud* Claudino, (2007) afirmam que mais de 60% dos jovens entre os 12 e 16 anos e mais de 70% acima dos 16 anos consomem álcool regularmente e no ensino secundário regista-se um grande número de estados de embriaguez.

Há um aumento progressivo do consumo de bebidas alcoólicas, bem como as taxas de mortalidade por acidentes e violência resultantes da ingestão de álcool (Shanks *apud* Barroso, 2004). A responsabilidade do elevado número de mortes prematuras e acidentes deve-se ao abuso de álcool. E este, aumenta, de forma directamente proporcional, o risco de acidentes e problemas sociais (Morais, 1998; Pinto, 2001).

Romano e Rainho (2002) consideram a adolescência como etapa privilegiada para a promoção de estilos de vida saudáveis, como forma de diminuir tais comportamentos e Barroso (2004) considera o álcool como sendo um agente proporcionador a

comportamentos de risco. Pois, o álcool é a droga mais comum junto dos adolescentes e está também associado à maioria das causas de morte na adolescência (Antunes, 1998; Morais, 1999). Os estudantes têm saídas que se prolongam por várias horas da noite e que se fazem acompanhar predominantemente do consumo de álcool havendo uma associação entre este e a diversão nocturna (Sánchez*, 2002). Aliás, o mesmo autor opina que este é um fenómeno que se generaliza em toda a Europa e na Espanha chega mesmo a ser a substância mais consumida entre os estudantes da Secundária.

Gameiro *apud* Antunes (1998) opina que os jovens dos 18-20 anos vão-se tornando cada vez mais resistentes ao efeito imediato do álcool com o aumento gradual da bebida mas, vão prejudicando sempre a saúde. Esta ideia vai ao encontro de diversos estudos realizados em população juvenil, na qual se conclui que a maioria destes já ingeriu bebidas alcoólicas, sendo esse consumo feito de forma regular e levado muitas vezes até à embriaguez (Breda, 2000; Ferreira, 2002; Borges e Correia, 2001; Matos e Carvalhosa, 2003; Observatoire, 2000). Assim, ao contrário do que se possa pensar, não é a droga ilícita o principal problema das escolas mas antes, o consumo de álcool (Carvalho, 1994). Morais (1998, p. 3), reforça esta ideia referindo o álcool como a “droga utilizada com maior frequência por crianças e adolescentes”. São preocupantes os comportamentos desviantes e repetitivos que estão associados a diversas dependências nomeadamente as do álcool (Gameiro, 2002).

O mesmo autor *apud* Cabral (2004, p.182) refere que “na população jovem (15-24 anos) cerca de 500 000 jovens já consomem bebidas alcoólicas 3 vezes por semana ou mais”. Segundo Cabral (2004, p.185) “ o consumo de álcool passou a ser um componente essencial, articulador e dinamizador dos tempos livres dos jovens”. Carvalho (1998) no estudo que efectuou concluiu que 50% consumiam álcool uma vez por mês. Breda (2000) afirma que 39% dos jovens consumiram álcool mais de duas a três vezes por semana no último ano. No estudo ESPAD verificou-se que 1 em cada 4 jovens bebem álcool 10 vezes ou mais por mês (Observatoire, 2000) e Ferreira (2002) considera que existe um número considerável de adolescentes que consome diariamente bebidas alcoólicas.

Em relação à embriaguez Breda (2000) verifica que, mais de 18% dos inquiridos deste estudo já se embriagaram mais de 40 vezes em toda a vida; também no estudo de Leite *et al.* (1998) verificou-se que mais de 38% dos inquiridos já se embriagaram mais de 20 vezes e também nos estudos do ESPAD (Observatoire, 2000) conclui-se que um em cada dez jovens já se embriagou dez ou mais vezes por ano.

Quanto à bebida alcoólica de eleição seleccionada pelos jovens, a cerveja e as bebidas destiladas são as preferidas (Carvalho, 1998). Contudo, a bebida alcoólica mais consumida não apresenta unanimidade entre os autores, dependendo muitas vezes do contexto. Leite *et al.* (1998) afirma que o vinho é a substância preferida durante as refeições, mas fora destas são preferidas a cerveja e as bebidas destiladas.

Como referem Miguel e Sampaio *apud* Baptista (2004) no segundo período da adolescência (entre 15-20 anos) predominam aspectos caracterizados essencialmente pela afirmação pessoal e necessidade de pertença ao grupo. Sendo neste último, o consumo de álcool um factor major, como já foi referido.

O jovem quer ter o seu espaço, a sua identidade, o seu tempo (Carvalho, 1998). L. Schmidt *apud* Carvalho (1998, p. 32) reafirma a ideia referindo que “o consumo é um elemento necessário de qualquer identidade juvenil (...)”.

O autor supracitado salienta também que o jovem bebe porque não está psicologicamente preparado para lidar com tristezas e desgostos; para ser capaz de se afirmar por si; para resistir ao peso cultural do álcool. O jovem ao beber tenta vencer a timidez e falta de confiança.

A importância dos estudos neste grupo etário revela-se nos comportamentos que são iniciados e consolidados nesta fase do ciclo vital e com importância para a saúde (Barroso, 2003).

Muitos estudos têm-se debruçado sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens. O consumo massivo (“binge drinking”) é o consumo de 5 ou mais bebidas

estandardizadas, num pequeno período de tempo, numa única ocasião (IAS, 2004). Pode, também, definir-se como o consumo de longas quantidades de álcool numa única sessão resultando em intoxicação (IAS*, 2004).

Por outro lado, o consumo massivo (“binge drinking”) pode entender-se ainda como a ingestão contínua de álcool, num grande número de dias ou semanas (Australian Drug Foundation, 2002).

Outros autores fazem distinção quanto à quantidade de álcool para os diferentes sexos. Assim, para as raparigas, corresponde à ingestão de 4 ou mais bebidas no mínimo uma vez nas duas últimas semanas, ao passo que, para os rapazes corresponde à ingestão de 5 ou mais bebidas nas mesmas condições (DeJong, 2003).

Todas as definições apresentadas envolvem a ingestão de álcool num curto espaço de tempo. Sendo assim, este é o factor mais relevante quando se fala de consumo massivo (“binge drinking”).

Vickers *et al.* (2004) afirmam que, o consumo massivo é mais prevalente nas idades dos 18-25 anos (51% para os 18-20 anos e 49% para os 21-25 anos) e é precisamente entre os jovens que este consumo tem tido um aumento na última década (Australian Drug Foundation, 2002).

Sendo o álcool a substância psicoactiva mais escolhida no meio da juventude, sabe-se que os jovens entre os 12-17 anos consomem em média 4 a 5 bebidas nas ocasiões em que bebem comparando com os adultos de mais de 26 anos que bebem por ocasião duas a três bebidas (NIAAA, 2004).

Este tipo de consumo transporta consigo problemas a curto e longo prazo, como sejam no primeiro caso, as intoxicações, vômitos, problemas de memória, náuseas, acidentes de viação, abuso físico ou verbal, relações sexuais desprotegidas ou indesejadas, entre outros (ou seja, os comportamentos de risco que foram anteriormente referidos). E, no segundo caso, dependência psicológica ou orgânica de álcool, riscos de desenvolvimento emocional,

alteração da dinâmica familiar e das relações com amigos, entre outros (Australian Drug Foundation, 2002; NIAAA, 2004).

Mediante estas conclusões, e do que se sabe dos efeitos de álcool nos adolescentes/jovens (nomeadamente as lesões causadas no cérebro), torna-se necessário desenvolver programas efectivos de prevenção e tratamento (*Idem*).

2.2 – A ENTRADA NO ENSINO SUPERIOR

Quando o jovem entra no Ensino Superior encontra-se no último estágio (segundo período da adolescência – 15/20 anos) da adolescência (Miguel e Sampaio *apud* Baptista, 2004).

De certa forma, a vida académica dá, directamente ou indirectamente, mais autonomia e responsabilidade ao jovem, obrigando-o a assumir compromissos e a tomar decisões. Baptista (2004) opina que é um período em que o jovem adquire conhecimentos, experimenta e pensa naquilo em que se quer tornar enquanto ser humano de uma sociedade.

Ferreira, Medeiros e Pinheiro (1997) admitem ser um período de transições psicológicas, sociais, transformações e investimentos.

Também Alarcão e Adams, Ryan e Keating *apud* Baptista (2004) vêem o Ensino Superior como agente facilitador de amplas oportunidades de experimentação e de reflexão que irão facilitar a resolução do turbilhão de dúvidas e receios com que o jovem se vê confrontado. Por outro lado, Sequeira (2006) vê na escola uma organização fundamental para o desenvolvimento dos jovens e um espaço privilegiado para intervenção do domínio da prevenção.

Almeida, Soares e Ferreira *apud* Baptista (2004, p. 52) salientam que o estudante se depara com a resolução de várias tarefas que se agrupam em quatro domínios principais:

- ❖ “domínio académico – envolve adaptações constantes a novas estratégias de ensino/aprendizagem, de avaliação e de estudo;
- ❖ domínio social – envolve o desenvolvimento de novos padrões de relacionamento com profissionais, familiares e colegas;
- ❖ domínio pessoal – envolve o desenvolvimento de um sentido de identidade, uma maior consciência de si próprio e uma visão pessoal do mundo;
- ❖ domínio vocacional - envolve o desenvolvimento de uma identidade vocacional.

O primeiro ano é o mais crítico e determinante de todo o percurso académico (*Idem*).

A Praxe Académica é para Frias *apud* Baptista (2004, p. 53) “uma tradição dinâmica [que] tem vindo a adaptar-se aos novos tempos (...). (...) esta integra a vida associativa juvenil”.

O fim último da praxe é a inserção do caloiro na vida académica e a possibilidade de o aproximar a novos amigos, constituindo assim os grupos (Baptista, 2004). Deste modo, o caloiro acaba por aceitar este ritual, não apenas por gostar mas, pela necessidade de pertença ao grupo que o jovem sente (*Idem*).

Como foi referido a formação de pares, que o jovem sente necessidade, vai conduzir à adopção de comportamentos de risco. Deste modo, a entrada na vida académica facilita esses comportamentos, nomeadamente o consumo massivo (“binge drinking”) de bebidas alcoólicas.

Tendo em conta a entrada no ensino superior como um marco importante na vida do jovem, que se depara com novas possibilidades e que muitas vezes corresponde ao primeiro momento de autonomia (“saída de casa” para integrar novos contextos de vida: quer a viver em residência de estudantes, quer a viver em quarto com colega). A entrada na vida académica, pela mudança do contexto de residência, poderá ser agente

facilitador de adaptação de novos comportamentos, nomeadamente o consumo massivo (“binge drinking”) de bebidas alcoólicas.

3 – LEGISLAÇÃO E ÁLCOOL

O álcool acarreta consigo uma infinidade de custos relacionados com tratamentos do abuso, tratamentos por doenças associadas e traumatismos, custos de investimento em prevenção, custos resultantes de mortalidade prematura, custos de perdas de produtividade laboral, custos resultantes de destruição da propriedade por crimes ou acidentes, gastos de justiça penal, perdas laborais das vítimas, entre outros que justificam naturalmente o desenvolvimento de políticas que façam frente a todas estas problemáticas (García e Portella, 2002). Note-se que os custos económicos totais do “abuso de álcool” para os EUA, em 1990, foram cerca de 100 000 milhões de dólares, sendo mais de 80% relacionados com tratamento, morbilidade e mortalidade (Edwards, 1997)

A União Europeia, no âmbito da segurança rodoviária, considera como prioridade chave o combate à condução sob o efeito de álcool pois, poder-se-iam poupar 10 000 vidas caso esta fosse eliminada (Marinho, 2001).

Deste modo, recentemente (em 2009) foi lançado para a imprensa a possível alteração da lei no que respeita a idade legal para consumo (de 16 anos para 18 anos) e a descida do limite máximo legal de alcoolemia (de 0,5mg/dl para 0,2mg/dl) em condutores com menos de 2 anos de carta, condutores de veículos de transporte de mercadorias, autocarros, lugares de passageiro, motociclistas e transporte de mercadorias perigosas. Como afirma Germano Marques da Silva “a taxa prevista na lei não tem nada de científico. Foi quase por intuição” (Pereira, 2009, p.1). Todos os estudos recomendam para zero, pois é a única taxa de alcoolemia segura, e o parlamento açoriano até entregou um proposta inicial de 0,0mg/dl embora a versão final tenha sido menos restritiva e ficado pelos 0,3mg/dl (A. D.*, 2009).

Marinho (2001) afirma que a partir de 0,1-0,2 mg/dl começa a verificar-se deterioração das capacidades para a condução.

Quadro 1 – Perturbações surgidas com as diferentes taxas de álcool no sangue

	mg/ml	
	0,8	Atenção
	0,7	Controlo da velocidade
Sentido crítico	0,6	Processamento de informação
	0,5	Perda de 30% da visão periférica
	0,4	Coordenação
	0,3	Movimentos oculares
Perturbação da audição	0,2	Controlo da direcção, perda de 10% da visão periférica
Resposta às situações de emergência	0,1	Divisão da atenção, da função visual
	0,0	Sem alterações
	TAS	

(Fonte: Marinho, 2001)

Segundo vários estudos existe uma relação forte e directa entre a ingestão de álcool e frequência e gravidade dos acidentes sendo que, mesmo concentrações de álcool baixas no sangue prejudicam a capacidade dos condutores (*Idem*). Além disso, para a mesma taxa de álcool no sangue o risco é bem mais elevado nos adolescentes do que nos adultos devido à sua inexperiência e ousadia perante o risco (*Ibidem*).

Todavia, naturalmente que estas hipóteses conflituam com interesses dos produtores e exploradores de locais onde são comercializados as bebidas alcoólicas. Breda (2000) refere mesmo que, as opiniões dos profissionais de saúde são diferentes das dos produtores e indústrias de bebidas alcoólicas. Por exemplo, Barbosa (2009) afirma que, a medida não terá efeito nenhum porque o prevaricador tanto passa os 0,2mg/dl como 0,5mg/dl e quanto à idade legal para consumo o presidente do Automóvel Club Portugal refere que é cortar o direito à liberdade porque um rapaz de 15/16 anos já é um homem e tem direito a pensar pela sua cabeça. Assim como, o presidente da associação de bares e discotecas do Porto,

António Fonseca, afirma que se a proposta terminar em legislação vão surgir mais festas de garagem onde será impossível controlar o consumo.

Contudo, o que é certo é que os estudos demonstram que nos países onde por exemplo, a idade limite para consumo de álcool é maior, os acidentes de viação resultantes desta causa diminuem e nas experiências com países escandinavos o aumento do preço das bebidas tem um efeito positivo (Calafat, 2002). Nesta linha de pensamento Morais (1999) considera que dos factores externos que influenciam o padrão de consumo o preço das bebidas é dos mais relevantes em conjunto com o microambiente em que o indivíduo vive, os costumes sociais e a “cultura do álcool”. O mesmo autor (1999, p. 10) afirma que “um aumento de 10% no preço das bebidas acarreta uma diminuição de 5% no consumo da cerveja, 7,5% no vinho e 10% nas bebidas destiladas.” Por conseguinte, face a tão significativa influência tem lógica utilizar medidas políticas sobre o preço do álcool para reduzir os problemas a este associados.

A Espanha também sugeriu que a taxa de alcoolemia passa-se de 0,5 mg/dl para 0,3mg/dl para condutores de mercadorias, veículos de emergência e condutores novos nos dois primeiros anos de carta (Robledo, 2002).

Coelho (2003, p. 28) afirma que, há “necessidade urgente de uma fiscalização mais adequada e eficaz, por mais massiva e abrangente, dos até agora mais mal preparados, mais indisciplinados, mais inconscientes (...), mais desgovernados condutores de toda a União Europeia”. E acrescenta ainda que sem um reforço da fiscalização e endurecimento das penas o êxito desta tarefa fica notoriamente comprometido.

Por outro lado, os gastos com a publicidade entre os anos 60 e 80 cresceram seis vezes sendo as bebidas alcoólicas das categorias mais publicitadas pelo que, os media se torna um ponto-chave para fazer passar mensagens educacionais com vista a prevenir problemas de álcool (Breda, 2000). Assim, justificam-se políticas de saúde que restrinjam a publicidade directa e o patrocínio comercial por parte de bebidas alcoólicas e políticas que vejam nos

media uma forma de passar mensagem para promoção de saúde, no sentido de controlo dos problemas do álcool.

Em Portugal o social marketing é algo incipiente mas, merecedor de atenção pois é um factor crítico para o sucesso das políticas de promoção de saúde com resultados positivos. Contudo, no estudo de Cabral, Farate e Duarte (2007) os jovens discordam da influência da publicidade no consumo do álcool.

3.1 – A LEGISLAÇÃO SUBJACENTE AO ÁLCOOL

Face a todas as problemáticas relacionadas com o álcool, interessa elaborar uma política que vise a diminuição dos problemas ligados ao consumo de álcool, sendo necessário ter em consideração os actuais contextos culturais e económicos e os sistemas de saúde inerentes (World Drink Trends, 2005). É, pois, necessário produzir mudanças estruturais de forma a induzir transformações que contribuam para uma relação equilibrada entre o desenvolvimento do País e o bem-estar dos cidadãos (*Idem*).

Daí a necessidade de alterar leis que possam contribuir para melhorar este flagelo da sociedade, embora esta sugestão possa ser alvo de controvérsia entre os cidadãos.

Muitos jovens entre os 16 e 18 anos frequentam bares e discotecas e, como afirma António Fonseca (Director da Associação de Bares e Discotecas do Porto), não vão deixar de beber pela alteração de uma lei, porque a bebida até pode ser comprada por um maior de idade mas depois é disponibilizada para os mais novos (Mendes, 2009). O mesmo autor (2009) reforça ainda esta opinião, referindo que qualquer indivíduo mesmo com menos de 18 anos pode adquirir a bebida, porque não lhe pode ser pedida a identificação.

Ainda na mesma perspectiva, Francisco Tadeu reforça a opinião supracitada referindo que não se pode permitir a entrada a um jovem de 16 anos e a seguir controlar o que este bebe (*Idem*).

Por outro lado, Mário Barreto (da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas) concorda com regras mais apertadas. Todavia, salienta que a educação tem mais eficácia do que a proibição (A. D.**, 2009).

Por sua vez, os 18 anos são já a idade em vigor nos países europeus e, como reforça a resolução do Conselho de Ministros (nº 166/2000, p. 6837), “nos jovens, a imaturidade orgânica para uma eficaz e completa metabolização persiste pelo menos até aos 18 anos”, fazendo, assim, sentido a mudança da lei acerca da venda de álcool só a maiores de 18 anos. E, no estudo feito por Breda (2000), confirma-se que os jovens concordam com os 18 anos para a idade legal para beber e comprar bebidas alcoólicas.

Contudo, o consumo de álcool está a aumentar na população dos 15-17 anos e o consumo de várias doses numa única ocasião (“binge drinking”) tornando-se preocupante pois, 25 milhões de europeus com mais de 15 anos referem que o “binge drinking” foi o seu modelo de consumo no último mês (a.d., 2009). É importante que a actuação seja prioritária em jovens pois dos 33,304 acidentes ocorridos em 2000, 40% dos intervenientes tinha entre 15-29 anos (Marinho, 2001).

Face ao exposto, estamos perante um problema de Saúde Pública cuja legislação tem mostrado alguma iniciativa no sentido de controlar, ou pelo menos tentar diminuir, esta problemática. Assim, é proibido conduzir sobre o efeito de álcool, sendo considerado, para esse efeito uma taxa de alcoolemia igual ou superior a 0,5 mg/dl (DR, nº2/1998).

O governo criou também uma comissão para analisar e integrar os múltiplos aspectos associados à luta contra o alcoolismo e propor um plano de acção que constituísse um reforço e aprofundamento do disposto na tragédia da saúde (RCM, nº 166, 2000). E ainda em 2000 na resolução da Assembleia da República nº 76/2000, recomenda-se ao governo a adopção de um programa alcoológico nacional de prevenção e combate ao alcoolismo que promova campanhas de sensibilização para o consumo excessivo e regulamente a publicidade, entre outros itens de igual pertinência.

