



**“Consumo de Álcool: da experimentação precoce ao consumo de risco”**

**Lídia Susana Mendes Moutinho**

**Orientador (es):** Professora Doutora Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes

Professor Doutor Manuel José Lopes

**Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem**

**2018**



com a colaboração



**“Consumo de Álcool: da experimentação precoce ao consumo de risco”**

**Lídia Susana Mendes Moutinho**

**Orientador (es):** Professora Doutora Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes

Professor Doutor Manuel José Lopes

**Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem**

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa.

Vogais:

- Doutor Luís Octávio de Sá, Professor Auxiliar  
Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto;
- Doutora Maria Teresa Ferreira Moreira, Professora Auxiliar  
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa;
- Doutora Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes, Professora Coordenadora  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Doutora Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso, Professora Adjunta  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Professora Catedrática  
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa;
- Doutor Armando José Pinho Pereirinha, Professora Associado  
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;



## **Agradecimentos**

À Professora Orientadora Aida Cruz Mendes, por ter aceitado este desafio, pela confiança depositada e por me fazer crescer em cada tomada de decisão na escolha do caminho a seguir.

Ao Professor Manuel Lopes pelos valiosos ensinamentos.

A todos os que participaram neste estudo, foram eles que o tornaram possível, expressando por isso a todos a minha mais profunda gratidão.

Aos meus amigos agradeço todo o apoio, compreensão e os preciosos reforços positivos que foram mantendo a vontade de continuar.

Um sentido e profundo reconhecimento ao António, ao Ricardo e ao meu filho Rodrigo pelo apoio incondicional e incentivo ao longo destes anos, pelos sacrifícios e a paciência a que esta dissertação e o seu atribulado trajeto os obrigaram.

## Resumo

O consumo de álcool é um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. De acordo com os dados apresentados pela OMS em 2014 sobre o consumo de álcool, continua a verificar-se uma maior prevalência de consumidores do sexo masculino, apesar de se constatar um aumento do consumo no sexo feminino, paralelamente a diversas mudanças de comportamento de género que têm ocorrido na sociedade nas últimas décadas. A mesma fonte alerta para as alterações que o consumo de bebidas alcoólicas tem vindo a apresentar, como por exemplo, no que se refere à idade de experimentação, ao tipo de bebidas consumidas e padrão de consumo, em especial pelo aumento de *binge drinkers*. Também em Portugal, pelo menos desde 1999, se pode identificar uma tendência de alteração no sentido das apresentadas pela OMS no que se refere ao consumo de álcool, nas novas formas de beber, nos novos consumidores de bebidas alcoólicas e na idade de início de consumo. A tendência para uma igualização no padrão de consumo entre os sexos é particularmente preocupante quanto é conhecida uma maior vulnerabilidade feminina para o uso de álcool. Assim e com o objetivo de compreender o impacto das alterações nos padrões de consumos identificados desde o final da década de 90 e os fatores de vulnerabilidade pessoais para este tipo de consumo realizou-se a presente investigação. Para alcançar este objetivo foram realizados dois estudos. O Estudo A, de natureza quantitativa descritivo e correlacional teve como objetivo identificar os padrões de consumo dos jovens adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos em processo educativo formal, profissional ou académico, do concelho de Lisboa; o Estudo B, de natureza qualitativa, visou compreender a trajetória de vida das pessoas com consumo de risco desde a experimentação até à atualidade. Os indivíduos identificados com perfil de risco no Estudo A constituíram a amostra do Estudo B.

Concluiu-se que 1/5 da amostra não consome bebidas alcoólicas e que 89,20% apresenta consumos sem riscos para a saúde. No entanto, 61,26% dos participantes que consomem álcool apresentam um consumo de risco, do tipo *binge drinking*. A variável pessoal sentido de coerência mostrou-se influenciadora destes resultados.

A análise das trajetórias daqueles que apresentaram padrões de consumo mais graves (consumo nocivo e dependência) mostrou idades de experimentação precoces. O facto de a experimentação acontecer cedo na vida destes participantes, e de uma tendência para a igualização entre os sexos, traduz-se em carreiras de consumo diferentes das encontradas

no passado e onde são evidentes outro tipo de consequências sociais, tais como as disrupções familiares.

Este estudo salienta a importância das primeiras experiências de consumo e para o papel que o álcool assume na interação social. Mostra, também, a importância da família e da rede social na aprendizagem dos consumos de bebidas alcoólicas sem riscos para a saúde e da relevância de fatores pessoais tais como o sentido de coerência na prevenção de comportamentos que coloquem a saúde em risco.

As alterações no padrão de consumo de bebidas alcoólicas identificadas nas últimas décadas realçam a necessidade de serem realizadas intervenções que visem a prevenção do consumo desta substância desde idades muito precoces, devendo também prolongar-se pelas etapas de vida seguintes. Estas, deverão incluir além dos serviços de saúde, outros elementos da sociedade de que é exemplo a escola, uma vez que esta é um contexto de importante interação durante um período alargado da vida.

Palavras-chave: Álcool, sentido coerência, *binge drinking*, jovens adultos

## **Abstract**

Alcohol consumption is among the major public health issues worldwide. The World Health Organization (WHO) 2014 report showed a higher prevalence of alcohol consumption among men, despite the increase in alcohol consumption among women. In addition, several changes in gender behavior have occurred in the society over the past decades. The same report pointed out changes in alcohol consumption, namely regarding the age of drinking onset, the type of drinks, and the consumption pattern, and emphasized the increasing number of heavy episodic drinkers. Similar changes have occurred in Portugal, at least since 1999, concerning alcohol consumption levels and patterns, the emergence of new alcohol users, and the age of drinking onset. The closing gender gap in the drinking patterns is worrying because women are more vulnerable to alcohol-related harm. Therefore, this research was conducted with the purpose of understanding the impact of the changing consumption patterns since the late 1990s and identifying individual vulnerability factors for this type of consumption. Two studies were conducted: a quantitative, descriptive, correlational study - Study A - aimed at identifying consumption patterns among young adults (aged between 20 and 35 years) who were attending an education institution (vocational training or university education) in the municipality of Lisbon; and a qualitative study - Study B - aimed at describing harmful drinkers' life trajectory since experimentation until the present. The sample in Study B was composed of individuals identified as being at risk in Study A.

In the sample of Study A, a fifth of the participants were abstainers and 89.20% showed low-risk drinking patterns. However, 61.26% of the participants who drank alcoholic beverages were heavy episodic drinkers. The personal variable "sense of coherence" influenced these results.

The analysis of the trajectories of drinkers with more severe consumption patterns (harmful consumption and dependence) showed that they started to drink at an early age. The early experimentation with alcohol, along with the closing gender gap in alcohol-related behaviors, translates into different consumption trajectories from those found in the past. These new drinking patterns have resulted in further social consequences, such as family disruption.

This study underlines the impact of the first drinking experiences and the role played by alcohol in social interaction. It also shows the importance of family and social networks in

learning risk-free alcohol-related behaviors, as well as the relevance of personal factors, such as the sense of coherence, in the prevention of harmful drinking patterns.

The changes in the pattern of alcohol consumption over the past decades put into evidence the need for interventions aimed at the prevention of alcohol consumption at very early ages, which should extend to the next life stages. These interventions should involve not only health care professionals, but also the society in general. Schools are particularly important to the extent that they are key settings of social interaction for an extended period of time.