É, ainda, tida uma preocupação acrescida com a publicidade a bebidas alcoólicas, sendo esta consentida quando não dirigida a menores e não os apresente a consumir tais bebidas, bem como não encoraje consumos específicos, não sugira sucesso, êxito, nem aptidões. E, é expressamente proibida a publicidade entre as 7h00 e 21h30 (Dec. Lei, nº 330/90). Já o Dec. Lei nº 332/2001, conhecendo o efeito persuasor da publicidade junto dos jovens consumidores e menos aptos a descodificar as mensagens, proíbe o patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer actividades desportivas, culturais ou recreativas praticadas por menores e alargamento do período de proibição da transmissão da publicidade na rádio e televisão das 7h00 às 22h00.

Por outro lado, a portaria nº 390/2002 aprova o Plano Nacional contra o Alcoolismo com objectivo de providenciar medidas no âmbito da educação e promoção da saúde, medidas de natureza legislativa e fiscalizadora que concorram para a redução efectiva do consumo excessivo ou abuso e consumo inoportuno de bebidas alcoólicas, estabelecendo deste modo prescrições mínimas sobre o consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas.

Já o Dec. Lei nº 9/2002 (p. 483), reconhecendo o aumento de consumo global de substâncias alcoólicas e, constatando que a iniciação do consumo ocorre na adolescência, definiu que “é proibido vender, ou com objectivos comerciais, colocar à disposição bebidas alcoólicas em locais públicos e, em locais abertos ao público a menores de 16 anos”.

A este propósito, seguem-se as idades legais nos diversos países da Europa.

Quadro 2 – Idade legal limite para venda de álcool na Europa no ano 2000

	Venta donde no se consume (Off premise)			Venta donde se consume (On premise)		
	Cerveza	Vino	Destiladas	Cerveza	Vino	Destiladas
Austria	16	16	18	16	16	18
Bélgica	16	16	18	16	16	18
Dinamarca	15	15	15	18	18	18
Finlandia	18	18	20	18	18	18
Francia	16	16	16	16	16	16
Alemania	16	16	18	16	16	18
Grecia	-	-	18	-	-	18
Irlanda	18	18	18	18	18	18
Italia	16	16	16	16	16	16
Holanda	16	16	18	16	16	18
Noruega	18	18	20	18	18	20
Portugal	-	-	-	16	16	16
España	16	16	16	16	16	16
Suecia	18	20	20	18	18	18
Inglaterra	18	18	18	16	16	18

Fuente: ECAS Study. Febrero 2001.

Numa análise breve deste quadro, vemos que a nível europeu a idade limite para consumo de bebidas alcoólicas varia entre os 16-18 anos sendo que, na Finlândia, Suécia e Noruega o limite chega mesmo aos 20 anos para o consumo de bebidas destiladas ao passo que, Portugal mantém dos limites mais baixos – 16 anos (Robledo, 2002). Veja-se ainda a situação em relação à taxa de alcoolemia pelos países do mundo: Espanha 0,3mg/dl - para condutores com carta há menos de 2 anos, condutores de veículos de transporte de mercadorias com um peso máximo de 3,5 toneladas, transporte público com mais de 9 lugares, serviços públicos, escolares, serviços de urgência e transportes especiais; Áustria 0,1mg/dl – nas mesmas categorias e motociclistas com menos de 18 anos; África do Sul 0,2mg/dl – para profissionais de pesados com mais de 3,5 toneladas e veículos de passageiros; Áustria 0,0mg/dl – para condutores com menos de 25 anos, carta há menos de 3 anos, condutores de pesados, de transportes públicos, transporte de produtos perigosos, motociclistas com carta há menos de 1 ano; Albânia 0,1mg/dl; Azerbaijão 0,1mg/dl; Bielorrússia 0,4mg/dl; Bulgária 0,2mg/dl; Croácia 0,0mg/dl – só para os profissionais;

Eslováquia 0,0 mg/dl; Estados Unidos da América 0,0mg/dl-0,2mg/dl – em todos os estados para os condutores com menos de 21 anos; Geórgia 0,0 mg/dl; Estónia 0,0 mg/dl; Holanda 0,2mg/dl – para condutores inexperientes; Hungria 0,0mg/dl; Japão 0,0mg/dl; Kirgiquistão 0,0 mg/dl; Letónia 0,0 mg/dl; Lituânia 0,4mg/dl; Macedónia 0,0mg/dl – só para profissionais; Moldávia 0,3mg/dl; Noruega 0,2mg/dl; Nova Zelândia 0,2mg/dl – para condutores com menos de 20 anos e 0,2mg/dl para condutores com infracções repetidas; Polónia 0,2mg/dl; República Checa 0,0mg/dl; Roménia 0,0mg/dl; Rússia 0,1 mg/dl; Turquemenistão 0,3 mg/dl; Ucrânia 0,0mg/dl (Marinho, 2001).

Já em 1999 na resolução de conselho de ministros nº 40/99, face à amplitude e gravidade do problema, em termos de Saúde Pública, havia uma preocupação de tomar medidas imediatas mais amplas quer na educação e promoção da saúde, quer medidas de natureza legislativa e fiscalizadora que concorressem para a redução efectiva de problemas ligados ao álcool.

Em suma, o governo tem tentado controlar, em termos legislativos, de algum modo, todos os aspectos relacionados com o álcool, a fim de contribuir para a diminuição do consumo excessivo deste. Por conseguinte, parece pertinente ponderar a alteração de algumas leis já vigentes, com fim de, pelo menos minimizar esta mancha na saúde pública.

4 – PREVENÇÃO

Face a toda a problemática e ao nível que os problemas ligados ao álcool atingem, importa, pois, apostar em medidas preventivas que diminuam este flagelo. Neste sentido, Sánchez (2002) considera que se deve intervir na diminuição dos níveis de experimentação do álcool; haver mais sensibilização para o respeito dos problemas ligados ao consumo do álcool, diminuir o número de bebedores excessivos e os de grande risco e estabilização das idades de consumo. Por outro lado, Pascual* (2002) salienta que a OMS considera que a melhor solução passa por reduzir o acesso ao álcool, aumentar a idade legal para consumo, restringir o número de horas e dias a que se pode adquirir álcool e controlar as licenças para a venda de álcool.

Sánchez** (2002) refere também que a FACUA opina que o Ministério da Saúde e do Consumo devem impor a obrigatoriedade de inclusão de mensagens visíveis que advertam os perigos do consumo no âmbito da publicidade às bebidas alcoólicas. Aliás, à semelhança daquilo que se verifica actualmente com o tabaco aqui em Portugal! Até porque estudos feitos de neuroimagem, demonstram que, em consequência da resposta neural, é possível que as imagens dos anúncios publicitários influenciem o consumo de bebidas por parte dos jovens com problemas de álcool (Brown e Tapert, 2005).

O Plano Europeu de Acção sobre o Álcool, em consonância com outras intervenções referidas anteriormente propõe: a diminuição da acessibilidade e disponibilidade às bebidas alcoólicas (nomeadamente com o aumento de preços, a diminuição dos horários, zonas e dias de venda, idade mínima de consumo, responsabilização de pessoal implicado na venda); actuação sobre a informação e consciencialização social, incluindo as acções sobre a publicidade de bebidas alcoólicas (a prevenção escolar, no trabalho e comunidade,

limitação no conteúdo das mensagens e horários e meios de difusão. A este propósito, Edwards (1997) afirma que nos países em que existe uma proibição efectiva no âmbito da publicidade há um consumo de álcool 16% inferior comparando para os países que não têm essa proibição); redução dos danos associados pelo consumo em determinadas situações e em especial a violência e acidentabilidade de viação e laboral (a intervenção, neste âmbito, deve sustentar-se na implementação de medidas dissuasoras e restritivas em relação à alcoolemia máxima para conduzir, assim como programas de tratamento para condutores sancionados); assegurar uma assistência sanitária baseada em critérios de evidência científica (é importante uma actuação primária no que diz respeito aos bebedores de risco e criar unidades para tratamento dos casos de dependência e abuso).

Calafat (2002) afirma que as campanhas contra o álcool, por si só não produzem efeitos imediatos pelo que, seria de repensar a sua associação com outras medidas preventivas a fim de criar uma sinergia interessante, nomeadamente campanhas associadas a saúde e segurança. O mesmo autor reforça que, à semelhança do que já foi dito, é necessária a elaboração de programas escolares, programas comunitários (com políticas de controlo sob a oferta com garantias de êxito); intervenções em pessoas acidentadas que recorrem ao serviço de urgência; intervenções sobre o próprio contexto recreativo e lugares de consumo, entre outros.

Para Edwards (1997), são necessárias políticas que tenham como alvo a disponibilidade do álcool, que se dirijam a contextos sociais específicos, que mudem o clima social e atitudes perante o álcool e que proporcionem tratamento para as pessoas com problemas de bebida. Assim, torna-se pertinente aumentar o preço das bebidas, uma vez que o aumento das mesmas é acompanhado com o decréscimo do consumo, tal como se tem verificado na Holanda, Bélgica, Austrália, Canadá, entre outros países; deve-se, também, restringir o acesso físico ao álcool, porque em estudos feitos na Finlândia, Reino Unido e EUA mostram que a alta densidade de postos de venda aumenta as vendas de álcool. O mesmo autor refere também que existem estudos (nomeadamente na Suécia) sobre mudanças de

horários e dias de venda que provam que o consumo aumenta quando o número de horas aumenta e reduz quando estas diminuem. Outro aspecto importante prende-se com o aumento da idade mínima para a venda de álcool que se faz acompanhar da redução de acidentes de viação envolvendo álcool nos jovens com menos de 21 anos.

O mesmo autor considera ainda pertinente a formação obrigatória de todas as pessoas que vendam álcool assim como, a responsabilidade civil dos estabelecimentos de venda de álcool que o servem a clientes intoxicados, em virtude de contribuírem para práticas mais seguras e prevenção de condução sob efeito de álcool. Parece, também, favorável regulamentar as bebidas de acordo com a concentração de álcool, encorajando, por exemplo, através de preços mais baixos para o consumo de bebidas com teor alcoólico mais baixo.

Sendo o álcool dos produtos mais publicitados em todo o mundo, urge que as interdições à publicidade sejam postas em prática, uma vez que contribuíram para a redução do consumo (estimado em menos 18%). Por fim, este autor considera também que as campanhas de comunicação, quando associadas a outras medidas, revelam-se pertinentes e com alguma eficácia bem como, os programas educacionais nas escolas e os rótulos de aviso nas bebidas.

Já nas intervenções direccionadas ao indivíduo em tratamento, devem voltar-se para intervenções breves nos cuidados de saúde primários e o acesso facilitado ao tratamento (por exemplo alcoólicos anónimos) (*Idem*).

Em consonância com o autor supracitado, Zeigler *et al.* (2005) apresentam como medidas preventivas: o estabelecimento e manutenção de idade mínima de consumo, o aumento dos custos da compra de álcool (preços, taxa de licença, impostos), o aumento de impostos comerciais (pouparia vidas a jovens e geraria receitas para apoiar programas que abordassem o problema do álcool, desenvolvesse investigação, entre outros), limitar o número e tipo de estabelecimentos de venda de álcool, campanhas de normas sociais, a

expressão médica das preocupações poderiam aumentar a credibilidade das mensagens de prevenção, programas de saúde nas escolas, educação pública para pais e filhos e investigação adicional (nomeadamente sobre os efeitos nocivos a nível cerebral).

Urge criar espaços alternativos ao consumo de álcool ao fim de semana e, o próprio profissional de saúde, tem obrigação de reunir informação, investigar e fazer propostas eficazes e assumíveis aos responsáveis das políticas.

Justifica-se uma acção forte para proteger os adolescentes das promoções, marketing e crenças culturais que normalizam o consumo de álcool e consumo de alto risco, porque o desenvolvimento intelectual debilitado deste grupo continua a afectar indivíduos, mesmo após a entrada na vida adulta (Zeigler *et al.*, 2005).

Por maior que seja a dimensão e gravidade dos problemas associados, não têm que ser aceites como uma fatalidade sem controlo pois, podem ser reduzidos e modificados por políticas adequadas (Edwards, 1997).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

O domínio de investigação em ciências de Enfermagem corresponde aos conceitos próprios da Enfermagem que são: a pessoa, o meio ambiente, o cuidado de Enfermagem e as relações entre eles (Fawcett *apud* Fortin, 1999). Desta forma, este domínio contribuirá para o enriquecimento dos conhecimentos e dos saberes levando a melhores cuidados (Fortin, 1999). Assim, o objectivo de uma pesquisa é descobrir as respostas para o problema que pretendemos investigar com rigor científico e ajudar a construir uma base de conhecimentos sólida (Gil, 1995). Para isso, a pesquisa deve ser controlada, sistematizada e objectiva, devendo basear-se numa metodologia científica (Hungler e Polit, 1985).

A investigação científica “é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. (...) [é um processo] sistemático e rigoroso que leva à aquisição de novos conhecimentos.” (Fortin, 1999, p. 17).

Desenvolvido o enquadramento teórico que procura dar resposta ao problema em estudo, delimitado após a leitura de artigos e dos estudos publicados, surge o estudo empírico.

Na fase metodológica, o investigador estabelece os métodos a utilizar de forma a dar resposta às questões de investigação, escolhendo um desenho apropriado e examinando associações e diferenças e/ou verificar hipóteses. Este processo passa por definir a população e escolher instrumentos adequados à colheita de dados pretendida, bem como, assegurar a fiabilidade e validade dos instrumentos (Fortin, 1999).

Por conseguinte, esta fase irá corresponder à descrição do trabalho de investigação de forma sistematizada funcionando como uma espécie de “desenho de investigação”.

Este estudo orienta-se no sentido de perceber a opinião da população alvo face a alguns pré-conceitos, possível alteração de lei e medidas preventivas em relação ao álcool.

Dado o tipo de estudo e analisando em simultâneo as opções tomadas, esta pesquisa será descritiva-correlacional.

Inicia-se este capítulo com a apresentação do tipo de estudo, seguindo-se as questões de investigação e hipóteses em estudo, a identificação das variáveis, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos éticos e formais utilizados e para concluir o tratamento estatístico realizado.

1 – TIPO DE ESTUDO

A selecção do método geral de investigação constitui uma das principais decisões do investigador. No entanto, é a natureza do problema que dita muitas vezes o método a seguir (Hungler e Polit, 1994). A este propósito, Fortin (1999) refere que é a natureza do problema que determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar, sendo a escolha deste feita em função das variáveis e da sua operacionalização, além da estratégia de análise estatística considerada. Dados os objectivos traçados, o presente trabalho enquadra-se num estudo quantitativo.

Este estudo é quantitativo pois trata-se de um processo sistemático, que envolve uma colheita de dados observáveis e quantificáveis, composto por uma série de etapas e procedimentos com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento e validação das variáveis.

Esta abordagem fornece dados numéricos que dispõem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo e, o seu controlo, permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas (Fortin, 1999).

Trata-se também de um estudo descritivo-correlacional, visto que se pretende “explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações.” (Fortin, 1999, p. 174).

1.1 – RECOLHA DE DADOS

Para concretização dos objectivos, realizou-se uma pesquisa descritiva e correlacional, na qual se perceberá a opinião de estudantes do ensino secundário, estudantes do ensino superior e pais de estudantes do ensino secundário em relação a falsos conceitos, medidas preventivas e opinião sobre a possível alteração da lei bem como, a relação entre algumas variáveis. Esta pesquisa foi efectuada a partir dos dados que foram obtidos no período de Janeiro a Março de 2010, mediante aplicação do questionário “Legislação e álcool. Opiniões e contradições”, construído pela autora após a análise dos trabalhos de vários autores (Apêndice I).

A selecção da amostra foi feita através da amostragem não probabilística (“segundo a qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p. 208)) acidental já que esta “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes no local determinado, num momento preciso (...)” (*Idem*).

Seleccionou-se a Escola Secundária D. Duarte, a Escola Secundária D. Dinis e a Escola Secundária de Cantanhede para os 50 estudantes do Secundário e para os 50 pais destes mesmos estudantes e, em relação aos estudantes do Ensino Superior, optou-se por seleccionar os estudantes que se encontravam na rua próximo dos pólos universitários de Coimbra para realizar a colheita de dados de acordo com os seguintes critérios: acessibilidade geográfica, uma vez que se situa no Concelho de Coimbra e pelo facto de se ter facilidade de contacto para aplicação dos questionários.

Para o preenchimento do questionário utilizaram-se os seguintes critérios: ser estudante do 12º ano no caso do secundário, ser pai ou ser estudante do ensino superior.

O preenchimento do questionário foi efectuada no período supracitado de acordo com a disponibilidade das escolas à excepção dos estudantes do ensino superior em que a

colheita foi feita num único dia (9 de Fevereiro de 2010) junto ao teatro Gil Vicente em Coimbra de acordo com a disponibilidade e voluntariedade dos estudantes que por ali passaram.

2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Por questões de investigação entende-se “enunciados interrogativos, descritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada” (Fortin, 1999, p.101). Neste sentido em função dos objectivos que se pretendem formulou-se as seguintes questões de investigação:

QUESTÃO 1: Qual a opinião das pessoas face à possibilidade da alteração da lei em relação a idade mínima para consumo de álcool e à redução das taxas de alcoolemia?

QUESTÃO 2: Na questão do CAGE qual a percentagem de inquiridos com problema de dependência/abuso?

Para além das questões que se apresentaram formularam-se também algumas hipóteses. Por estas, entende-se um “enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin, 1999, p.102). Este enunciado é feito no presente e de forma declarativa (*Idem*).

As hipóteses deste estudo foram elaboradas tendo em conta o quadro de estudo conceptual bem como, a necessidade de resposta à inquietação inicial e aos objectivos de investigação:

HIPÓTESE 1 : Existe relação entre o grupo a que se pertence (ser do grupo estudante do secundário, da universidade ou pais) e as respostas em relação aos falsos conceitos.

HIPÓTESE 2: A resposta dada na questão dos falsos conceitos está relacionada com o género.

HIPÓTESE 3: As repostas atribuídas às medidas preventivas (nomeadamente o aumento do preço das bebidas, a colocação de rótulos nas garrafas e aplicação de tributação sobre o álcool) está relacionada com o grupo a que se pertence (secundário, universitário ou pais).

HIPOÓTESE 4: As repostas atribuídas às medidas preventivas (nomeadamente o aumento do preço das bebidas e a colocação de rótulos nas garrafas e aplicação de tributação sobre o álcool) está relacionada com o género.

HIPÓTESE 5: O consumo de bebidas alcoólicas está relacionado com o grupo.

HIPÓTESE 6: O padrão de consumo tipo “binge drinking” está relacionado com o grupo a que os inquiridos pertencem.

HIPÓTESE 7: A opinião em relação às questões relativas à alteração da legislação está relacionada com o grupo a que os indivíduos pertencem.

HIPÓTESE 8: Os resultados do CAGE estão relacionados com o grupo a que os inquiridos pertencem.

HIPÓTESE 9: Existe relação entre ter sido sujeito a teste de alcoolemia e o grupo a que os inquiridos pertencem.

HIÓTESE 10: Existe relação entre ter valor positivo no teste de alcoolemia e o grupo ao qual o inquirido pertence.

Está-se, assim, segundo Fortin (1999), perante o elemento fundamental no início de uma investigação.

3 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

Variável é toda a pessoa ou objecto que varia, ou seja, assume valores diferentes na população estudada (Hungler e Polit, 1985). “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 1999, p.36). Estas, podem ser usadas de diferente maneira numa investigação. Podemos assim ter variáveis dependentes, independentes, atributo e estranhas (*Idem*).

3.1. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Quando se pretende que determinada variável atinja o estatuto de hipótese científica é necessário que seja passível de refutação empírica, sendo para tal necessário que as variáveis sejam operacionalizadas, traduzidas em contextos mensuráveis (Gil, 1989).

Fortin (1999) considera que operacionalizar um conceito é defini-lo de forma a ser possível observar e medir e, é também, atribuir significação a um conceito, especificando as actividades ou operações necessárias para o medir. Para operacionalizar uma variável é necessário precisar as definições conceptuais, especificar as dimensões do conceito, os indicadores empíricos e operação de medida.

Passa-se então à operacionalização das variáveis deste estudo:

Grupo – refere-se ao diferente agregado em que os indivíduos foram colocados. Criou-se três grupos: “estudantes do ensino secundário”, sempre que o inquirido frequentava 12º ano; “estudantes do ensino superior”, sempre que o inquirido frequentava qualquer ano e/ou

curso do ensino superior e o grupo “pais” sempre que o inquirido era pai dos alunos de 12º ano ainda que pudesse também ter como profissão estudante. Esta variável permitirá perceber se o facto de pertencer a um destes grupos tem ou não relação com a opinião dada nas questões relativas aos falsos conceitos, legislação e medidas preventivas bem como, o consumo massivo e o CAGE.

Género - Conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o género dos inquiridos. É uma variável dicotómica, considerando-se “masculino” ou “feminino”. O estudo desta variável permitirá avaliar se o género tem influência na opinião em relação às questões enunciadas.

CAGE - Ferramenta já validada para a língua portuguesa e constituída por 4 itens com resposta dicotómica sim/não. Os 3 primeiros itens exploram aspectos subjectivos da pessoa relacionados com o consumo de álcool e o último item explora aspectos relacionados com a abstinência alcoólica. Se o sujeito apresentar uma resposta positiva, há um indício de problemas relacionados com o álcool, duas respostas positivas significam dependência/abuso de álcool. Assim os inquiridos foram agrupados em 3 grupos: um grupo sem qualquer problema quando não é assinalada nenhuma alínea; um grupo que levanta já alguma preocupação, sempre que foi assinalada uma das alíneas e um terceiro grupo com problema de dependência/abuso, sempre que foram assinaladas 2 ou mais alíneas.

Opinião em relação aos falsos conceitos – refere-se àquilo que os sujeitos pensam face a cada premissa enunciada relacionadas com álcool. Estabeleceram-se 3 categorias: “concorda”; “discorda”; “nem concorda, nem discorda”. O estudo desta variável permitirá perceber se a opinião em relação aos falsos conceitos está relacionada com o grupo a que os inquiridos pertencem.

Opinião em relação à legislação – refere-se ao facto de os indivíduos serem a favor ou contra a mudança da lei relativa a alguns assuntos sobre o álcool, como sejam, a idade mínima para venda de álcool e a taxa de alcoolemia. Foi categorizada como variável dicotómica “concorda”/“discorda” nas duas primeiras questões (questão 6.1 e 6.2) e “sim”/“não” nas outras duas em relação ao mesmo assunto (questão 14 e 15). Esta variável permitirá perceber se existe relação destas respostas com o grupo ao qual os inquiridos pertencem.

Opinião em relação a medidas preventivas – refere-se à opinião em relação aquilo que se está a tentar fazer no sentido de diminuir o consumo. Assim, em dois casos foram estabelecidas três categorias “muito importante”, “pouco importante” e “nada importante”. No outro caso foi operacionalizada em variável dicotómica “concorda”/“discorda”. Estas variáveis permitirão perceber se as respostas às mesmas estão relacionadas com o grupo a que pertencem os inquiridos.

Sujeição a teste de alcoolemia – refere-se aos inquiridos que, nalgum momento, tiverem nalguma circunstância (por exemplo acidente ou operação stop) serem sujeitos à determinação de álcool no sangue através de um alcoolímetro. Foi operacionalizada em variável dicotómica “sim” quando tal aconteceu e “não” quando não se verificou.

Teste de alcoolemia positivo - refere-se à avaliação da quantidade de álcool no sangue, neste caso através de um alcoolímetro. Sempre que o valor for superior a 0,05mg/dl (permitido na lei ainda vigente) considera-se valor positivo. A variável foi operacionalizada como dicotómica “sim” significa valor positivo e “não” valor negativo.

Consumo de bebidas alcoólicas - refere-se ao facto dos indivíduos beberem ou não álcool. Sempre que o indivíduo consuma considera-se “sim” e “não” caso tal não aconteça. Foi, portanto, operacionalizada como variável dicotómica.

4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

As pesquisas sociais abrangem um vasto universo de elementos, tornando-se impossível considerá-los na sua totalidade, deste modo, é necessário trabalhar uma amostra, isto é uma pequena parte dos elementos que compõem o universo, esperando-se que esta seja representativa da população a estudar (Gil, 1989).

A população alvo, ou seja, aquela população particular que é submetida a um estudo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente pelo investigador e do qual se deseja fazer generalizações (Fortin, 1999).

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O termo “amostra” implica a selecção de uma parte da população que represente a totalidade da mesma. Sendo assim, de acordo com Fortin (1999, p.202) amostra “é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. Esta deve ser representativa, isto é, devem estar presentes as características da população (*Idem*).

Relativamente ao presente estudo, considerou-se como população alvo estudantes os estudantes do 12º ano das Escolas Secundárias D. Dinis, D Duarte (Coimbra) e Cantanhede, os pais destes estudantes e os estudantes do ensino superior de Coimbra. Constituem como critérios de inclusão da amostra os já referidos. A amostra é constituída por duzentos inquiridos (100 estudantes do ensino superior, 50 pais 50 estudantes do

ensino secundário). Tendo sido a totalidade incluída na amostra uma vez que não houve qualquer questionário anulado.

Considera-se que a amostra é representativa já que as características desta se assemelham o mais possível às da população alvo (Fortin, 1999).

A participação dos estudantes foi voluntária sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo. No caso dos estudantes do ensino secundário com menos de 18 anos foi feito previamente o pedido de autorização aos pais (Apêndice II).

5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Antes de partir para a colheita de dados o investigador tem que saber se a informação que quer colher com ajuda de um questionário é exactamente aquela que necessita (Fortin, 1999). Para tal, necessita de conhecer os diversos instrumentos (*Idem*). Assim, dentro dos mesmos e após o seu conhecimento o investigador selecciona aquele que melhor se adapta ao seu estudo, população, objectivos e recursos disponíveis.

Optou-se pela realização de um questionário, por ser um método de colheita de dados que pode ser preenchido pelo próprio sujeito, sem assistência, o que permite abranger um grande número de pessoas (Fortin, 1999). Além disso, é um instrumento menos dispendioso e requer menos habilidades por parte do investigador (*Idem*). Por outro lado, este é de natureza impessoal, a sua apresentação é uniformizada, a ordem das questões é idêntica para todos os sujeitos, tem as mesmas directrizes para todos e, até certo ponto, há uniformidade de uma situação medida a uma outra assegurando, deste modo, a fidelidade e facilita as comparações entre os sujeitos (*Ibidem*). Por último, as pessoas sentem-se mais seguras relativamente ao anonimato e exprimem mais livremente as suas opiniões (*Ibidem*). As desvantagens prendem-se com a impossibilidade de controlo das condições em que são preenchidos (*Ibidem*).

Como ainda não existem nenhuns dados sobre a opinião da população em relação à possível alteração da lei, no que diz respeito a idade mínima para consumo de álcool e redução da taxa de alcoolemia, considerou-se pertinente a elaboração de um questionário neste sentido. Assim, a primeira parte do questionário é constituída por questões fechadas e semi-abertas para caracterizar a população (sexo, idade, profissão e se tem ou não carta de condução bem como o tipo de veículos que conduz e a frequência com que o faz).

A segunda parte, constituída por dezoito questões também de resposta semi-aberta ou fechada, já se voltou essencialmente para a opinião dos inquiridos em relação aos falsos conceitos, aos problemas ligados ao álcool e sua relação com saúde, aos motivos porque ingere bebidas alcoólicas, à possível alteração da lei e razão da sua opinião, às medidas preventivas para reduzir o consumo de álcool. Foi feita ainda, uma questão para saber se o inquirido consome ou não bebidas alcoólicas e se tem um consumo massivo, outra questão para saber se já esteve sujeito a um teste de alcoolemia e no caso de se verificar tal facto se o valor foi positivo. Quase no final do questionário aplicou-se ainda o CAGE para se perceber se na amostra seleccionada os inquiridos têm ou não problema de abuso/dependência.

5.1 – PRÉ-TESTE

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra (dez a trinta sujeitos) (Fortin, 1999). A finalidade deste “é evidenciar as possíveis falhas na redacção do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redacção, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão, etc” (Gil, 1999, p. 137). O objectivo principal consiste na avaliação da eficácia e pertinência do questionário (Fortin, 1999).

O pré-teste ao questionário foi realizado a 11 de Novembro de 2009 durante a manhã na Universidade de Aveiro.

Foram inquiridos vinte e cinco estudantes que possuíam algumas características pretendidas (eram estudantes universitários), tendo sido todos eles previamente esclarecidos acerca da finalidade do estudo. O tempo médio que cada estudante levou a preencher cada questionário variou entre 8-10 minutos. Não foram solicitados nenhuns

pedidos de esclarecimentos. Deste modo, não se sentiu necessidade de efectuar alterações, tendo sido este aplicado, posteriormente, à amostra em estudo.

6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Qualquer investigação efectuada junto do Homem implica questões morais e éticas. Por ética, Fortin (1999, p. 114) entende “o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Desta forma, há necessidade de proteger os direitos da pessoa, respeitando assim os seus direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo, bem como, o direito a um tratamento justo e equitativo (*Idem*).

O investigador, para proceder ao seu estudo, deve obter por parte dos representantes legais, primeiro um consentimento livre e esclarecido. Neste sentido, para que a aplicação do instrumento de colheita de dados fosse possível foi realizado um pedido de autorização por escrito (Apêndice III), endereçado ao Director das diferentes escolas, à AAC, bem como à DREC.

Neste pedido foi explicitado o tema e o objectivo do estudo, bem como, o compromisso de que os dados colhidos seriam apenas divulgados no âmbito académico e profissional, sem que fossem violados os princípios da ética deontológica, em anexo foi enviado um exemplar do instrumento de colheita de dados, que se pretendia aplicar.

Uma vez deferido o pedido de autorização foram aplicados os questionários, garantindo sempre o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Da parte dos inquiridos verificou-se uma total receptividade e colaboração à semelhança das entidades seleccionadas (escola Secundária D. Duarte, D. Dinis de Coimbra, Escola Secundária de Cantanhede e Associação Académica de Estudantes).

7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados obtidos só têm sentido se forem convenientemente analisados e interpretados (Fortin, 1999).

Realizada a colheita de dados para este estudo, houve necessidade de recorrer a métodos estatísticos adequados às variáveis e amostra para que se pudesse fazer a análise e interpretação dos resultados.

Nesta medida, depois da colheita de dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística de SPSS (versão 17.0, do Windows versão XP).

Com o intuito de sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, de forma a chegar a conclusões utilizou-se a estatística descritiva e inferencial.

Quanto à **estatística descritiva** apresentaram-se e analisaram-se os dados em quadros onde são apresentados cálculos dos seguintes parâmetros:

- Frequências:
 - Absolutas (n°)

- Medidas de tendência central:
 - Média (\bar{X})
 - Moda (Mo)

- Medidas de dispersão:

- Desvio de Padrão (s)

O estudo das hipóteses consideradas foi efectuado recorrendo ao teste Chi-quadrado sempre que se pretendia avaliar a relação existente entre variáveis qualitativas.

A resposta às questões propostas é baseada em resultados descritivos da amostra.

Este questionário não foi sujeito a uma análise de consistência interna, pelo alfa de Cronbach, dado que não se trata de uma escala de avaliação dos hábitos alcoólicos dos inquiridos, mas sim de um questionário acerca de opiniões em relação a diferentes aspectos relacionados com o consumo de álcool.

Todos os testes foram avaliados ao nível de significância de 0.05, e efectuados recorrendo à aplicação SPSS, versão 17.0, assim como a análise descritiva dos dados.

CAPITULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita e tratamento dos dados pretende-se neste capítulo fazer a análise e interpretação dos mesmos.

Proporcionar-se-á a apresentação dos resultados pertinentes relativamente às questões/hipóteses formuladas, tentando-se, deste modo, estabelecer um elo lógico com o problema de investigação.

Na primeira parte, será feita a caracterização da amostra, a fim de facilitar a percepção dos resultados, bem como, para uma melhor compreensão. Seguidamente, será realizado o tratamento sistemático dos dados através de um estudo descritivo-correlacional.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, comentados imediatamente antes da sua exposição. Tentou-se enfatizar os dados mais relevantes relacionados com a investigação em causa.

1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A amostra estudada cumpriu os critérios de selecção já abordados da metodologia e é constituído por 200 (duzentos) indivíduos com idades compreendidas entre os 16-56 anos, das Escolas Secundárias de Cantanhede, D. Dinis e D. Duarte (estudantes e pais) e Ensino Superior de Coimbra.

Relativamente ao grupo a que pertencem, a amostra é maioritariamente do Ensino Superior como se pode observar no quadro 1.

Quadro 3 – Distribuição dos inquiridos por grupos

Grupo	Frequência Absoluta	Percentagem
Estudante do Secundário	50	25,00
Estudante do ensino Superior	100	50,00
Pais	50	25,00
Total	200	100,00

Quanto ao género não existe uma distribuição homogénea, ficando o sexo feminino em vantagem uma vez que abrange quase 3/4 da amostra.

Quadro 4 – Distribuição dos inquiridos pelo género.

Género		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Masculino	N	15	30	14	59
	%	25,4%	50,8%	23,7%	29,5%
Feminino	N	35	70	36	141
	%	24,8%	49,6%	25,5%	70,5%
Total	N	50	100	50	200
	%	25%	50%	25%	100%

Atendendo aos grupos estabelecidos existe uma disparidade enorme entre a idade máxima (56 anos) e mínima (16 anos). Não admira também que a média seja por isso cerca de 25,68 anos e, por outro lado, não se pode esquecer que a maioria da amostra pertence ao ensino superior.

Quadro 5 – Parâmetros estatísticos em relação à idade dos inquiridos

	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	25,68	18	11,63	16	56

No que se refere à profissão, naturalmente que 3/4 da amostra são estudantes e o restante é diverso sendo a profissões mais frequente na hipótese outra a profissão de professor.

Quadro 6 – Distribuição dos inquiridos pela profissão

Grupo	Frequência Absoluta	Percentagem
Estudante	151	75,50
Outra (professor, assistente técnico, operário fabril, etc)	49	24,50
Total	200	100,00

Quanto ao ter ou não carta de condução a distribuição é quase homogénea evidenciando-se a maioria em “não ter carta de condução” apenas por 2 indivíduos.

Quadro 7 – Distribuição dos inquiridos em relação à carta de condução

Tem carta de condução?		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	48	49	4	101
	%	96%	49%	8%	50,5%
Sim	N	2	51	46	99
	%	4%	51%	92%	49,5%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

Relativamente ao tipo de veículos que conduzem, a maioria conduz automóveis ligeiros e os que conduzem motociclos são apenas os jovens do secundário e superior.

Quadro 8 – Distribuição dos inquiridos pelo tipo de veículo que conduzem

Que tipo de veículo conduz?		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Motociclos	N	2	3	0	5
	%	100%	6,5%	0%	5,3%
Automóveis ligeiros	N	0	43	43	86
	%	0%	93,5%	93,5%	91,5%
Automóveis pesados de passageiros	N	0	0	2	2
	%	0%	0%	4,3%	2,1%
Outros	N	0	0	1	1
	%	0%	0%	2,2%	1,1
Total	N	2	46	46	94
	%	100%	100%	100%	100%

Dos indivíduos que conduzem, a maioria fá-lo diariamente (66,3%) seguido do fim-de-semana (22,4%), o que se compreende pelo facto de muitos estudantes durante a semana se encontrarem deslocados do seu local de residência habitual e, portanto, não terem automóvel excepto ao fim-de-semana quando regressam a casa.

Quadro 9 - Distribuição dos inquiridos pela frequência de condução

Com que frequência conduz?		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Pelo menos uma vez por semana	N	1	8	2	11
	%	100%	15,7%	4,3%	11,2%
Diariamente	N	0	22	43	65
	%	0%	43,1%	93,5%	66,3%
Só aos fins-de-semana	N	0	21	1	22
	%	0%	41,2%	2,2%	22,4%
Total	N	1	51	46	98
	%	100%	100%	100%	100%

Pela análise dos quadros 10,11,12,13,14,15,16,17 e 18 verifica-se que, ainda existe uma percentagem significativa que acreditam nos falsos conceitos e se somarmos aqueles que não sabem (nem concordam, nem discordam) os valores crescem mais ainda. Os falsos conceitos mais vinculados nesta amostra, (quando somados com os que não têm opinião formada), são “as bebidas alcoólicas matam a sede”, o álcool é digerido como os outros alimentos” e “uma pessoa pode curar uma bebedeira com café forte sem açúcar”.

Quadro 10 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “as bebidas alcoólicas matam a sede”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“As bebidas alcoólicas matam a sede”	Concorda	N	6	10	2	18
		%	12%	10%	4%	9%
	Discorda	N	32	60	44	136
		%	64%	60%	88%	68%
	Nem concorda/nem discorda	N	12	30	4	46
		%	24%	30%	8%	23%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 11 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “as bebidas alcoólicas são alimento”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“As bebidas alcoólicas são alimento”	Concorda	N	1	1	0	2
		%	2%	1%	0%	1%
	Discorda	N	48	89	48	185
		%	96%	89%	96%	92,5%
	Nem concorda/nem discorda	N	1	10	2	13
		%	2%	10%	4%	6,5%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 12 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “o álcool dá força”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“O álcool dá força”	Concorda	N	3	12	2	17
		%	6%	12%	4%	8,5%
	Discorda	N	43	74	46	163
		%	86%	74%	92%	81,5%
	Nem concorda/nem discorda	N	4	14	2	20
		%	8%	14%	4%	10%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 13 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “o Whisky ou água ardente abrem o apetite”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“O Whisky ou água ardente abrem o apetite”	Concorda	N	2	1	0	3
		%	4%	1%	0%	1,5%
	Discorda	N	35	75	45	155
		%	70%	75%	90%	77,5%
	Nem concorda/nem discorda	N	13	24	5	42
		%	26%	24%	10%	21%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 14 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “uma bebida alcoólica tem calorias por isso pode engordar”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Uma bebida alcoólica tem calorias por isso pode engordar”	Concorda	N	26	59	36	121
		%	52%	59%	72%	60,5%
	Discorda	N	7	23	10	40
		%	14%	23%	20%	20%
	Nem concorda/nem discorda	N	17	18	4	39
		%	34%	18%	8%	19,5%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 15 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “o álcool é digerido como os outros alimentos”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“O álcool é digerido como os outros alimentos”	Concorda	N	3	19	9	31
		%	6%	19,2%	18,4%	15,7%
	Discorda	N	34	59	33	126
		%	68%	59,6%	67,3%	63,6%
	Nem concorda/nem discorda	N	13	21	7	41
		%	26%	21,2%	14,3%	20,7%
Total		N	50	99	49	198
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 16 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “é possível morrer de uma ingestão de álcool elevada num só dia”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“É possível morrer de uma ingestão de álcool elevada num só dia”	Concorda	N	37	64	38	139
		%	74%	65,3%	76%	70,2%
	Discorda	N	2	12	6	20
		%	4%	12,2%	12%	10,1%
	Nem concorda/nem discorda	N	11	22	6	39
		%	22%	22,4%	12%	19,7%
Total		N	50	98	50	198
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 17 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação ao falso conceito “uma pessoa pode curar a bebedeira com café forte sem açúcar”

Falso conceito			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Uma pessoa pode curar a bebedeira com café forte sem açúcar”	Concorda	N	7	16	3	26
		%	14%	16%	6%	13%
	Discorda	N	25	61	36	122
		%	50%	61%	72%	61%
	Nem concorda/nem discorda	N	18	23	11	52
		%	36%	23%	22%	26%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quanto à redução da taxa de alcoolemia nas diferentes circunstâncias apresentadas verificamos que mais de 2/3 da amostra concordam, sendo no grupo pais que essa percentagem assume em ambos os casos valores mais elevados.

Quadro 18 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à redução da taxa de alcoolemia em grupos específicos

Propostas de alteração da taxa de alcoolemia			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Reduzir para 0,0g/l o valor máximo de alcoolemia para os condutores de veículos de socorro....”	Concorda	N	41	73	48	162
		%	82%	73%	96%	81%
	Discorda	N	9	27	2	38
		%	18%	27%	4%	19%
	Total	N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%
“Reduzir para 0,3g/l o valor máximo de alcoolemia nos condutores de veículos ligeiros de transporte público....”	Concorda	N	39	74	43	156
		%	78%	74,7%	87,8%	78,8%
	Discorda	N	11	25	6	42
		%	22%	25,3%	12,2%	21,2%
	Total	N	50	99	49	198
		%	100%	100%	100%	100%

A amostra em estudo é na sua maioria consumidora de bebidas alcoólicas (63,0%).