Keywords: Alcohol, sense of coherence, binge drinking, young adults

## **INDICE**

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Lista de Siglas e Abreviaturas</b>   | <b>VI</b>   |
| <b>ÍNDICE TABELAS</b>   | <b>VIII</b> |
| <b>ÍNDICE FIGURAS</b>   | <b>X</b>    |
| <b>ÍNDICE QUADROS</b>   | <b>XII</b>  |
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>21</b>   |
| <b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>  | <b>29</b>   |
| <b>CAPÍTULO I – TRANSIÇÕES</b>  | <b>30</b>   |
| <b>1.1 A experiência de transições como teoria de médio alcance em enfermagem</b>                           | <b>31</b>   |
| <b>CAPÍTULO II - DA EXPERIMENTAÇÃO AO CONSUMO DE RISCO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS: COMPREENDER UMA TRANSIÇÃO</b> | <b>38</b>   |
| <b>2.1 Natureza da transição</b>  | <b>41</b>   |
| <b>2.2 Condições da transição</b>   | <b>45</b>   |
| 2.2.1 Condicionantes pessoais da transição  | 45          |
| 2.2.2 Condicionantes comunitários da transição – Família e amigos   | 60          |
| 2.2.3 Condicionantes sociais da transição   | 62          |
| <b>2.3 Os indicadores de processo e de resultado esperados</b>  | <b>63</b>   |
| 2.3.1 Indicadores processuais   | 64          |
| 2.3.2 Indicadores de resultado  | 64          |
| <b>2.4 Intervenções de enfermagem</b>   | <b>65</b>   |
| <b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>   | <b>72</b>   |
| <b>CAPÍTULO III – OBJETIVOS E MÉTODOS</b>   | <b>73</b>   |
| <b>3.1 Questão e objetivos da Investigação</b>  | <b>73</b>   |
| <b>3.2 Desenho do estudo</b>  | <b>74</b>   |
| <b>3.3 Procedimentos ético</b>  | <b>75</b>   |

## CAPÍTULO IV – ESTUDO A

|   |    |
|---|----|
| <i>Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em jovens adultos, com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos em processo educativo formal, profissional ou académico, do concelho de Lisboa</i> | 76 |
| <b>4.1 Metodologia</b>  | 76 |
| 4.1.1 Participantes   | 76 |
| 4.1.2 Variáveis em estudo e sua operacionalização   | 78 |
| 4.1.2.1 Variáveis sociodemográficas   | 77 |
| 4.1.2.2 Variáveis desenvolvimentais   | 77 |
| 4.1.2.3 Consumo de álcool   | 78 |
| 4.1.2.4 Sentido de coerência  | 78 |
| 4.1.3 Instrumentos de medida  | 78 |
| 4.1.4 Hipóteses   | 81 |
| 4.1.5 Procedimento de análise dos dados   | 81 |
| <b>4.2 Resultados</b>   | 82 |
| 4.2.1 Análise descritiva  | 82 |
| 4.2.1.1 Caracterização da amostra   | 82 |
| 4.2.1.2 Avaliação do consumo de álcool  | 83 |
| 4.2.1.2.1 Caracterização do consumo   | 83 |
| 4.2.1.2.2 Sintomas sugestivos de dependência de consumo de álcool   | 85 |
| 4.2.1.2.3 Problemas causados pelo consumo de álcool   | 88 |
| 4.2.1.2.4 Padrão de consumo de bebidas alcoólicas determinado pelo valor do AUDIT- C  | 90 |
| 4.2.1.2.5 Consumo de bebidas alcoólicas determinadas pelo valor do <i>score</i> total do AUDIT. Determinação do nível de risco  | 90 |
| 4.2.1.3 Medida do Sentido de Coerência  | 92 |
| 4.2.2 Estudo da relação entre as variáveis – Teste de hipóteses   | 93 |
| 4.2.2.3 Estudo da relação entre o consumo de álcool e o sexo  | 93 |
| 4.2.2.4 Estudo da relação entre o consumo de álcool e o tipo de ensino frequentado  | 97 |
| 4.2.2.5 Estudo da relação entre o consumo de álcool e a residência habitual durante os períodos letivos   | 98 |