Quadro 19 – Distribuição dos inquiridos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas

Consome bebidas alcoólicas		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	25	16	33	74
	%	50%	16%	66%	37%
Sim	N	25	84	17	126
	%	50%	84%	34%	63%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

Mais do que serem consumidores na sua maioria mais de ¼ da amostra tem um padrão de consumo tipo “binge drinking” (35%). Este tipo de consumo é mais prevalente nos jovens ao passo que dos pais apenas 6,1% referem que este padrão faz parte dos seus hábitos.

Quadro 20 – Distribuição dos inquiridos pelo consumo massivo ou não

Tem um padrão de consumo tipo consumo massivo		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	36	47	45	128
	%	62%	47%	91,8%	64,3%
Sim	N	14	53	3	70
	%	28%	53%	6,1%	35,2%
Total	N	50	100	49	199
	%	100%	100%	100%	100%

Já quando a pergunta é feita em relação aos amigos a percentagem sobe (62,4%), ou seja, mais de metade dos amigos dos inquiridos têm este tipo de comportamento. E mais uma vez é nos jovens que esse aumento é mais significativo.

Quadro 21 – Distribuição da opinião dos amigos dos inquiridos pelo consumo massivo em relação aos seus amigos

Consumo massivo em relação aos amigos		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	17	18	38	73
	%	34%	18%	80,9%	37,1%
Sim	N	33	82	8	123
	%	66%	82%	17%	62,4%
Total	N	50	100	47	197
	%	100%	100%	100%	100%

Apesar de tudo, os inquiridos reconhecem os problemas ligados ao álcool como sendo de uma grande dimensão sendo que, quase a totalidade, considerou a questão afirmativa (95,5%).

Quadro 22 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação aos problemas ligados ao álcool

Opinião sobre os problemas ligados ao álcool		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	2	6	1	9
	%	4%	6,1%	2%	4,5%
Sim	N	48	93	49	190
	%	96%	93,9%	98%	95,5%
Total	N	50	99	50	199
	%	100%	100%	100%	100%

Quanto ao facto de as bebidas alcoólicas interferirem com o estado de saúde, quase a totalidade da amostra considera que sim (98%).

Quadro 23 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à interferência das bebidas no estado de saúde

Bebidas alcoólicas interferem com estado de saúde		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	0	3	1	4
	%	0%	3%	2%	2%
Sim	N	50	97	49	196
	%	100%	97%	98%	98%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

Quase metade da amostra enquadra os problemas ligados ao álcool nos primeiros 5 problemas de saúde sendo apenas precedida de quase outra metade que os classifica entre

o 5º e 10º problema, como se pode analisar no quadro seguinte. São sobretudo os pais que enquadram os problemas de saúde ligados ao álcool nos primeiros 5 problemas.

Quadro 24 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à classificação dos problemas ligados ao álcool

		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Nos primeiros 5 problemas	N	18	35	31	84
	%	36%	35,7%	63,3%	42,6%
Entre o 5º e 10º problema	N	24	47	15	86
	%	48%	48%	30,6%	43,7%
Entre o 10º e 15º problema	N	5	12	3	20
	%	10%	12,2%	6,1%	10,2%
Abaixo do 15º problema	N	3	4	0	7
	%	6%	4,1%	0%	3,6%
Total	N	50	98	49	197
	%	100%	100%	100%	100%

Os principais motivos porque ingerem álcool são “por gosto e prazer”, seguido de “ajuda a relaxar e desinibir” e “para desfrutar melhor das festas e da noite”. Numa primeira análise confirma-se que 63% consome bebidas alcoólicas, (visto que nesta questão, os inquiridos apenas podiam escolher uma alínea) e 37% não respondem.

Quadro 25 – Distribuição dos inquiridos pelos motivos de ingestão de álcool

Principal motivo da ingestão de álcool	Frequência Absoluta	Percentagem
“Porque gosto e me dá prazer”	56	28,00
“Ajuda-me a relaxar e desinibir”	22	11,00
“para desfrutar melhor das festas e da noite”	21	10,50
Outro	15	7,50
“porque em casa e no grupo de amigos fui habituado a beber”	4	2,00
“porque as bebidas são um complemento alimentar”	3	1,50
“porque me ajuda a relacionar melhor com os outros”	3	1,5
“porque me torno mais atraente ao sexo oposto”	1	0,50
“porque todos os meus amigos o fazem”	1	0,50
Não respostas	74	37,00
Total	200	100,00

Quanto à questão se concorda ou não com a possível alteração da lei, para a proibição da venda de álcool a pessoas com menos de 18 anos ao invés dos 16 anos actualmente em vigor, verifica-se que mais $\frac{3}{4}$ da amostra apresenta uma opinião favorável (78%) havendo, ainda assim, cerca de $\frac{1}{4}$ que não concorda.

Quadro 26 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à alteração da lei sobre a idade mínima para venda de álcool

Alteração da idade mínima para consumo de álcool		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	14	26	4	44
	%	28%	26%	8%	22%
Sim	N	36	74	46	156
	%	72%	74%	92%	78%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

Quanto aos motivos que conduzem à discordância prendem-se essencialmente com: o facto de os jovens continuarem a beber noutros locais (15,5%) e não ser fácil controlar a venda porque outros mais velhos poderão comprar por eles (11,5%).

Quadro 27 – Distribuição dos inquiridos pelos motivos de discórdia em relação à alteração da lei sobre a idade mínima para venda de álcool

Motivos de discórdia	Percentagem	Não respostas
“Os jovens vão continuar a beber noutros locais”	15,50	84,50
“Não será fácil controlar...porque os mais velhos podem comprar por eles”	11,50	88,50
Outra	2,00	98,00

Já no que diz respeito à redução da taxa de alcoolemia nos dois primeiros anos de carta de condução, mais de metade concorda, havendo ainda assim, uma percentagem significativa que discorda (29,5%). Note-se que são os pais que mais concordam com a mudança desta lei (90%).

Quadro 28 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à alteração da lei sobre a redução da taxa de alcoolemia

Opinião em relação à redução da taxa de alcoolemia		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	16	38	5	59
	%	32%	38%	10%	29,5%
Sim	N	34	62	45	141
	%	68%	62%	90%	70,5%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

Os motivos apresentados para discórdia na maioria prendem-se com o facto da restrição desta alteração (nos dois primeiros anos de condução) pois 17% discordam por considerarem que os deveres devem ser iguais para todos.

Quadro 29 – Distribuição dos inquiridos pelos motivos de discórdia em relação à alteração da lei sobre a taxa de alcoolemia

Motivos de discórdia	Percentagem	Não respostas
"Ninguém vai cumprir"	6,00	94,00
"É um valor muito baixo"	12,00	88,00
"Os deveres devem ser iguais para todos independentemente dos anos de condução"	17,00	83,00
Outra	2,50	97,50

Pela análise dos quadros 30, 31, 32, 33, 34 e 35 verifica-se que, das medidas preventivas apresentadas, aquelas que os inquiridos mais concordam são o maior controlo por parte da polícia da condução sob o efeito de álcool (89,7%), a existência de mais actividades e programas de prevenção do consumo excessivo na comunidade (83,9%) e escolas (83,5%)

e a abstinência total nas mulheres grávidas (81,5%). Quanto à medida preventiva que mais discordam é a relativa ao aumento do preço das bebidas (50,5%).

Quadro 30 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “as escolas e comunidade deveriam ter mais controlo....”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“As escolas e comunidade deveriam ter mais controlo...”	Concorda	N	33	74	39	146
		%	67,3%	75,5%	86,7%	76%
	Discorda	N	3	10	4	17
		%	6,1%	10,2%	8,9%	8,9%
	Nem concorda/nem discorda	N	13	14	2	29
		%	26,5%	14,3%	4,4%	15,1%
Total		N	49	98	45	192
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 31 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “a polícia deveria controlar mais a condução sob o efeito de álcool...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“A polícia deveria controlar mais a condução sobre o efeito de álcool...”	Concorda	N	42	90	93	175
		%	84%	91,8%	91,5%	89,7%
	Discorda	N	2	5	2	9
		%	4%	5,1%	4,3%	4,6%
	Nem concorda/nem discorda	N	6	3	2	11
		%	12%	3,1%	4,3%	5,6%
Total		N	50	98	47	195
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 32 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “deveria existir mais actividades e programas de prevenção...nas escolas”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Deveria existir mais actividades e programas de prevenção...nas escolas”	Concorda	N	34	82	46	162
		%	69,4%	83,7%	97,9%	83,5%
	Discorda	N	3	7	0	10
		%	6,1%	7,1%	0%	5,2%
	Nem concorda/nem discorda	N	12	9	1	22
		%	24,5%	9,2%	2,1%	11,3%
Total		N	49	98	47	194
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 33 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “deveria existir mais actividades e programas de prevenção...na comunidade”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Deveria existir mais actividades e programas de prevenção...na comunidade”	Concorda	N	37	83	47	167
		%	75,5%	83%	94%	83,9%
	Discorda	N	2	6	1	9
		%	4,1%	6%	2%	4,5%
	Nem concorda/nem discorda	N	10	11	2	23
		%	20,4%	11%	4%	11,6%
Total		N	49	100	50	199
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 34 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “devia-se aumentar o preço das bebidas”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Devia-se aumentar o preço das bebidas...”	Concorda	N	13	20	15	48
		%	26,5%	20,4%	31,9%	24,7%
	Discorda	N	22	64	12	98
		%	44,9%	65,3%	25,5%	50,5%
	Nem concorda/nem discorda	N	14	14	20	48
		%	28,6%	14,3%	42,6%	24,7%
Total		N	49	98	47	194
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 35 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à medida preventiva “a abstinência devia ser total nas mulheres grávidas...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“A abstinência devia ser total nas mulheres grávidas...”	Concorda	N	39	81	39	159
		%	79,6%	82,7%	81,3%	81,5%
	Discorda	N	3	6	4	13
		%	6,1%	6,1%	8,3%	6,7%
	Nem concorda/nem discorda	N	7	11	5	23
		%	14,3%	11,2%	10,4%	11,8%
Total		N	49	98	48	195
		%	100%	100%	100%	100%

Em relação à importância que os inquiridos atribuem às medidas preventivas, analisando os quadros 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44, as que aparecem mais referenciadas como muito importantes são: a educação nas escolas e comunidade informando sobre o consumo excessivo (90,5%); estabelecimento e reforço de leis que desencorajem a condução e o consumo de álcool em simultâneo (88,5%), a proibição da venda a menores, ou embriagados, ou com patologia mental (86%). Já a aplicação de tributação foi a mais classificada dentro das nada importantes (17,1%), contudo nesta medida há porém, mais de ¼ da amostra que a considera muito importante (32,7%). De salientar ainda que, de qualquer forma, à excepção da aplicação da tributação, em todas as outras medidas apresentadas houve sempre mais de metade dos inquiridos a considerá-las como importantes.

Quadro 36 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “aplicação de tributação...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Aplicação de tributação...”	Muito importante	N	16	31	18	65
		%	32%	31%	36,7%	32,7%
	Pouco importante	N	25	53	22	100
		%	50%	53%	44,9%	50,3%
	Nada importante	N	9	16	9	34
		%	18%	16%	18,4%	17,1%
Total		N	50	100	49	199
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 37 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “influenciar a acessibilidade física...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Influenciar a acessibilidade física...”	Muito importante	N	32	64	32	128
		%	64%	64%	66,7%	64,6%
	Pouco importante	N	16	30	15	61
		%	32%	30%	31,3%	30,8%
	Nada importante	N	2	6	1	9
		%	4%	6%	2,1%	4,5%
Total		N	50	100	48	198
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 38 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “educação nas escolas e comunidade...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“educação nas escolas e comunidade...”	Muito importante	N	44	87	49	180
		%	88%	87,9%	98%	90,5%
	Pouco importante	N	5	9	1	15
		%	10%	9,1%	2%	7,5%
	Nada importante	N	1	3	0	4
		%	2%	3%	0%	2%
Total		N	50	99	50	199
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 39 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “aplicação de rótulos educativos...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Aplicação de rótulos educativos...”	Muito importante	N	28	67	38	133
		%	56%	67%	76%	66,5%
	Pouco importante	N	20	26	11	57
		%	40%	26%	22%	28,5%
	Nada importante	N	2	7	1	10
		%	4%	7%	2%	5%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 40 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “proibir a venda a menores de 18 anos...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Proibir a venda a menores de 18 anos...”	Muito importante	N	44	83	45	172
		%	88%	83%	90%	86%
	Pouco importante	N	3	13	5	21
		%	6%	13%	10%	10,5%
	Nada importante	N	3	4	0	7
		%	6%	4%	0%	3,5%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 41 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “colocar em prática as restrições à publicidade...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Colocar em prática as restrições à publicidade...”	Muito importante	N	34	60	41	135
		%	68%	60,6%	82%	67,8%
	Pouco importante	N	13	32	9	54
		%	26%	32,3%	18%	27,1%
	Nada importante	N	3	7	0	10
		%	6%	7,1%	0%	5%
Total		N	50	99	50	199
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 42 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “promover ambientes protegidos de violência...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Promover ambientes protegidos de violência...”	Muito importante	N	28	78	42	148
		%	58,3%	78%	87,5%	75,5%
	Pouco importante	N	19	21	4	44
		%	39,6%	21%	8,3%	22,4%
	Nada importante	N	1	1	2	4
		%	2,1%	1%	4,2%	2%
Total		N	48	100	48	196
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 43 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “estabelecer e reforçar leis que desencorajem...simultaneamente álcool e condução...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Estabelecer e reforçar leis que desencorajem... simultaneamente álcool e condução ...”	Muito importante	N	42	87	48	177
		%	84%	87%	96%	88,5%
	Pouco importante	N	5	13	2	20
		%	10%	13%	4%	10%
	Nada importante	N	3	0	0	3
		%	6%	0%	0%	1,5%
Total		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quadro 44 – Distribuição da opinião dos inquiridos em relação à importância da medida preventiva “apoiar organizações ...”

Medida preventiva			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“Apoiar organizações ...”	Muito importante	N	37	78	45	160
		%	74%	78,8%	90%	80,4%
	Pouco importante	N	13	20	5	38
		%	26%	20,2%	10%	19,1%
	Nada importante	N	0	1	0	1
		%	0%	1%	0%	0,5%
Total		N	50	99	50	199
		%	100%	100%	100%	100%

Relativamente à questão CAGE, quase 1/4 da amostra (17,5%) refere já se ter sentido aborrecido pelo facto de as pessoas contrariarem os seus hábitos de bebida e 13,5% já pensou que devia diminuir o seu consumo.

Quadro 45 – Distribuição dos inquiridos que se identificam com as alíneas que constituem o CAGE

CAGE			Grupo			Total
			Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
“...devia reduzir o consumo...”	Não Assinalou	N	49	80	44	173
		%	98%	80%	88%	86,5%
	Assinalou	N	1	20	6	27
		%	2%	20%	12%	13,5%
	Total	N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%
“...aborrecido por contrariarem hábitos de bebida...”	Não Assinalou	N	44	75	46	165
		%	88%	75%	92%	82,5%
	Assinalou	N	6	25	4	35
		%	12%	25%	8%	17,5%
	Total	N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%
“...mal consigo próprio ou culpado dos seus hábitos...”	Não Assinalou	N	47	81	48	176
		%	94%	81%	96%	88%
	Assinalou	N	3	19	2	24
		%	6%	19%	4%	12%
	Total	N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%
“...tomar bebida alcoólica pela manhã para acalmar nervos...”	Não Assinalou	N	50	96	48	194
		%	100%	96%	96%	97%
	Assinalou	N	0	4	2	6
		%	0%	4%	4%	3%
	Total	N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

Quanto ao teste de alcoolemia, pela análise do quadro seguinte vê-se que cerca de $\frac{1}{4}$ da amostra (24,5%) já esteve sujeito, embora na maioria o valor não tivesse sido positivo como se pode ver nos quadros 46 e 47. Mas dos 7 casos positivos 6 pertencem aos jovens do ensino superior e um ao ensino secundário.

Quadro 46 - Distribuição dos inquiridos em relação ao teste de alcoolemia

Esteve sujeito a teste de alcoolemia		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	47	82	16	145
	%	97,9%	83,7%	34,8%	75,5%
Sim	N	1	16	30	47
	%	2,1%	16,3%	65,2%	24,5%
Total	N	48	98	46	192
	%	100%	100%	100%	100%

Quadro 47 - Distribuição dos inquiridos em relação ao resultado do teste de alcoolemia

Valor foi positivo		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	0	10	31	41
	%	0%	62,5%	100%	85,4%
Sim	N	1	6	0	7
	%	100%	37,5%	0%	14,6%
Total	N	1	16	31	48
	%	100%	100%	100%	100%

2 – ANÁLISE INFERENCIAL

2.1 – TESTE DA VALIDADE

Como já foi referido, no capítulo II, este questionário não pode ser submetido a uma análise de consistência interna pelo alfa de Cronbach, dado que, não se trata de uma escala de avaliação dos hábitos alcoólicos dos inquiridos mas sim, de um questionário de opinião dos inquiridos acerca de legislação sobre álcool, falsos conceitos e medidas preventivas.

2.2 – TESTE DE HIPÓTESES E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5,00% ($\alpha = 0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma “certeza” de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

No tratamento dos dados foram utilizados os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ – não significativo
- $p < 0,05$ – significativo
- $p < 0,01$ – bastante significativo

- $p < 0,001$ – altamente significativo.

Pela análise da tabela 1, verifica-se pelo nível de significância que existe relação bastante significativa entre pertencer a um dos três grupos e concordar ou discordar com a redução da taxa de alcoolemia para 0,0mg/dl em grupos de cidadãos específicos ($\alpha < 0,01$). É também possível observar que, mais de $\frac{3}{4}$ da amostra concorda com a alteração da lei (162 inquiridos) e apenas pouco mais de $\frac{1}{4}$ discorda (38) dos quais 27% são estudantes do superior, 18% estudantes do secundário e 4% do grupo pais.

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à redução da taxa de alcoolemia para 0,0mg/dl

Reduzir para 0,0mg/dl o valor máximo de alcoolemia para os condutores de veículos de socorro e emergência e de transportes escolares		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	41	73	48	162
	%	82%	73%	96%	81%
Discorda	N	9	27	2	38
	%	18%	27%	4%	19%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 11,501; p = 0,003$$

Quanto à redução da taxa de alcoolemia para 0,3mg/dl em grupos específicos, pela análise da tabela 2, constata-se que não existe relação entre as variáveis porque $p > 0,05$ ao contrário da situação anterior. Mais de $\frac{3}{4}$ da amostra assume concordar com esta lei (156) e apenas menos de $\frac{1}{4}$ discorda. Dos que discordam 25,3% são estudantes do superior e 22% estudantes do secundário.

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à redução da taxa de alcoolemia para 0,3mg/dl

Reduzir para 0,3mg/dl o valor máximo de alcoolemia nos condutores de veículos ligeiros de transporte público e aluguer de pesados de passageiros ou mercadorias e titulares com menos de 2 anos de habilitação legal para conduzir qualquer veículo motorizado		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	39	74	43	156
	%	78%	74,4%	87,8%	78,8%
Discorda	N	11	25	6	42
	%	22%	25,3%	12,2%	21,2%
Total	N	50	99	49	198
	%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 3,343; p = 0,188$$

Analisando a tabela seguinte, relativamente à alteração da lei em relação à idade mínima para venda de álcool, existe relação entre o grupo a que pertence e a opinião dada ($p < 0,05$). Muito semelhante ao quadro anterior mais de $\frac{3}{4}$ (78%) concorda e menos de $\frac{1}{4}$ dos inquiridos (22%) discorda. Dos discordantes 28% pertence ao ensino superior, 26% ao ensino secundário e somente 8% ao grupo pais. Contudo, são os pais aqueles que mais concordam (92%).

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre a alteração da lei sobre a idade mínima para venda de álcool

Concorda com a possível alteração da lei da venda de álcool só a maiores de 18 anos, ao invés dos 16 anos ainda em vigor?		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	14	26	4	44
	%	28%	26%	8%	22%
Sim	N	36	74	46	156
	%	72%	74%	92%	78%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 7,692$; $p = 0,021$

Já em relação à alteração da lei relativa à redução da taxa de alcoolemia para 0,2mg/dl nos 2 primeiros anos de carta, analisando a tabela 4, há efectivamente relação entre o grupo a que pertence e a resposta dada nesta questão ($\alpha < 0,05$). Quase $\frac{3}{4}$ da amostra concorda com alteração da lei (70,5%) e pouco mais de 1/4 discorda (29,5%). São os pais o grupo que mais está a favor da alteração da lei (90%).

Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o valor da taxa de alcoolemia

Concorda com a possível alteração da lei sobre a redução da taxa de alcoolemia de 0,5mg/dl para 0,2mg/dl nos dois primeiros anos de carta de condução?		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	16	38	5	59
	%	32%	38%	10%	29,5%
Sim	N	34	62	45	141
	%	68%	62%	90%	70,5%
Total	N	50	100	50	200
	% (Total)	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 12,766$; $p = 0,002$

Na tabela 5, é possível observar que existe relação entre o falso conceito “as bebidas alcoólicas matam a sede” e o grupo. Se aos 18 inquiridos que discordam adicionarmos os 46 que nem concordam/nem discordam percebemos que mais de ¼ da amostra acredita que as bebidas alcoólicas matam a sede.

Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “as bebidas alcoólicas matam a sede”

		Grupo			Total	
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais		
“As bebidas alcoólicas matam a sede”		N	6	10	2	18
		%	12%	10%	4%	9%
Concorda		N	32	60	44	136
		%	64%	60%	88%	68%
Discorda		N	12	30	4	46
		%	24%	30%	8%	23%
Nem concorda nem discorda		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 13,043; p = 0,011$$

No falso conceito “as bebidas alcoólicas são alimento”, pela tabela 6, verifica-se que uma grande maioria (185) discorda da afirmação. Contudo não existe relação entre as variáveis ($p=0,269$).

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “as bebidas alcoólicas são alimento”

		Grupo			Total	
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais		
“As bebidas alcoólicas são alimento”		N	1	1	0	2
		%	2%	1%	0%	1%
Concorda		N	48	89	48	185
		%	96%	89%	96%	92,5%
Discorda		N	1	10	2	13
		%	2%	10%	4%	6,5%
Nem concorda nem discorda		N	50	100	50	200
		%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 5,188; p = 0,269$$

Pela análise da tabela 7, observa-se que no falso conceito “o álcool dá força” ainda há 37 indivíduos que concordam ou nem concordam/nem discordam com tal facto. Por $p > 0,05$ não existe relação entre as variáveis.

Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “o álcool dá força”

“O álcool dá força”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	3	12	2	17
	%	6%	12%	4%	8,5%
Discorda	N	43	74	46	163
	%	86%	74%	92%	81,5%
Nem concorda nem discorda	N	4	14	2	20
	%	8%	14%	4%	10%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 8,091$; $p = 0,088$

Quanto às bebidas que se dizem “abrir o apetite”, quase um $\frac{1}{4}$ da amostra concorda ou nem concorda/nem discorda. Todavia, não se observou a existência de relação entre este falso conceito e os diferentes grupos.

Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “o Whisky ou água ardente abrem o apetite”

“O Whisky ou água ardente abrem o apetite”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	2	1	0	3
	%	4%	1%	0,0%	1,5%
Discorda	N	35	75	45	155
	%	70%	75%	90%	75,5%
Nem concorda/nem discorda	N	13	24	5	42
	%	26%	24%	10%	21%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 8,356$; $p = 0,079$

Pela análise do quadro seguinte, verifica-se que existe relação entre as variáveis ($p < 0,05$). Apesar de mais de metade ter consciência que o álcool tem calorias e pode engordar, ainda assim, os restantes 79 inquiridos ou não sabem ou discordam.

Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “uma bebida alcoólica tem calorias e por isso posso engordar”

“Uma bebida alcoólica tem calorias e por isso pode engordar”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	26	59	36	121
	%	52%	59%	72%	60,5%
Discorda	N	7	23	10	40
	%	14%	23%	20%	20%
Nem concorda/nem discorda	N	17	18	4	39
	%	34%	18%	8%	19,5%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 11,975$; $p = 0,018$

Analisando a tabela 10, verifica-se que, 72 dos inquiridos ou concordam ou ficam na ambivalência em relação ao falso conceito “o álcool é digerido como os outros alimentos”. Todavia, não há relação desta variável com o grupo a que os indivíduos pertencem.

Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “o álcool é digerido como os outros alimentos”

“O álcool é digerido como os outros alimentos”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	3	19	9	31
	%	6%	19,2%	18,4%	15,7%
Discorda	N	34	59	33	126
	%	68%	59,6%	67,3%	63,6%
Nem concorda/nem discorda	N	13	21	7	41
	%	26%	21,2%	14,3%	20,7%
Total	N	50	99	49	198
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 6,172; p = 0,187$

Analisando a tabela 11, constata-se que mais de ¼ dos inquiridos (59) discorda ou nem concorda/nem discorda com a possível morte pela ingestão elevada de álcool num só dia. Ainda assim neste caso não há relação entre as variáveis ($p > 0,05$).

Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “é possível morrer de uma ingestão elevada de álcool num só dia”

“É possível morrer de uma ingestão elevada de álcool num só dia”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	37	64	38	139
	%	74%	65,3%	76%	70,2%
Discorda	N	2	12	6	20
	%	4%	12,2%	12%	10,1%
Nem concorda/nem discorda	N	11	22	6	39
	%	22%	22,4%	12%	19,7%
Total	N	50	98	50	198
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 5,159; p = 0,271$

Quase metade dos inquiridos (78), pela análise da tabela 12, acredita que podem curar uma bebida com café forte sem açúcar. No entanto, esta variável não está relacionada com o grupo.

Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à opinião sobre o falso conceito “é possível curar uma bebida com café forte sem açúcar”

“É possível curar uma bebida com café forte sem açúcar”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	7	16	3	26
	%	14%	16%	6,0%	13%
Discorda	N	25	61	36	122
	%	50%	61%	72%	61%
Nem concorda/nem discorda	N	18	23	11	52
	%	36%	23%	22%	26%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 7,176; p = 0,127$

Analisando a tabela seguinte, verifica-se que o género não tem influência sobre a opinião manifestada em relação aos falsos conceitos porque o nível de significância é em todos os casos superior a 0,05.

Tabela 13 – Resultado do nível de significância da relação entre os falsos conceitos e género

Falsos conceitos	Nível de significância em relação ao género
“as bebidas alcoólicas matam a sede”	p=0,176
“as bebidas alcoólicas são alimento”	p=0,809
“o álcool dá força”	p=0,614
“o whisky ou água ardente abrem o apetite”	p=0,980
“uma bebida alcoólica tem calorias e por isso pode engordar”	p=0,260
“o álcool é digerido como os outros alimentos”	p=0,186
“é possível morrer de uma ingestão elevada de álcool num só dia”	p=0,099
“uma pessoa pode curar a bebida com café forte sem açúcar”	p=0,985

Pela análise da tabela 14 verificamos que, existe relação entre o grupo e o consumo de bebidas alcoólicas sendo este bastante significativa ($p < 0,01$). Mais se observa que, dos consumidores, são os jovens do ensino superior que mais respondem afirmativamente (84%) ao invés do que acontece com os pais em que a maioria não é consumidora (66%).

Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação ao consumo de bebidas alcoólicas

“Consome bebidas alcoólicas?”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	25	16	33	74
	%	50%	16%	66%	37%
Sim	N	25	84	17	126
	%	50%	84%	34%	63%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 40,583; p = 0,000$$

Quanto ao consumo massivo, há uma relação bastante significativa com os grupos pois $p < 0,01$ e mais de $\frac{1}{4}$ da amostra tem um padrão de consumo tipo “binge drinking”. Dos 100% que têm este tipo de consumo apenas 6,1% pertence ao grupo pais.

Tabela 15 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, por consumo massivo

“Já alguma vez, em relação a si, aconteceu ter tido um comportamento de “binge drinking”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	36	47	45	128
	%	72%	47%	91,8%	64,3%
Sim	N	14	53	4	71
	%	28%	53%	6,1%	35,2%
Total	N	50	100	49	199
	%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 30,524; p = 0,000$$

Pela tabela 16, verifica-se que mais de metade dos inquiridos considera a aplicação de tributação sobre o álcool pouco ou nada importante. À semelhança de outras variáveis, também neste caso, não há relação desta variável com a variável grupo ($p>0,05$).

Tabela 16 – Distribuição da opinião dos inquiridos, por grupo, em relação à aplicação de tributação sobre o álcool

Aplicação de tributação sobre o álcool		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Muito importante	N	16	31	18	65
	%	32%	31%	36,7%	32,7%
Pouco importante	N	25	53	22	100
	%	50%	53%	44,9%	50,3%
Nada importante	N	9	16	9	34
	%	18%	16%	18,4%	17,1%
Total	N	50	100	49	199
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 0,911$; $p = 0,923$

Quanto à aplicação de rótulos educativos alertando para os danos, verifica-se que mais de metade da amostra classifica esta medida como muito importante embora aqui já haja uma percentagem significativa que considera esta medida pouco ou nada importante. Mas também, não há relação com a variável e o grupo ($p>0,05$).

Tabela 17 - Distribuição da opinião dos inquiridos, por grupo, em relação à aplicação de rótulos educativos que alertem para os danos causados pelo consumo

Aplicação de rótulos educativos alertando para os danos causados pelo consumo		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Muito importante	N	28	67	38	133
	%	56%	67%	76%	66,5%
Pouco importante	N	20	26	11	57
	%	40%	26%	22%	28,5%
Nada importante	N	2	7	1	10
	%	4%	7%	2%	5%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 6,592; p = 0,159$$

Na tabela 18, observa-se que, existe relação bastante significativa entre estas variáveis visto que $p=0,000$, no que diz respeito ao aumento do preço das bebidas. Porém, quase $\frac{3}{4}$ da amostra discorda desta medida (146) quando se agrupam os que discordam com os que nem concordam, nem discordam.

Tabela 18 - Distribuição da opinião dos inquiridos, por grupo, em relação ao aumento do preço das bebidas e conseqüente decréscimo do consumo

Devia-se aumentar o preço das bebidas pois, isso faria diminuir o consumo		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Concorda	N	13	20	15	48
	%	26,5%	20,4%	31,9%	24,7%
Discorda	N	22	64	12	98
	%	44,9%	65,3%	25,5%	50,5%
Nem concorda/nem discorda	N	14	14	20	48
	%	28,6%	14,3%	42,6%	24,7%
Total	N	49	98	47	194
	%	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2_{(2)} = 22,789; p = 0,000$$

Em relação às respostas de três medidas preventivas comparadas com o grupo verifica-se que não existe relação entre as mesmas e o género porque $\alpha < 0,05$ em qualquer um dos três casos.

Tabela 19 – Resultado do nível de significância entre medidas preventivas e o género

Assunto	Nível de significância em relação ao género
“Aplicação de tributação sobre o álcool”	p=0,888
“aplicação de rótulos educativos nas garrafas, alertando os danos”	p=0,317
“ Devia-se aumentar o preço das bebidas porque faria diminuir o consumo”	p=0,694

Analisando a tabela 20, observa-se que há uma relação bastante significativa entre a variável CAGE e grupo. Além disso, cerca de $\frac{1}{4}$ da amostra levanta já preocupação e dos 200 inquiridos 16 têm problema de abuso/dependência sendo que, todos esses 13 casos ocorrem nos jovens e apenas 3 no grupo pais.

Tabela 20 – Distribuição dos inquiridos em relação ao consumo excessivo resultante das respostas dadas no CAGE

CAGE		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Sem problema de abuso/ dependência (0 resposta)	N	42	45	41	128
	%	84%	45%	82%	64%
Levanta já preocupação (1 resposta)	N	7	43	6	56
	%	14%	43%	12%	28%
Com problema de dependência/abuso (2 ou mais respostas)	N	1	12	3	16
	%	2%	12%	6%	8%
Total	N	50	100	50	200
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 31,904$; p = 0,000

Na tabela 21, verifica-se que há uma relação bastante significativa ($p < 0,01$) entre ter sido sujeito a teste de alcoolemia e o grupo. Dos cerca de $\frac{1}{4}$ dos inquiridos apenas um andava no ensino secundário e 65,2% pertence ao grupo dos pais.

Tabela 21 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação à sujeição a teste de alcoolemia

“Já alguma vez esteve sujeito a um teste de alcoolemia?”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	47	82	16	145
	%	97,9%	83,7%	34,8%	75,5%
Sim	N	1	16	30	47
	%	2,1%	16,3%	65,2%	24,5%
Total	N	48	98	46	192
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 57,842; p = 0,000$

Analisando a tabela 22, também se verifica, tal como no caso anterior, uma relação bastante significativa ($p = 0,000$). Dos 47 inquiridos que fizeram o teste 7 tiveram alcoolemia superior a 0,5g/l sendo que, nenhum dos 7 casos ocorreu no grupo dos pais e houve já um caso num jovem do secundário. Os restantes casos positivos ocorreram em relação aos jovens do ensino superior.

Tabela 22 – Distribuição dos inquiridos, por grupo, em relação ao resultado do teste de alcoolemia

“Se sim, o teste foi positivo?”		Grupo			Total
		Ensino Secundário	Ensino Superior	Pais	
Não	N	0	10	31	41
	%	0%	62,5%	100%	85,4%
Sim	N	1	6	0	7
	%	100%	37,5%	0%	14,6%
Total	N	1	16	31	48
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2_{(2)} = 17,895; p = 0,000$

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO

No estudo apresentado, a maioria dos inquiridos é do sexo feminino (70,5%) e estudantes (75,5%). Dos que não são estudantes, a profissão que aparece mais frequentemente é professor. Desta amostra em estudo, quase metade tem carta de condução (49,5%), sendo que, dos condutores a maioria conduz automóveis ligeiros (91,5%) diariamente (66,3%), o que não surpreende porque $\frac{3}{4}$ da mostra é maior de idade e portanto a probabilidade de ter carta de condução é grande.

Pelos resultados apresentados, verificamos que ainda existe uma percentagem significativa dos indivíduos em estudo que referem concordar com alguns falsos conceitos (ou discordar no caso de o conceito ser verdadeiro) ou pelo menos enquadram-se na ambivalência (nem concordam, nem discordam) e portanto não sabem nomeadamente em relação aos falsos conceitos “uma bebida alcoólica tem calorias e por isso pode engordar” (39,5%); “o álcool é digerido como os outros alimentos” (36,4%), “as bebidas alcoólicas matam a sede” (32%) e “uma pessoa pode curar uma bebedeira com café forte sem açúcar” (39,0%). Este resultado em tudo se coaduna com a perspectiva de Claudino *et al.* (2007) e Cabral, Farate e Duarte (2007) ao afirmarem que o consumo de álcool está associado a falsas crenças e que estas vão passando de geração em geração, assumindo-se como prática dos comportamentos dos jovens. Num estudo feito por Morais (1998) este concluiu que, 92% do grupo de estudantes da sua amostra têm falsos conceitos e 88% dos não estudantes também. Os valores encontrados pela autora são inferiores aos de Morais (1998) mas, ainda assim, confirmam que, tal como no estudo de Morais, os “falsos conceitos” são evidentes nas respostas dos inquiridos. Contudo, os conceitos em que os inquiridos estão mais elucidados

da realidade são “as bebidas alcoólicas são alimento” e “o álcool dá força” (92,5% e 81,5% respectivamente discordam dos mesmos).

Quanto à redução da taxa de alcoolemia para grupos específicos, nomeadamente condutores de veículos de socorro e emergência e condutores de transportes escolares os inquiridos parecem perceber a importância e responsabilidade destas profissões bem como, os riscos subsequentes à condução sob o efeito de álcool pois, 81,0% concorda que a taxa seja de 0,0mg/dl neste grupo. Talvez, em relação a esta questão, os inquiridos tenham noção das perturbações surgidas com as diferentes taxas de álcool no sangue, nomeadamente as perturbações da visão, atenção, controlo da direcção e outras que Marinho (2001) apresenta. Esta percentagem vai ao encontro da ideia de que a taxa de alcoolemia de 0,0mg/dl a única segura (A. D.*, 2009). Os dados encontrados não são passíveis de ser comparados com outros estudos, pois este é muito específico no que diz respeito às questões de legislação sobre o álcool. São os pais (96%) e jovens do ensino secundário (82%) que mais estão a favor desta lei.

Todavia, quando se questiona se concorda com a redução da taxa de alcoolemia para 0,3g/l nos dois primeiros anos de carta, como aliás Robledo (2002) também sugere para Espanha, o nível de concordância já decresce ligeiramente (78,8%) em relação à questão anterior. Ainda assim, dos inquiridos apenas 21,2% discorda e 78,8% concordam com a mudança da lei. Mais uma vez, não há oportunidade de comparar estes dados com outros estudos porque este estudo é muito específico nesta temática e não foi encontrado outros semelhantes. À semelhança da questão anterior, são os pais que mais concordam com a mudança da lei (87,8%).

Na amostra estudada, encontram-se 63% dos inquiridos, isto é, mais de metade da amostra a afirmar que consome bebidas alcoólicas. Este resultado em nada parece surpreender visto que, pelos indicadores de saúde (DGS, 2009) sabe-se que entre 2005/2006 53,8% da população de Portugal consome álcool, além de que, 64% que consome está entre os 25-34 anos (DGS, 2008). Recorde-se que a média de idades deste estudo é de 26 anos. Os

resultados encontrados (63%) em tudo são semelhantes aos dados da DGS supracitados e vêm deste modo, corroborar a noção de que há efectivamente uma percentagem grande de consumidores de bebidas alcoólicas no nosso país.

É preocupante o padrão de consumo dos inquiridos pois, 35,2% dos inquiridos afirmam ter um padrão de consumo tipo “binge drinking”. E quando esta questão é feita em relação aos amigos a situação é bem mais preocupante porque 62,4% assinala que sim. A preocupação deve-se ao facto de se saber que este tipo de consumo durante a adolescência aumenta a vulnerabilidade da memória na vida adulta (White e Swartwelder, 2005). Ora, estes resultados (35,2% e 62,4%) vêm corroborar a opinião de que o consumo massivo faz parte das normas do grupo (IAS, 2004), não esquecendo que 75% da amostra deste estudo são jovens. Sabe-se que, dos jovens que têm entre 18-24 anos, 48% dos rapazes e 31% das raparigas, praticam “binge drinking” (IAS, 2004) e Vickers *et al.* (2004) afirmam que, 51% entre os 18-20 anos e 49% entre os 21-25 anos têm também um padrão de consumo massivo. Ou seja, os 35,2% de inquiridos, encontrados nesta amostra do presente estudo, e 62,4% dos amigos dos inquiridos que têm consumo massivo, mais uma vez, vai ao encontro de estudos anteriores e até neste caso ao encontro de resultados que não se verificam apenas em Portugal mas, pela Europa como o IAS apresentou. Mesmo que se queira comparar os resultados só com outro estudo português Morais (1998), no seu estudo encontrou 22% dos estudantes com consumo massivo. No caso deste estudo só em relação aos inquiridos e não aos amigos destes foram encontrados 35,2%, ou seja ainda mais 13% do que no estudo de Morais (1998) o que confirma que, tal como foi referido no enquadramento teórico, os padrões de consumo têm vindo a aumentar ao longo dos anos. Podemos verificar também, e em consonância com a literatura, que este padrão de consumo é praticado essencialmente pelos jovens – apenas 6,1% dos pais tem este padrão de consumo.

Curiosamente, quase a totalidade da amostra considera que a dimensão dos problemas ligados ao álcool é grande (95,5%) e que as bebidas alcoólicas interferem com o estado de

saúde (98,0%). Todavia, tais respostas não se compreendem atendendo por exemplo, aos resultados obtidos nas questões relacionadas com o consumo massivo e falsos conceitos. Ainda nesta perspectiva, 42,6% admite que os problemas ligados ao álcool se encontram nos cinco primeiros problemas e 43,7% classifica-os entre o quinto e décimo problemas. Parece que a amostra em estudo tem noção da dimensão das consequências que o álcool acarreta nas mais diversas vertentes (familiar, social, laboral entre outras) tal como foi abordado na fundamentação teórica. No entanto, pelo padrão de consumo, pelos falsos conceitos e resultado do CAGE que ainda se irá discutir, todas estas conclusões se desmoronam e não se compreende como é que uma população letrada (pelos menos 75% ou andam no 12º ano ou no ensino superior) e com estas noções depois no seu dia a dia não põem estes conhecimentos em prática. Numa análise superficial, parece que afinal há muito mais para trabalhar em relação ao caos do álcool do que aquilo que à primeira vista se encontra.