|  |   |            |
|--|---|------------|
| 4.2.2.6                                    | Estudo da relação entre as consequências do consumo de álcool e o sexo      | 99         |
| 4.2.2.7                                    | Estudo da influência do sentido de coerência (SC)                           | 101        |
| 4.2.2.7.1                                  | Relação entre o SC e a Idade  | 101        |
| 4.2.2.7.2                                  | Relação entre o Sentido de Coerência e o sexo                               | 101        |
| 4.2.2.7.3                                  | Relação entre o sentido de coerência e tipo de formação frequentado         | 103        |
| 4.2.2.8                                    | Estudo da relação entre o consumo de álcool e o SC                          | 105        |
| <b>4.3</b>                                 | <b>Discussão</b>  | <b>109</b> |
| <b>CAPÍTULO V - ESTUDO B</b>               |   |            |
|  | <i>Consumo de álcool - As trajetórias de vida dos consumidores de risco</i> | 127        |
| <b>5.1</b>                                 | <b>Metodologia</b>  | 128        |
| 5.1.1                                      | Participantes   | 128        |
| 5.1.2                                      | Processo de recolha de dados  | 129        |
| 5.1.3                                      | Processo de análise de dados  | 130        |
| <b>5.2</b>                                 | <b>Resultados</b>   | 132        |
| 5.2.1                                      | Como se inicia: A experimentação  | 135        |
| 5.2.2                                      | A trajetória: Percurso  | 138        |
| 5.2.3                                      | Ponto da situação: O consumo atual  | 147        |
| 5.2.4                                      | Síntese das entrevistas   | 151        |
| <b>5.3</b>                                 | <b>Discussão</b>  | 153        |
| 5.3.1                                      | Experimentação  | 153        |
| 5.3.2                                      | Percurso e consumo actual   | 156        |
| 5.3.2.1                                    | Percurso dos consumos de risco  | 156        |
| 5.3.2.2                                    | Percurso do consumo nocivo  | 167        |
| 5.3.2.3                                    | Percurso de Dependência   | 171        |
| 5.3.3                                      | Síntese   | 174        |
| <b>CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO INTEGRATIVA</b> |   |            |
| <b>6.1</b>                                 | <b>Vulnerabilidade feminina</b>   | <b>185</b> |
| <b>CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO</b>            |   |            |
| <b>7.1</b>                                 | <b>Implicações para a prática</b>   | <b>193</b> |
| <b>7.2</b>                                 | <b>Limitações do Estudo</b>   | <b>196</b> |
| <b>7.3</b>                                 | <b>Sugestões para futura investigação</b>                                   | <b>196</b> |

**ANEXOS**

**Anexo I – Autorização da Comissão de Ética**

**Anexo II – Instrumentos utilizados na recolha de dados do Estudo A**

**Anexo IV – Unidades de registo das entrevistas**

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

APA - American Psychological Association

AUDIT - The Alcohol Use Disorder Identification Test

CID-10 - 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Comp - Compreensibilidade