Quanto aos motivos que conduzem à ingestão de álcool são essencialmente o “gosto e prazer” (28,0%), por “ajudar a relaxar e desinibir” (11,0%) e para “desfrutar melhor das festas e noite” (10,5%). Ora, mais uma vez verifica-se que as crenças estão bem enraizadas. Tal como Barroso (2001) afirma, os factores motivacionais, crenças e expectativas face ao álcool interferem no consumo do mesmo. Estes resultados vão também ao encontro de estudos como os de Carvalho (1998) que, afirmam que os jovens bebem pelo prazer, gozo, relaxamento, festas e noitadas. Leite *et al.* (1998) no estudo que fizeram quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, nos estudantes da faculdade de Farmácia da UC, encontraram 91% dos estudantes a ingerir álcool para ser sociável e 62% por gosto e prazer. Embora os resultados do presente estudo tenham percentagens ligeiramente inferiores às de Leite *et al.* (1998), a verdade é que, os motivos mais enumerados são os mesmos nuns e noutros casos. Além disso, no presente estudo, alguns indivíduos responderam à opção “outra” mas ao especificarem referiram por exemplo “porque fica bem em festas” ou “porque é um acto social”, ora estas respostas poderiam perfeitamente

encaixar-se na noutras opções e já faria aproximar mais os valores do estudo de Leite *et al.* (1998).

Relativamente à alteração da venda de álcool só a maiores de 18 anos, 78% dos inquiridos concorda com esta alteração. Deste modo, parece que a alteração da lei faria todo o sentido pois além de grande parte dos inquiridos concordar, na maioria dos países europeus a idade mínima é 18 anos chegando mesmo nalguns países a ser de 20 anos (ECAS study, 2001). Além de que, como é referido no Conselho de Ministros (nº166/2000) a imaturidade orgânica para uma eficaz e completa metabolização do álcool persiste até aos 18 anos.

Dos 22,0% dos inquiridos que discordam, a justificação dada deve-se ao facto de considerarem que os jovens continuarão a beber ou que não será fácil controlar porque os mais velhos podem comprar para os mais novos o que vai ao encontro da opinião do director da associação de bares e discotecas do Porto mas que não está provado. Até porque na maioria dos países a idade legal é mesmo os 18 anos.

Quanto à redução da taxa de alcoolemia para 0,2mg/dl nos dois primeiros anos de carta mais de metade dos inquiridos concorda (70,5%). Todavia, dos que discordam 17% fá-lo por considerar que os deveres devem ser iguais para todos, ou seja, provavelmente se esta alteração não fosse restrita aos encartados nos dois primeiros anos eventualmente até concordariam. Ainda, alguns dos que discordam, consideram que este é um valor muito baixo (12%) ou consideram que ninguém vai cumprir (6%). Apenas 12% consideram que é um valor muito baixo e são apenas estes que vão ao encontro da opinião de Barbosa (2001) quando afirma que o prevaricador tanto ultrapassa os 0,2mg/dl como os 0,5mg/dl. Portanto, os discordantes estão bem longe de serem a maioria. Como já foi referido, aqui não há possibilidade destes resultados serem comparados com outros estudos com o mesmo assunto porque este é muito específico em relação à legislação. De qualquer modo, pelo que se pode perceber a maioria da amostra está aberta à alteração da legislação sobre o álcool e seria pertinente fazê-lo pois, experiências doutros países mostram que a redução

da taxa de alcoolemia tem efeitos positivos na redução do consumo de álcool e, conseqüentemente, redução dos problemas do mesmo.

Quanto às medidas preventivas que os inquiridos mais concordam são: a polícia ter maior controlo sobre a condução sob o efeito de álcool (89,7%), maiores actividades e programas de prevenção na comunidade (83,9%) e nas escolas (83,5%) e a abstinência total em mulheres grávidas (81,5%). Estes resultados são semelhantes à opinião de Calafat (2002) que alerta para a necessidade da criação de programas escolares e comunitários. Os resultados do presente estudo são similares aos encontrados por Breda (2000) num estudo que fez sobre álcool, jovens e publicidade para a prevenção pois, neste caso 87,6% considerava que se deveria informar melhor sobre os problemas ligados ao álcool, 78,4% valorizava a educação. Porém, do presente estudo 50,5% dos inquiridos discorda do aumento do preço das bebidas mas, no estudo de Breda (2000) os resultados são bastante diferentes uma vez que, 62,4% assinalaram esta medida preventiva como eficaz. O estudo da autora do trabalho em causa, revela que quando são questionadas medidas preventivas apenas educativas a população concorda e classifica-as como muito importantes. Em contrapartida, quando as medidas preventivas atingem mais directamente os consumidores e interferem neles a situação muda drasticamente – em relação ao aumento do preço das bebidas apenas 24,7% concorda. Vê-se portanto, pela lei da oferta/procura, se se aumentasse o preço, isto é reduzisse a oferta, os indivíduos iriam beber menos (porque a subida dos preços desagradava-os), ou seja diminuiria também a procura.

Quanto às medidas apresentadas como muito importantes salienta-se a educação nas escolas e comunidades informando as pessoas acerca do consumo exagerado (90,5%), o estabelecimento e reforço de leis que desencorajem simultaneamente álcool e condução (88,5%) e a proibição da venda de álcool a menores de 18 anos (86,0%). Parece pois, que existe coerência entre esta questão e a anterior. E as medidas que apresentam valores mais baixos na hipótese “muito importante” e por sua vez valores mais elevados nas opções “pouco ou nada importante” são exactamente as medidas mais restritivas nomeadamente, a

aplicação de tributação sobre o álcool (67,4%), a acessibilidade às bebidas alcoólicas (35,3%), restrições à publicidade (32,1%) entre outras. Em relação à publicidade os 67,8% dos inquiridos que consideram esta medida muito importante estão em coerência com os 76,4% dos resultados do estudo de Breda (2002). Por conseguinte, a conclusão em relação a esta questão é a mesma da anterior: quanto mais aumentam as restrições menos as pessoas concordam, ou seja reduzindo a oferta iria reduzir a procura.

Quanto à questão CAGE na alínea “já alguma vez se sentiu aborrecido por as pessoas contrariarem os seus hábitos de bebida”, 17,5% assinalou esta hipótese o que deixa alguma preocupação. Todavia, fica a dúvida se este resultado será totalmente verídico pois, por lapso na elaboração do questionário colocou-se “contrariarem os seus hábitos” ao invés de “contrariarem os seus hábitos de bebida”. Nesta questão verificamos que nas três primeiras alíneas há cerca de 10 a 15% dos inquiridos que assinalam cada uma destas alíneas. Contudo voltar-se-á a analisar melhor este assunto quando for discutida a análise inferencial.

Relativamente à sujeição ao teste de alcoolemia, apenas 24,5% foram submetidos a tal, o que vem corroborar a ideia que a polícia deveria ter mais controlo sob a condução sob o efeito de álcool e que os inquiridos do presente estudo também consideraram como muito importante. Dos 24,5% que foram submetidos 14,6% obtiveram valor positivo. A este propósito a PSP revela que 5% dos condutores envolvidos em acidentes de viação, no ano de 2006, têm taxa de alcoolemia positiva. Já em 2009, dos 3025 testes de alcoolemia realizados, 89 indivíduos (2,9%) foram autuados/detidos (30 indivíduos por apresentarem valor de alcoolemia entre 0,5g/l e 0,8g/l; 23 por terem valores entre 0,85g/l e 1,19g/l e 36 por terem valores superiores ou iguais a 1,2g/l).

Pela análise inferencial foi possível avaliar a existência ou não de relação entre as variáveis. Assim passa-se à análise de cada hipótese separadamente:

H1: Existe relação entre o grupo a que se pertence e as respostas dadas em relação aos falsos conceitos.

Esta hipótese apenas é verdadeira para os preconceitos “as bebidas alcoólicas matam a sede” e “o álcool tem calorias por isso pode engordar” pois $p < 0,05$. Nos restantes casos, as respostas não dependem do grupo ao qual o indivíduo pertence. Na análise descritiva já foi feito um relacionamento destes falsos conceitos noutros estudos e percebeu-se que ainda existem muitos indivíduos que acreditam nos mesmos.

H2: A resposta dada nos falsos conceitos está relacionada com o género.

Dos falsos conceitos enunciados em nenhum dos casos se verifica a existência de relação entre as variáveis concorda/discorda/nem concorda/nem discorda e o grupo ($p > 0,05$).

H3: As respostas atribuídas às medidas preventivas (aumento do preço das bebidas, colocação de rótulos nas garrafas e aplicação de tributação sobre o álcool) estão relacionadas com o grupo a que se pertence.

Verifica-se a hipótese para a medida preventiva sobre o aumento do preço das bebidas pois $p < 0,05$ ao passo que nas duas outras medidas $p > 0,05$ pelo que, não se verifica a hipótese. No caso do aumento do preço das bebidas a relação é mesmo bastante significativa visto que $p = 0,000$ (ou seja, $p < 0,01$). Como é natural dos discordantes são os estudantes a maior fatia pois são estes que na maioria não têm emprego logo, os seus recursos financeiros limitam-se simplesmente a mesadas e portanto visto que, os jovens são o grupo mais consumidor é natural que discordem mais desta medida que os pais pois, este têm outra autonomia financeira que não os primeiros.

H4: As respostas atribuídas às medidas preventivas (nomeadamente aumento do preço das bebidas, colocação de rótulos nas garrafas e aplicação de tributação sobre o álcool) estão relacionadas com o género.

Em nenhuma das três situações se verifica a hipótese porque $p > 0,05$.

H5: O consumo de bebidas alcoólicas está relacionado com o grupo.

O consumo de álcool tem relação com o grupo e bastante significativa porque $p < 0,01$. Mais se verifica que são precisamente os jovens (do secundário e superior) o grupo maior dentro dos que consomem. Ora estes dados sugerem da mesma forma que a literatura que são os jovens que mais consomem álcool.

H6: O padrão de consumo tipo “binge drinking” está relacionado com o grupo a que os inquiridos pertencem.

Verifica-se esta hipótese e a relação até é bastante significativa pois, como se abordou na fundamentação teórica este tipo de consumo é mais frequente entre os jovens. Recorde-se que Vickers *et al.* (2004) afirmam que 51% deste tipo de consumo ocorre nos jovens entre os 18-20 anos e 49% entre os 21-25 anos. E pelos dados do IAS (2004) observamos que com o aumento da idade o consumo massivo decresce (por exemplo nos rapazes entre os 18-24 anos o consumo é de 48% e entre os 25-30 é de 30%). Por conseguinte, a verificação desta hipótese é concorrente com dados transactos de outros estudos e não se estranha que o grupo pais apresente uma percentagem tão baixa na resposta sim a esta questão.

H7: A opinião em relação às questões relativas à alteração da legislação está relacionada com o grupo a que os inquiridos pertencem.

A hipótese apenas não se verifica na questão da redução da taxa de alcoolemia para grupos específicos (como sejam condutores de ambulância entre outros) pois $p > 0,05$. Porém, quanto a taxa de alcoolemia para 0,0mg/dl em grupos específicos já há relação com o grupo ao qual os indivíduos pertencem e até bastante significativa pois $p = 0,003$. Como se compreende, são os jovens do secundário e ensino superior aqueles que mais representam este grupo dos discordantes, porque são também aqueles que mais consomem álcool com consumo tipo “binge drinking”. Logo, é quase inevitável que se estes forem sujeitos a teste de alcoolemia, seguramente obterão valores acima do limite da criminalidade (1,2 mg/dl). Também em relação à alteração da legislação sobre idade mínima para venda de álcool

existe relação desta variável com o grupo ($p < 0,05$) e naturalmente que os pais ocupam a “fatia” mais pequena do grupo que discorda porque estes são mais velhos e terão mais noção da importância desta medida. Os jovens por sua vez são a fatia maior dos que discordam pois, alguns estão directamente implicados (nomeadamente os jovens que ainda não atingiram 18 anos) e outros pela sua juventude não entendem esta medida como importante. Quanto à proposta da redução da taxa de alcoolemia para 0,2mg/dl nos dois primeiros anos de carta a relação neste caso é bastante significativa ($p < 0,01$) o que não surpreende porque aqui atinge especificamente os que estão dentro dos dois primeiros de carta ou que virão a estar, e serão claro está na maioria os mais jovens. Por isso do grupo discordante os pais apresentam apenas uma percentagem de 10%. De qualquer forma, como tivemos hipótese de verificar na análise descritiva, a maioria concordam com qualquer uma das propostas de lei sugeridas neste questionário.

H8: Os resultados do CAGE estão relacionados com o grupo a que os inquiridos pertencem.

Admite-se a hipótese e até é bastante significativa pois, $p > 0,01$. Neste caso, pela análise da tabela relativa a este assunto, verificamos que existem mais de 1/4 da amostra que já levantam alguma preocupação porque assinalaram uma das alíneas e dos 16 casos com problema de dependência/abuso um pertence a um jovem do ensino secundário, três ao grupo dos pais e os restantes 12 casos encontram-se nos jovens do ensino superior. Não admira estes resultados, antes pelo contrário, se se recordar que são os jovens o grupo onde a ingestão de muitas bebidas em curto espaço de tempo é mais frequente, estes resultados tornam-se facilmente compreensíveis. Tal como na literatura apresentada, os jovens são os indivíduos que mais preocupação levanta em relação ao álcool. Além disso, no trabalho de Carvalho (2010) encontrou-se 14% dos estudantes em risco e 6% com problema/abuso de álcool na aplicação do CAGE. O presente estudo apresenta valores próximos pois, 28% (56 inquiridos) levanta já preocupação e 8% (16 indivíduos) tem mesmo

problema de dependência/abuso. Recorde-se também que a população dependente ronda os 10%. Significa assim que, os dados obtidos corroboram os já existentes.

H9: Existe relação ter sido sujeito a teste de alcoolemia e o grupo a que os indivíduos pertencem.

Verifica-se a hipótese 9 e a relação é bastante significativa porque $p < 0,01$. Neste caso, são os jovens do ensino superior e os pais a maior “fatia” dos que estiveram sujeitos a teste de alcoolemia (apenas há um caso positivo entre os jovens do secundário) uma vez que será nestes dois grupos que existirão mais condutores, quanto mais não seja pela idade mínima para obter carta de condução.

H10: Existe relação em ter valor positivo no teste de alcoolemia e o grupo ao qual o inquirido pertence.

Efectivamente há relação entre estas duas variáveis e bastante significativa porque $p < 0,01$. Curiosamente do grupo em que o resultado foi negativo a maior “fatia” são os pais (75,6%) e dos que tiveram valor positivo não aconteceu em nenhum pai (0), apenas um caso nos jovens do secundário e todos os restantes (6) nos jovens do ensino superior.

2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

De acordo com a Fortin (1998), além da discussão dos resultados, devem ser referidos os limites que o investigador reconhece no seu estudo. No decorrer da investigação foram perceptíveis determinados limites conceptuais e metodológicos.

Uma dificuldade sentida foi o facto de não existirem nenhuns resultados nacionais conhecidos sobre a opinião destas questões da legislação. Daí a dificuldade em interpretar os resultados obtidos, visto não existir termo de comparação.

A nível metodológico deparou-se vários limites interdependentes entre si: o processo de amostragem, o escasso tempo disponível para a realização da colheita de dados e a possibilidade de existência tendenciosa da resposta.

O tempo disponível para a recolha de dados foi muito escasso em consequência do atraso subsequente aos pedidos de autorização, mas com o esforço foi possível contornar todos os obstáculos e constituir uma amostra de dimensão considerável.

Pelo facto de se estar a abordar um assunto “novo” foi elaborado um instrumento de colheitas de dados constituído por questões fechadas e semi-abertas, o que poderá ter levado os sujeitos da amostra a assinalar não as respostas em função do que realmente pensam mas sim as socialmente correctas.

Além disso, é importante assinalar, o facto de a autora ser investigadora principiante, com todas as “resistências” inerentes a tal facto. Apesar da inexistente experiência em trabalhos de investigação, a sua elaboração constituiu um período de descoberta e crescimento, para os quais foi fundamental o apoio incondicional dos orientadores e de alguns docentes do curso base da investigadora.

CONCLUSÃO

O consumo de álcool como podemos verificar ao longo deste trabalho é uma realidade bem presente de tal modo que se tem tornado num verdadeiro problema de saúde pública e bastante oneroso e penoso para a sociedade.

Deste modo, pareceu pertinente (e os resultados assim o provam) a elaboração de um trabalho que desenvolvesse assuntos ainda pouco abordados no âmbito da prevenção (redução da oferta) – no caso através da legislação. Assim, foi desenvolvido um estudo descritivo-correlacional através de um questionário aplicado a 100 estudantes do ensino superior, 50 pais de alunos do ensino secundário e 50 estudantes do ensino secundário do distrito de Coimbra.

Ao longo do trabalho foi construído um suporte teórico que serviu de base a esta investigação. Após a colheita de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico, análise e discussão. E para concluir este trabalho torna-se pertinente salvar as conclusões que emergem do mesmo.

Está-se perante uma amostra que maioritariamente é estudante (50,5%), grande parte tem carta de condução (49,5%) e conduz com frequência diária (66,3%) na maioria automóveis ligeiros (91,5%). Está-se, também, perante uma amostra onde há uma grande percentagem de consumidores (63%) e em que a maioria são exactamente os jovens.

Verificou-se que as crenças estão ainda bem enraizadas na amostra em estudo rondando os 40% sobretudo nos enunciados “o álcool é digerido como os outros alimentos”, “o álcool tem calorias e por isso pode engordar”, “as bebidas alcoólicas matam a sede” e “é possível morrer de morrer de uma ingestão elevada de álcool num só dia”. Já os preconceitos que mais discordam são “as bebidas são alimento” e “o álcool dá força”.

Quanto à redução da taxa de alcoolemia para 0,0mg/dl e 0,3mg/dl em grupos específicos há efectivamente uma abertura grande da amostra para avançar com estas propostas (81% e 78,8% respectivamente concordam).

Encontrou-se também uma amostra que em relação a si próprio admite de uma forma discreta, mas que não deixa de ser preocupante, que pratica “binge drinking” (35%) todavia, quando a questão é feita em relação aos amigos a percentagem sobe consideravelmente (61,5%). Fica a curiosidade – será que não há amigos entre os respondentes?! Ou simplesmente eles próprios não são capazes de admitir o seu consumo massivo?!

Mais curioso é encontrarmos bons resultados para a classificação dos problemas ligados ao álcool (85% dos inquiridos responderam ou entre os primeiros 5 problemas ou entre o 5º e 10º problema). Além disso, 95% dos inquiridos considera a dimensão dos problemas ligados ao álcool grande e 98% acha que estes interferem com o estado de saúde. Se a amostra reconhece a dimensão do problema porque será que continua então a ter um comportamento pouco prudente em relação a tal? Será que apenas o gosto e o prazer (apresentado como o maior motivo para beber – 28%) são assim tão motivantes que faça prevalecer os prejuízos aos benefícios? Ou será que efectivamente, apesar de estarmos perante uma amostra letrada e consciente da gravidade da situação, ainda necessita de alguns esclarecimentos nomeadamente em relação às crenças?

Em relação àquilo que era a base deste estudo, também na maioria os inquiridos concordam com a possível alteração das leis (78% considera que se deve aumentar a idade para a venda de álcool só a maiores de 18 anos e 70,5% concorda que a taxa deva reduzir para 0,2mg/dl nos dois primeiros anos de carta).

Em relação às medidas preventivas aquelas em os inquiridos mais concordam e que rondam os cerca de 70% e 85% são as relativas à educação nas escolas e comunidade. Porém, quanto às medidas preventivas que são mais restritas e interferem de uma forma mais directa com os mesmos as percentagens baixam significativamente, por exemplo

apenas 24,7% discorda do aumento do preço das bebidas. O mesmo se passa em relação à importância atribuída às medidas preventivas, por exemplo, sobre a aplicação de tributação sobre o álcool pois, 67,4% dos inquiridos consideram esta medida pouco ou nada importante.

Relativamente ao CAGE há efectivamente uma percentagem relativa que assinala pelo menos uma alínea (28%) e 8% apresenta problemas de dependência/abuso.

Da amostra em estudo 24,5% já esteve sujeito a teste de alcoolemia e desses 7 inquiridos tiveram valor positivo sendo que 6 dos casos foram em estudantes do ensino superior, não tendo ocorrido nenhum caso positivo no grupo país.

Quanto às hipóteses estabelecidas no geral aquelas que são validadas por $p < 0,05$ fazem todo o sentido. Por exemplo no caso de “binge dinking” é compreensível que esteja relacionado com o grupo pois, em toda a Europa é no grupo dos jovens que mais se verifica este padrão de consumo. Nas hipóteses relativas em relação aos preconceitos verifica-se que quase todas não têm relação com o grupo nem com o género, o que leva a crer que os falsos conceitos estão mais ou menos igualmente distribuídos pelos três grupos. Já em relação às propostas de alteração de leis observa-se o contrário uma vez que em quase todas há relação com o grupo e nalguns casos até bastante significativo.

Em suma, na amostra em estudo consta-te que grande parte são consumidores de bebidas alcoólicas, há uma percentagem significativa e preocupante que tem como padrão de consumo “binge drinking” e onde os falsos conceitos também estão enraizados, além de 8% levantar problema de dependência/abuso. Estas conclusões vêm assim justificar a alteração da legislação e a pertinência deste trabalho. Se por um lado a amostra em estudo tem estes aspectos por outro, está ao mesmo tempo consciente dos problemas ligados ao álcool e da interferência destes com a saúde, além de que apresenta abertura suficiente para a alteração da legislação uma vez que, a maioria concorda com as propostas apresentadas.

O importante, quer para o indivíduo, quer para a sociedade, em termos de saúde pública e bem-estar social, é quanto menos álcool melhor pois, quanto maior for o consumo maiores são os riscos de consequências nefastas e a ingestão de bebidas alcoólicas é um comportamento perigoso. Portanto, importa investir na alteração da legislação com vista a ganhos em saúde.

Importa pois, investir mais na prevenção (redução da oferta), nomeadamente através da legislação, conjugando dinâmica e interacção entre os múltiplos profissionais e forças vivas da comunidade de modo a obter resultados positivos. É preciso desconstruir crenças, é preciso criar alternativas, é preciso regular de forma mais eficiente as leis.

Gostaria contudo de ressaltar a oportunidade que este estudo se revelou para o meu crescimento pessoal e profissional.

Como sugestão, parece-me pertinente que se avance com alteração de pelo menos estas duas leis abordadas no trabalho, até porque em 27 de Abril do corrente ano este assunto voltou aos jornais e foi dito na sic notícias que a próxima revisão do código da estrada aconteceria até ao final do ano, e que à posterior se comparem resultados para ver a efectividade dos mesmos. Seria também pertinente alargar a maior número de indivíduos os temas piloto aqui abordados a fim de verificar até que ponto esta pequena amostra pode ser representativa de toda a opinião dos cidadãos. Seria também pertinente aplicar este questionário a jovens do secundário com idade inferior a 18 anos a fim de perceber o impacto da mudança da lei em relação à alteração da idade mínima para venda de álcool.

BIBLIOGRAFIA

☞ ANTUNES, M^a Teresa Calvário – Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas.

Referência. Coimbra. ISSN 0874-02-83. Nº 1 (Set. 1998), p. 29-39.

☞ AFONSO DE DEUS, Alberto – **O Alcoolismo: uma forma de desistência de vida**. 2002.

☞ AUSTRALIAN DRUG FOUNDATION – **The facts about “binge drinking”**. [Em linha]. 1:10 (Nov. 2002). [Consult. 03 Mar. 2005]. Disponível em WWW:URL:<http://www.drug.inf.adf.org.an.pt>>.

☞ A.D. – **Plano Nacional para a resolução de problemas ligados ao Álcool 2009-2012**. Janeiro, 2009. [em linha] [consult. A 23 de Fev. 2009]. Disponível em WWW<URL:<http://www.idt.pt>>.

☞ A. D. * - **Açores quer reduzir a taxa de alcoolemia**. Janeiro, 2009. [em linha] [consult. A 13 de Mar. 2009]. Disponível em WWW<URL:<http://diario.iol.pt/noticias/açores-condutores/alcoolemia/html>>.

A.D.** - **Restrição da venda de álcool “impraticável” nas discotecas**. Fevereiro 2009. [em linha] [consult. A 15 de Mar. 2009]. Disponível em WWW<URL:<http://www.forumgnr.virtuaboard.com/html>>.

☞ ASVALL, J. E. – **European Alcohol Action Plan 2000-2005** [Em linha]. World Health Organization, 2000. [Consult. 17 Mar. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.pt>.

☞ BALSÀ, Casimiro – **Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal, 2007**. Lisboa, 2008. IDT, IP. ISBN 978-972-9345-66-1.

☞ BAPTISTA, Rui Negrão – **A Representação Social do Consumo de Bebidas Alcoólicas em Estudantes do Ensino Superior de Coimbra**. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Coimbra, 2004.

☞ BROWN, Sandra A.; TAPERT, Susan F. – A adolescência e a trajetória no consumo de álcool: o essencial para os estudos clínicos. *In Cérebro Toxicodependente*. Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na toxicodependência, comentários e controvérsias. Vol. 1. Nº 2, Dez. 2005, Dep. Legal 228136/05. p. 5-10.

☞ BARBOSA, Carlos – **Redução da taxa de álcool para recém-encartados não terá efeito**. [em linha] [consult. A 23 de Fev. 2009]. Disponível em WWW<URL:http://www.trajet.lu>.

☞ BARROSO, Teresa Maria – **Prevenção do Alcoolismo nos Jovens: o papel da escola**. *Cidade Solidária*. Ano IV, nº 6. 2001.

☞ BARROSO, Teresa Maria – **Álcool e Jovens Estudantes: estudo exploratório sobre hábitos de consumo e percepção de risco em estudantes de enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Toxicodependências e Patologias Psicossociais Coimbra, 2003.

☞ BARROSO, Teresa Maria – Álcool e Comportamentos de Risco em Jovens Estudantes. **Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

☞ BLOS, Peter – **Adolescência uma intervenção psicanalítica**. 2.ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

☞ BORGES, Sandra; CORREIA, Zulmira – Álcool e Adolescência. **Nascer & Crescer**. Porto. ISSN 0872-0754. Vol.10, nº 4 (Dez. 2001), p. 285-289.

☞ BREDA, João – Breve história, do alcoolismo e da abordagem dos problemas ligados ao álcool numa perspectiva de saúde pública em Portugal. **Revista Portuguesa de Nutrição**. Vol.6, nº 1 (Jan./Abr. 1994), p. 33-40.

☞ BREDA, João – Álcool jovens e publicidade: Implicações para a prevenção. **Boletim CRAC**. Ano IV, nº10 (Abr. 2000), p. 13-16.

☞ BRUGUÉ, Miguel Casas; FRAILE, Miguel Gutiérrez; MOLINA, Luis San – **Psicopatología y Alcoholismo**. Barcelona: ediciones en neurociências. 1ª ed. 1994. ISBN 84-88648-03-0.

☞ CABRAL, Lúcia do Rosário – **Alcoolismo Juvenil**. Millenium, Revista do ISPV [Em linha] nº 30 (2004), p. 172-186. [Consult. 15 Fev. 2005] Disponível em WWW:URL:<http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/default.htm> pt>.

☞ CABRAL, Lúcia do Rosário; FARATE, Carlos Manuel da Cruz; Duarte, João Carvalho – Representações sociais sobre o álcool em estudantes do ensino superior. II série, nº 4, (4 Junho 2007). **Referência.** ISSN 0874- 0283.

☞ CALAFAT, A. – Estrategias Preventivas del abuso de alcohol. Valência: **Pascual, Torres e Calafat.** ISSN 0214-4840.Vol.14, suplemento 1 (2002).

☞ CARVALHO, António M^a Romeiro – Alcoolismo na juventude e nas escolas portuguesas: a festa, o risco e a transgressão. **O Professor.** ISSN 0870-814X. III Série, nº 39 (Jul. Agost. 1994), p. 59-62.

☞ CARVALHO, António M^a Romeiro – Os Jovens, a Escola e o Álcool ou a Cultura Nacional de uma Doença. **O Professor.** Lisboa. ISSN 0870-841X. II Série, nº 62 (Out./Dez. 1998). p. 26-35.

☞ CARVALHO, Francisco Neves – **Hábitos Alcoólicos do mestrado em medicina da Universidade da Beira Interior.** Dissertação de Mestrado. Covilhã, 2010.

☞ CAVADAS, Verónica J. P. B. A. S. – **O álcool na adolescência: estudo numa população escolarizada.** Outubro 1991. Dissertação de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

☞ CLAUDINO, J.; et al. – Hábitos e crenças sobre o consumo de álcool. Ano 71, nº 278 (Out./Dez.), 2007. **Hospitalidade.** ISSN 0871-0090.

☞ COELHO, Manuel Pinto – Prevenção + Fiscalização: eis a solução (III). Ano 6, nº 68. (Jun. 2003) **Medicina e Saúde**.

☞ CORDEIRO, Mário – Ainda (ou novamente) o álcool. **Pais & Filhos**. Nº 104 (Set. 1999), p. 90-91.

☞ DECRETO-LEI nº 330/1990 « **D. R. I Série** » 245 (90-10-23) 4353-4357.

☞ DECRETO-LEI nº 2/1998 « **D. R. I Série** » 81 (98-01-03)

☞ DECRETO-LEI nº 9/2002 « **D. R. I Série** » 20 (02-01-24) 483-486.

☞ DECRETO-LEI nº 332/2001 «**D. R. I Série**» 296 (01-12-24) 8410-8411.

☞ DGS – **Estatísticas: Portugal Saúde: indicadores básicos 2005**. Lisboa, Maio, 2008. [Consult. 18 Out. 2010] Disponível em WWW:URL:<http://www.dgs.pt>>.

☞ DGS – **Elementos Estatísticas: Informação Geral Saúde/2007**. Lisboa, Julho, 2009. [Consult. 18 Out. 2010] Disponível em WWW:URL:<http://www.dgs.pt>>.

☞ DEJONG, William – You Talking' to me? U.S.: **Department of Education's Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention**, 2003.

☞ DAUER, Alicia Rodriguez-Martos – **Manual de Alcoholismo para el médico de cabecera**. Barcelona: Salvat editores, S.A. 1989. ISBN 84-345-2957-2

☞ DIAS, Claudia; *et al.* – Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabacoo e de álcool dos adolescentes portugueses. Vol. 26, nº 2 (Jul/Dez), 2008. **Revista Portuguesa de Saúde**. ISSN 0870-9025.

☞ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Bebidas Alcoólicas e Saúde: Programa de Promoção e Educação para a Saúde. **Manual da Educação e Administração Regional de Saúde do Algarve**. 1993. Depósito Legal 7211/12/93.

☞ EDWARDS, Griffith et al. – **Resumo da política do álcool e o bem comum: um guia de acção**. WHO, Eurocare-europa. Dez., 1997.

☞ ELLICKSON, Phyllis; *et al.* – Estudo prospectivo ao longo de 10 anos dos problemas de saúde pública associada com inicio da ingestão alcoólica precoce. **Pediatrics – American Academy of Pediatrics**. ISSN 0872-332X. Vol. 11, nº 6 (Jun. 2003), p.283-291.

☞ ESTRUCH, R. – Efectos del alcohol en la fisiologia humana. Valência: **Pascual, Torres e Calafat**, 2002. Vol.14, suplemento 1. ISSN 0214-4840.

☞ FLEMING, Manuela; AGUIAR, Ana Isabel – A Saída de Casa e o Processo de Autonomia em Jovens Universitários e seus Pais. **Psicologia**. Vol. 8, nº 3 (1992), p. 329-337.

☞ FERREIRA, Joaquim Armando G.; MEDEIROS, M^a Teresa; PINHEIRO, M^a do Rosário – A Teoria de Chickering e o Estudo do Ensino Superior. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano XXXI – 1,2,3 (1997), p. 139-164.

☞ FERREIRA, Licínia Maria Bogalho Simões Pinto – **Bebidas Alcoólicas e os Adolescentes Escolares**. Dissertação de Mestrado em Coimbra, 2002.

☞ FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

☞ GAMEIRO, Aires – Repetições destrutivas preocupantes. **Servir**. ISSN 0871/2370. Vol. 50, nº 6 (Nov.-Dez. 2002).

☞ GARCÍA, Sempre A.; PORTELLA, E. – Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España . Valência: **Pascual, Torres e Calafat**. ISSN 0214-4840. Vol.14, suplemento 1, (2002).

☞ GIL, António Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 2.^aed. São Paulo: Editora Atlas, 1989. 91 p. ISBN 85-224-0489-5.

☞ GIL, António Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4.^aed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1995. ISBN 85-224-10410.

☞ GIL, António Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.^aed. São Paulo: Editora Atlas, 1999. ISBN 85-224-2270-2.

☞ GOMES, Idalina Aurora; SANTOS, Silva – Alcoolismo na Adolescência – que intervenção? **Nursing**. ISSN: 0871-6196. Ano 12, nº 136 (Set. 1999).

☞ GRIFFITH, Edwards; MALCOLM, Lader - A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Artes médicas, 1994. 101-111 p.

☞ GUIMARÃES, António *et al.* – Evolução dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em alunos de estabelecimento de ensino do concelho de Vila Verde entre 1998 e 1999. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 21, nº 2 (Abr.-Jun. 2000).

☞ HACKAUF, Horst – **Determinantes da Saúde na U.E.: Tendências da Saúde nos Jovens no Interior da Europa Unificada**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000. ISBN 972-9425-82-7.

☞ HARPER, Clive; MATSUMOTO, Izuru – Etanol e o dano cerebral. *In Cérebro Toxicodependente*. Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na toxicodependência, comentários e controvérsias Dep. Legal 228136/05. Vol. 1. Nº 2, (Dez. 2005), p. 13-18.

☞ HUNGLER, B.; POLIT, D. – **Investigación Científica em Ciências de la Salud**. 2.^aed. [S.l.]: Interamericana Mcgraw-Hill, 1985. ISBN 968-25-1070-8.

☞ IAS – **“Binge drinking”: Nature, Prevalence and Causes**. [Em linha]. Institute of Alcohol Studies: 22 Sept. 2004 [Consult. 03 Mar. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ias.org.uk>.

☞ IAS* – **“Binge drinking”: Medical and Social Consequences**. [Em linha]. Institute of Alcohol Studies: 22 Sept. 2004 [Consult. 03 Mar. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ias.org.uk>.

☞ INE – **Anuário Estatístico da Região Centro 2003**. Direcção Regional de Centro, 2004.
ISSN 08725-5055.

☞ KIRITZÉ - TOPOR, Paul; BENÁRD, Yves – **Guia Prático de Alcoologia**. Lisboa:
Climepsi editores, 1ª ed. Dez. 2007. ISBN 978-972-796-289-1.

☞ LEITE, R. *et al.* – Consumo de bebidas Alcoólicas em Estudante da Faculdade de
Farmácia da Universidade de Coimbra. **Boletim CRAC**. Ano II, nº 6 (Dez. 1998).

☞ MATOS, M.; Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde – **A Saúde dos Adolescentes
Portugueses (Quatro Anos Depois)**. Lisboa: Edições FMH, 2003. Dep. Leg. 195459/03.

☞ MATOS, Margarida Gaspar de; CARVALHOSA, Susana Fonseca – **Prevenção de
consumos – Programas de Intervenção: Consumo de Substâncias: Tabaco, Álcool e
Drogas**. [Em Linha]. Lisboa: Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana. 2003
[Consult. a 4 Abr. 2005]. Disponível em WWW:<URL: [http://www. II Congresso Hosp-
Port_Psicologia_Gaspay y Fonseca.htm](http://www.II_Congresso_Hosp-Port_Psicologia_Gaspay_y_Fonseca.htm)>.

☞ MARINHO, Rui Tato – Opinião e Debate: Perspectiva média sobre a taxa de alcoolémia
de 0,2%. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa. (2001), p. 471-485.

☞ MELLO, M^a Lucília Mercês de – Bebidas Alcoólicas. **Boletim CRAC**. Ano I, nº 1 (Abr.
1997), p.2.

☞ MELLO, M^a Lucília Mercês de – **O Álcool e o Alcoolismo**. Coimbra: Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1995. Dep. Leg. 91214/95.

☞ MELLO, M^a Lucília Mercês de; BARRIAS, José; BRENDA, João – **Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001. ISBN 972-9425-93-0.

☞ MELLO, M^a Lucília Mercês de *et al.* – **Manual de Alcoologia para o Clínico Geral**. Coimbra: Delagrangue, 1988.

☞ MENARD, Joel *et al.* – **Health Determinants in the E.U.**. Évora Conference Proceedings. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000. ISBN 972-9425-81-7.

☞ MENDES, João Paulo. Diário de Notícias. **Bares não conseguem aplicar lei de álcool** [em linha] – 9 fev. 2009 [consult. A 23 Fev. 2009]. Disponível em WWW<URL:<http://www.forumgnr.virtuaboard.com>>.

☞ MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional da Saúde 2004-2010: orientações estratégicas, mais saúde para todos**. 2004.

☞ MORAIS, M. - **Consumo de bebidas alcoólicas nos jovens: contributo para o estudo do padrão de consumo e determinantes numa população do Norte de Portugal**. Dissertação de Mestrado, FMUC, Coimbra, Portugal, 1997.

☞ MORAIS, Carlos – Consumo de Álcool e suas repercussões na Saúde Pública. **Boletim CRAP**. Ano 8, nº 19, 20, 21 (Set. 1999), p. 5-12.

☞ MORAIS, M^a Carminda Soares – Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Jovens Contribuindo para o Estudo Padrão de Consumo de Determinantes numa população do Norte de Portugal. **Boletim CRAC**. Ano 2, nº 5 (Set. 1998), p. 3-7.

☞ NAGEL, Bonnie J. et al. – Volume hipocâmpio reduzido em adolescentes com distúrbios por consumo de álcool sem comorbilidade psiquiátrica. *In Cérebro Toxicodependente*. Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na toxicodependência, comentários e controvérsias. Dep. Legal 228136/05. p.30-37. Vol. 1. Nº 2, (Dez. 2005).

☞ NIAAA - How does alcohol affect the world of a child?. **PDF Updated**. Niit Publications. ISSN 95-4670. (Jan. 2005).

☞ NIAAA – **Understanding: Underage Drinking** [Em linha]. Bethesda, 2004. [Consult. 20 Fev. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.niaa.nih.gov>.

☞ NETO, Domingues; SILVA Ana Vieira da – **Problemas do Álcool**. Centro Regional de Alcoologia do Sul [Em linha], actual. 2000. [Consult. 26 Fev. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.cras.min-saude.pt/Brochura.pdf>.

☞ OBSERVATOIRE Français des Drogues et des Toxicomanies. Consommations de substances psychoactives chez les 14-15 ans scolarisés: premières résultats de l'enquête ESPAD 1999. Evolution 1993-1999. **Tendances**. Nº 6 (Fév. 2000).

☞ O'HARE, Thomas – Alcohol expectancies and excessive drinking contexts in young adults. **Social work research**. Vol. 22, nº 1 (Mar. 1998), p. 44-50.

☞ O.E.D.T. – **A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega** [Em Linha]. [Consult. 17 Mar. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://ar2003.emedda.eu.int/pt.html>.

☞ PASCUAL, Pasteur F. – Imagen Social de las bebidas alcohólicas. Valência: **Pascual, Torres e Calafat**. ISSN 0214-4840. Vol.14, suplemento 1. (2002).

☞ PASCUAL*, Pasteur F. – Percepcion del alcohol entre los jóvenes. Valência: **Pascual, Torres e Calafat**. ISSN 0214-4840. Vol.14, suplemento 1 (2002).

☞ PEREIRA, Gina – **Governo quer baixar taxa de alcoolemia**. Jornal de Notícias. [Em linha] [Consult. 10 Fev. 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://jn.sapo.pt/paginainicial/>

☞ PEREIRA, M^a Manuela – Consumo de Álcool na Adolescência e Relações Parentais. **Interacções**. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, (Out. 2003). ISSN 0873-0725. N^o 5, p. 179-188.

☞ PINTO, Augusto – Um olhar sobre problemas ligados ao álcool. Cd do CRAC.

☞ PINTO, Augustos F. P. – Álcool, entre o gosto e o desgosto, o drama português. **Cadernos de Bioética**. Edição do Centro de Estudos de Bioética. Dep. Leg. 113965/97. Ano XI, n^o 25 (Abr. 2001), p. 63-75.

☞ PRAZERES, Vasco – **Saúde dos Adolescentes: princípios orientadores**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998. ISBN 972-9425-61-2.

☞ PORTARIA, nº 390/2002 «**D. R. I Série**» 85 (02-04-11) 3551-3553.

☞ RAMOS, Isabel – Existem Muitos Alcoólicos na Faixa Etária dos 20 Anos. **Medicina & Saúde**. Lisboa. Dep. Leg. 117692/97. Ano 1, nº 2 (Dez. 1997), p. 52-53.

☞ RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 166/2000 «**D. R. I Série**» 276 (00-11-29) 6837-6841.

☞ RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 40/1999 «**D. R. I Série**» 107 (99-05-08) 2398.

☞ RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA nº 76/2000 «**D. R. I Série**» 267 (00-11-18) 6584.

☞ ROBLEDO, T. – Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcohólicas en España y Europa. Valência: **Pascual, Torres e Calafat**. ISSN 0214-4840. Vol.14, suplemento 1. (2002).

☞ ROCHETA, Teresa – Os nossos adolescentes estão a beber demais. **Pais & Filhos**. Lisboa. Nº 36 (Jan. 1994), p.46-48.

☞ ROMANO, Ana; RAINHO, Conceição – Factores Associados ao Consumo de Bebidas Alcoólicas em Adolescentes que frequentam uma Escola de Ensino Secundário de S. Pedro

(Vila Real). **Toxicodependência**. Edições SPTT. ISSN 0874-4890. Vol. 8, nº 3 (2002), p. 47-52.

☞ SAMPAIO, Daniel – **Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio**. 10.^a ed. Lisboa: Editorial Caminhos, 2000.

☞ SÁNCHEZ, Pardo L. – Consumo alcohólico en la población española. Valência: **Pascual, Torres e Calafat**. ISSN 0214-4840. Vol.14, suplemento 1. (2002).

☞ SÁNCHEZ*, Pardo L. – Consumo de alcohol en la población juvenil. Valência: **Pascual, Torres e Calafat**. ISSN 0214-4840. Vol.14, suplemento 1, (2002).

☞ SÁNCHEZ**, Pardo L. – Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites. Valência: Pascual, Torres e Calafat. ISSN 0214-4840. Vol.14, suplemento 1, (2002).

☞ SAÚDE DISCOVERY – **Alcoolismo** [Em linha], actual. 2001. [Consult. 20 Fev. 2005]. Disponível em Disponível em WWW:<URL:<http://www.saude.discovery.com>>.

☞ SEQUEIRA, António Manuel Almeida Tavares – Consumo de álcool nos jovens estudantes e percepção de risco. Nursing. Nº 208, Março, 2006.

☞ TROTA, Rogério Altisent *et al.* – Guias de Educação e Prevenção da Saúde. Coimbra: DGS, 2001. ISBN 972-9425-92-2 ☞ VAGERÖ, Danny – **Health Determinants in the E. U.** Évora Conference Proceeding. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000. ISBN 972-9425-81-7.

☞ VICKERS, Kristin S. *et al.* – “binge drinking” in Female College Students: The Association of Physical Activity, Weight Concern and Depressive Symptoms. **Journal of American College Health**. American. Vol. 53, nº 3 (Nov.-Dez. 2004), p. 133-140.

☞ WHITE, Aaron M. e SWARTZWELDER, H. Scott – Efeitos do álcool relacionados com a idade na memória e função cerebral relacionados com a memória em adolescentes e adultos. *In Cérebro Toxicodependente*. Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na toxicodependência, comentários e controvérsias. Vol. 1. Nº 2, Dez. 2005, Dep. Legal 228136/05. p. 59-67.

☞ WINDLE, Michael – Alcohol Use Among Adolescents and young Adults. **Alcohol Research and Health**. Vol. 27, nº 1 (2003).

☞ **WORLD DRINK TRENDS, 2005**. World Advertising Research Center. 2005. ISBN 1-84116-170-5.

☞ ZEIGLER, Donald W. *et al.* – Os efeitos neurocognitivos do álcool nos adolescentes e estudantes universitários. *In Cérebro Toxicodependente*. Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na toxicodependência, comentários e controvérsias. Vol. 1. Nº 2, Dez. 2005, Dep. Legal 228136/05. p. 40-48.

APÉNDICES

APÊNDICE I – Questionário “Legislação e álcool. Opiniões e contradições”

FILIPA RAQUEL CARTAXO DOS SANTOS

LEGISLAÇÃO E ÁLCOOL.
OPINIÕES E CONTRADIÇÕES

Coimbra, Janeiro de 2010

Filipa Raquel Cartaxo dos Santos, enfermeira a exercer funções no serviço de Medicina 3 homens nos Hospitais da Universidade de Coimbra, vem solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário realizado no âmbito do mestrado de saúde pública, realizado na faculdade de Medicina de Coimbra.

Este questionário faz parte de um estudo que está a ser realizado, sobre as leis associadas ao álcool e a sua opinião sobre as mesmas, bem como em relação à prevenção. Toda a informação que nos possa fornecer poderá ser usada na elaboração de programas que visem a melhoria da sua saúde.

Pede-se que responda de forma atenta e sincera. O questionário é absolutamente anónimo e estritamente confidencial.

Muito obrigado pela sua colaboração

Sobre si, diga-nos:

1 – Sexo: Masculino Feminino

2 – Idade em anos: _____

3. Qual a sua profissão actual? _____

4. Tem carta de condução? Sim Não

4.1. Que tipo de veículos conduz?

Motociclos Automóveis ligeiros Automóveis pesados de mercadorias Automóveis pesados de passageiros outro especifique: _____

4.2. Com que frequência conduz?

a) Pelo menos uma vez por semana

b) Diariamente

c) Só aos fins de semana

5. Expresse a sua opinião em relação às seguintes afirmações (assinale com uma cruz):

	Concorda	Discorda	Nem concorda nem discorda
“as bebidas alcoólicas matam a sede”			
“as bebidas alcoólicas são alimento”			
“o álcool dá força”			
“o whisky ou aguardente abrem o apetite”			
“uma bebida alcoólica tem calorias e por isso pode engordar”			
“o álcool é digerido como os outros alimentos”			
“é possível morrer de uma digestão elevada de álcool num só dia”			
“uma pessoa pode curar a bebedeira com café forte sem açúcar”			

6. Em relação à sinistralidade rodoviária manifeste a sua opinião em relação às seguintes medidas preventivas:

	Concorda	Discorda
Reduzir para 0,0g/l o valor máximo de alcoolémia para os condutores de veículos de socorro e emergência e de transportes escolares.		
Reduzir para 0,3g/l o valor máximo de alcoolémia nos condutores de veículos ligeiros de transporte público e aluguer e pesados de passageiros ou mercadorias e titulares com menos de 2 anos de habilitação legal para conduzir qualquer veículo motorizado.		

7. Consome bebidas alcoólicas? Sim Não

8. Actualmente assistimos a um padrão de consumo de álcool muito frequente, designado “binge drinking” (isto é, a ingestão de 5 ou mais bebidas seguidas). Em relação a si isto já alguma vez aconteceu? Sim Não

9. E com os seus amigos/colegas? Sim Não

10. Na sua opinião, a dimensão dos problemas ligados ao álcool é grande? Sim Não

11. Considera que a ingestão de bebidas alcoólicas interfere com o estado de saúde?

Sim Não

12. Em relação aos vários problemas de saúde qual a importância que atribui aos problemas ligados ao álcool, diga-nos em que “patamar” os classifica:

- a) nos primeiros 5 problemas ;
- b) entre o 5º e 10º problema ;
- c) entre o 10º e 15º problema ;
- d) abaixo do 15º problema .

13. Se costuma ingerir bebidas alcoólicas assinala a principal razão porque o faz.

- a) “porque gosto e me dá prazer” ;
- b) “porque em casa e no grupo de amigos fui habituado a beber” ;
- c) “para poder desfrutar melhor das festas e da noite” ;
- d) “porque todos os meus amigos o fazem” ;
- e) “porque as bebidas são um complemento alimentar” ;
- f) “porque me torno mais atraente para o sexo oposto” ;
- g) “ajuda-me a relaxar e desinibir” ;
- h) “porque me ajuda a relacionar melhor com os outros” ;
- i) Outro. Especifique: _____

14. Concorda com a possível alteração da lei da venda de álcool só a maiores de 18 anos, ao invés dos 16 anos ainda em vigor?

- Sim Não

14.1. Se respondeu não, indique os motivos pelos quais discorda.

- a) os jovens vão continuar a beber noutros locais
- b) não será fácil ter controlo sobre a vendas de bebidas alcoólicas, porque os mais velhos podem vir comprar por eles
- c) outra: especifique _____

15. Concorda com a possível alteração da lei sobre a redução da taxa de alcoolémia de 0,5mg/dl para 0,2mg/dl nos dois primeiros anos de carta de condução?

- Sim Não

15.1. Se respondeu não, indique os motivos, pelos quais discorda:

- a) Ninguém vai cumprir ;
- b) É um valor muito baixo ;
- c) Os deveres devem ser iguais para todos independentemente dos anos de condução ;
- d) Outras: especifique _____ .

16. Em relação às seguintes afirmações assinala a expressão que melhor traduz a sua opinião:

	Concordo	Discordo	Nem concordo nem discordo
As escolas e comunidade deveriam controlar mais o consumo de bebidas pelos jovens.			
A polícia deveria controlar mais a condução sob o efeito de álcool.			
Deveria existir mais actividades e programas de prevenção do consumo excessivo de álcool nas escolas.			
Deveria existir mais actividades e programas de prevenção do consumo excessivo de álcool na comunidade.			
Devia-se aumentar o preço das bebidas porque isso faria diminuir o consumo.			
A abstinência devia ser total nas mulheres grávidas.			

17. Em relação às seguintes estratégias para dar resposta aos problemas ligados ao álcool manifeste a sua opinião quanto à importância que cada estratégia assume.

	Muito importante	Pouco importante	Nada importante
Aplicação de tributação (que implicaria a subida dos preços e impostos sobre as bebidas) sobre o álcool.			
Influenciar a acessibilidade física ao álcool, nomeadamente idade mínima legal para beber, restrição nos horários ou dias de venda, treino de empregados, tipo ou o local de postos de venda.			
Educação nas escolas e na comunidade, informando as pessoas acerca do consumo exagerado.			
Aplicação de rótulos educativos nas bebidas alertando para os danos causados pelo seu consumo, à semelhança do tabaco.			
Proibir a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 ou adultos notoriamente embriagados ou com patologia mental			
Colocar em prática as restrições à publicidade e particularmente a aplicação de multas a publicidades direccionadas a jovens nomeadamente que relacionem os desportos e álcool.			
Promover ambientes protegidos de violência e outras consequências nefastas relacionadas com o consumo de álcool.			
Estabelecer e reforçar leis que desencorajem com eficácia a condução e o consumo simultâneo de álcool.			
Apoiar organizações particulares e movimentos de solidariedade social a promover modelos de vida saudáveis, sobretudo que previnam ou reduzam situações de alcoolismo.			

18. Na questão que se segue assinala aquela (s) que é (são) afirmativa(s) em relação a si:

- a) Alguma vez sentiu que devia reduzir o seu consumo de vinho ou de outras bebidas alcoólicas?
- b) Já alguma vez se sentiu aborrecida por as pessoas contrariarem os seus hábitos?
- c) Já alguma vez se sentiu mal consigo próprio ou se pensou culpado por causa dos seus hábitos de bebida?
- d) Já alguma vez tomou uma bebida alcoólica logo pela manhã para acalmar os nervos ou para se ver livre de uma sensação de ressaca?

19. Alguma vez já esteve sujeito a um teste de alcoolémia?

Sim Não

19.1 Se respondeu sim diga se o valor foi positivo.

Sim Não

APÊNDICE II – Pedido de autorização aos pais

Filipa Raquel Cartaxo dos Santos, enfermeira a exercer funções nos Hospitais da Universidade de Coimbra – no serviço de Medicina Interna (unidade A), vem pedir a sua colaboração para a realização de um estudo a jovens do ensino secundário e seus pais no âmbito da sua dissertação de mestrado intitulada “Legislação e álcool. Opiniões e contradições.”

Assim, solicita a vossa excelência que se digne autorizar o preenchimento do inquérito por parte do seu filho (a) e que o respectivo encarregado responda também ao questionário. Note que os questionários são absolutamente anónimos e confidenciais e os resultados que daí advirem serão utilizados exclusivamente para programas que visem a melhoria da saúde.

Eu, _____
encarregado de educação, autorizo o preenchimento do inquérito por parte do meu (minha) filho (a).

Grata pela sua colaboração,

(Filipa Santos)

APÊNDICE III – Pedido de autorização às diferentes entidades (AAC e DREC)

Exmo Sr. Presidente da Associação Académica de Coimbra

Filipa Raquel Cartaxo dos Santos, enfermeira a exercer funções nos hospitais da Universidade de Coimbra e a frequentar o mestrado de saúde Pública na Faculdade de medicina de Coimbra, vem pedir uma autorização (que aliás já foi dada verbalmente pelo anterior presidente Sr. Jorge Serrote) para realização de questionários no âmbito da sua dissertação de mestrado a jovens universitários a realizar na associação. O questionário é sobre o tema “Legislação e Álcool. Opiniões e Contradições”.

Desde já grata pela sua atenção,

Filipa Santos



Procurar e-mail Pesquisar na web Mostrar opções de pesquisa Criar um filtro

Escrever e-mail

Letras Monobloco Pvc Sintra - pai.pt/reclamos-luminosos-neolux - Procura Reclamos em PVC? Contacte-nos para mais informações!

Sobre este

Entrada (38)

- Buzz
- Enviados
- Rascunhos
- Pessoal
- Viagem
- Mais 7

Contatos

Tarefas

Bate-papo

Procure ou convide

- Filipa Santos
- "A riqueza de um Ho...
- Filipe Castilho
- Marcelo Manata
- "Tenho apenas duas
- Ana Rita Silva
- Um céu complementa
- ana.anitaj
- augusto pinto
- PAULO SERGIO BEN...
- Pedro Pedro
- Sandra Reis
- Sofia
- Tixa

Opções Adicionar contato

Convide um amigo Enviar convite do Gmail para:

Enviar convite 50 restante(s)

Visualizar convite

« Voltar para Caixa de entrada Arquivar Denunciar spam Excluir Mover para Marcadores Mais ações

« Próxi

Realização de Inqueritos Entrada X

Administrador AAC para mim

mostrar detalhes 23 fev (6 dias atrás)

Boa Tarde Segue o presente email para informar vossa excelência que o seu pedido foi deferido. Deste modo, gostaríamos apenas de solicitar a vossa excelência que nos possa indicar a data de realização desses inqueritos.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade

Sem outro assunto de momento Com as mais cordiais, Saudações Académicas

Joel Oliveira Administrador Direcção-Geral AAC TM: + 351 91 90 00 011 Email: administracao@academica.pt

Responder Encaminhar

Filipa Santos para Administrador

mostrar detalhes 24 fev (5 dias atrás) Responder

Bom dia, agradeço desde já a vossa disponibilidade e rapidez na resposta ao meu pedido. Quanto à data de realização dos inqueritos já ocorreu visto que quando eu pedi a autorização ao presidente anterior esta foi-me dada verbalmente e foi-me dito que podia começar a fazer os inqueritos quando quisesse mesmo sem a autorização por escrito e por isso assim o fiz. Contudo, eu precisava de um documento escrito para colocar no corpo da dissertação e daí ter-vos dirigido o pedido novamente. O que vos posso informar foi a data em que ocorreram que foi a 9 de Fevereiro do corrente ano. Atenciosamente, Filipa Santos.

Em 23 de fevereiro de 2010 16:13, Administrador AAC <administracao@academica.pt> escreveu:

- Mostrar texto das mensagens anteriores -

Responder Encaminhar

« Voltar para Caixa de entrada Arquivar Denunciar spam Excluir Mover para Marcadores Mais ações

« Próxi

Encaminhe suas mensagens do Gmail a outra conta de e-mail automaticamente. Saiba mais

Você está usando 356 MB (4%) de 7428 MB no momento.

Última atividade da conta: 5 dias atrás com este IP (193.164.0.63). Detalhes

Gmail - Visualização: Padrão | Desativar bate-papo | Desativar buzz | Versão antiga | HTML básico Saiba mais

©2010 Google - Termos de Serviço - Política de Privacidade - Política de Privacidade do Google Buzz - Página inicial do Google



Escrever e-mail

Entrada (38)

- [Buzz](#)
- [Enviados](#)
- [Rascunhos](#)
- [Pessoal](#)
- [Viagem](#)
- [Mais 7 ▾](#)

[Contatos](#)

[Tarefas](#)

[Bate-papo](#)

[Procure ou convide](#)

Filipa Santos

- "A riqueza de um Ho...
- Marcelo Manata**
- "Tenho apenas duas mã...
- Ana Rita Silva**
- Um céu complementam...
- ana.anitaj**
- augusto pinto**
- PAULO SERGIO BEN...**
- Pedro Pedro**
- ramosnatercia**
- Sandra Reis**
- Sofia**
- Tixa**

[Opções](#) [Adicionar contato](#)

[Convide um amigo](#)

Enviar convite do Gmail para:

[Enviar convite](#) 50 restante(s)

[Visualizar convite](#)

Precisa de dinheiro? - www.BarclaysFinance.pt - Tenha até 20 000€ na sua conta em 48 horas. Pré-aprovação on-line.

[Sobre este](#)

[« Voltar para Caixa de entrada](#) | [Arquivar](#) | [Denunciar spam](#) | [Excluir](#) | [Mover para](#) | [Marcadores](#) | [Mais ações](#)

[« Próxi](#)

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0071500002

Entrada x

[Nova je](#)

mime-noreply@gepe.min-edu.pt para mim

[mostrar detalhes](#) 8 fev

[Responder](#)

[Imprimi](#)

[Expans](#)

[Encami](#)

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0071500002, com a designação *Legislação e álcool. Opiniões e contradições*, registado em 27-10-2009, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exma. Senhora Dra. Filipa Raquel Cartaxo dos Santos

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Almeida

Subdirectora Geral

DGIDC

Observações:

- 1 - Tem de pedir autorização aos pais.
- 2 - A DGIDC está ininteressada nos resultados desta investigação pelo que, quando o estudo estiver finalizado, solicita-se o envio de um exemplar com os resultados.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

[Responder](#) [Encaminhar](#)

Filipa Santos Grata pela informação. Assim que o estudo for concluído serão de imediato env...

8 fev

postmaster@rae.me para mim

[mostrar detalhes](#) 8 fev

[Responder](#)

This is an automatically generated Delivery Status Notification.

Delivery to the following recipients failed.

- [Mostrar texto das mensagens anteriores](#) -

Final-Recipient: rfc822:mime-noreply@gepe.min-edu.pt

Action: failed

Status: 5.1.1

----- Mensagem encaminhada -----

From: Filipa Santos <filpacartaxo8@gmail.com>

To: mime-noreply@gepe.min-edu.pt

Date: Mon, 8 Feb 2010 20:12:50 +0000

Subject: Re: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0071500002

Grata pela informação. Assim que o estudo for concluído serão de imediato enviados os respectivos resultados, conforme me está a ser pedido. Bem haja, Filipa Santos.

Em 8 de fevereiro de 2010 16:19, <mime-noreply@gepe.min-edu.pt> escreveu:

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0071500002, com a designação *Legislação e álcool. Opiniões e contradições*, registado em 27-10-2009, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exma. Senhora Dra. Filipa Raquel Cartaxo dos Santos

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Almeida

Subdirectora Geral

[Roupa Q](#)
 Pague mer
 marca! Ou
 já.
 ModaDesc

[Prémios](#) |
 Ganha ent
 participar r
 www.Opini

[Tealt](#)
 Trabalhos
 Telecomur
 Formaça
 www.tealt.j

[Lê aqui a](#)
 Todos os s
 Faz a leitu
 www.blinkc

[Mais Infor](#)
 Legislação
 Bolsa De E
 Estudo Acc
 Educação