DALYs - Disability Adjusted Life Years

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Desvio Padrão

DSM-5 - Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição

ECTAD - European School Survey on Alcohol and Other Drugs

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

INE - Instituto Nacional de Estatística

INMLCF- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

F - Valor de One-way Anova

GABA - Ácido Gama-aminobutírico

gl - Graus de liberdade

Ks - Teste da Normalidade Kolmogorov-Smirnov

M - Média

Man- Maneabilidade

Max - Valores Máximos

Min - Valores Mínimos

N - Número de Participantes

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Valor da significância

$\rho$  (rho spearman) - Valor da Correlação

SC - Sentido de Coerência

SC Tot - Sentido de Coerência Total

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Signif - Significabilidade

SPSS - Statistical Package for Social Sciences 23

t - Teste t

TAS - Taxa de Álcool no Sangue

U - Teste U MannWhitney

WHO - World Health Organization

$\chi^2$  - Teste de Independência do Qui-quadrado

## ÍNDICE TABELAS

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 1 – Dados demográficos da amostra   | 82  |
| Tabela 2 – Sentido de Coerência total (SC Total), Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Mane) e Significabilidade (Signif): Média (M), Desvio Padrão (DP), valores mínimos (Min) e valores máximos (Máx)   | 92  |
| Tabela 3 – Existência de consumos de risco identificados pelo <i>score</i> total do AUDIT e tipo de ensino frequentado   | 97  |
| Tabela 4 - Residência habitual durante os períodos letivos e consumos de risco de álcool   | 98  |
| Tabela 5 – Relação entre a existência de consequências do consumo de álcool identificadas pelo AUDIT e Sexo: Número de participantes (N), Posto Médio (Posto Médio), valor do teste U Mann-Whitney (U) e valor da significância (p)  | 99  |
| Tabela 6 - Correlação entre a idade e o Sentido de Coerência (SC Total) e as dimensões que o constituem, Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Man) e Significabilidade (Signif) e valor da significância (p)  | 101 |
| Tabela 7 - Relação entre o Sexo e o Sentido Coerência total (SC Total) e a dimensão Maneabilidade (Man): Média (M), Desvio Padrão (DP), valor do test t (t) e valor da significância (p)   | 102 |
| Tabela 8 - Relação entre Sexo e as dimensões Compreensibilidade e Significabilidade: Número de participantes (N), Posto Médio (Posto Médio), valor do teste U Mann-Whitney (U) e valor da significância (p)  | 102 |
| Tabela 9 - Relação entre Sentido de Coerência Total (SC Total) e Maneabilidade (Man) e tipo de ensino frequentado: Média (M), Desvio Padrão (DP), valor do test t (t) e valor da significância (p)   | 103 |
| Tabela 10 – Relação entre as dimensões Compreensibilidade e Significabilidade e o tipo de ensino frequentado: Número de participantes (N), Posto Médio (Posto Médio), valor do teste U Mann-Whitney (U) e valor da significância (p)   | 104 |
| Tabela 11 - Relação entre o padrão de consumo (AUDIT-C) e o Sentido de Coerência Total (SC Tot), e as dimensões que o constituem, Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Man) e Significabilidade (Signif): valor da correlação (p), valor da significância (p) e Número de participantes (N) | 107 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 12 – Correlação entre o <i>binge drinking</i> e o Sentido de Coerência Total (SC Tot), e as dimensões que o constituem, Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Man) e Significabilidade (Signif): valor da correlação ( $\rho$ ), valor da significância ( $p$ ) e Número de participantes (N) | 108 |
| Tabela 13 – Caracterização dos participantes aos quais foi realizada entrevista  | 132 |

## ÍNDICE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Modelo de Transições em Enfermagem, adaptado de Meleis <i>et al</i> (2000)   | 34 |
| Figura 2 - Tipos de consumo de álcool e suas inter-relações (Van Dijk, 1979)  | 42 |
| Figura 3 - Modelo concetual das Intervenções de Enfermagem da Transição da experimentação para o consumo de risco de bebidas alcoólicas, adaptado do Modelo das Transições de Meleis e do Modelo Ecológico de Brofenbrenner | 68 |
| Figura 4 - Frequência do consumo de bebidas alcoólicas (N=259)  | 84 |
| Figura 5 - Número de bebidas alcoólicas ingeridas num dia normal em que se verifique o consumo de álcool (N=209)  | 84 |
| Figura 6 - Frequência do consumo de 6 bebidas ou mais numa ocasião no último ano (N=209)  | 85 |
| Figura 7 - Incapacidade de interromper o consumo de álcool após ter iniciado o seu consumo no último ano (N=209)  | 86 |
| Figura 8 - Incapacidade de cumprir tarefas esperadas após o consumo de álcool no último ano (N=209)   | 87 |
| Figura 9 - Ingestão de bebidas alcoólicas pela manhã para alívio de mau estar por ter bebido no dia anterior (N=209)  | 87 |
| Figura 10 - Sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido no último ano (N=209)   | 88 |
| Figura 11 - Frequência de incapacidade de recordar ocorrências devido ao consumo de álcool no último ano  | 89 |
| Figura 12 - Episódios de dano no próprio ou em terceiros causados pelo consumo de álcool  | 89 |
| Figura 13 - Sugestão de terceiros de que devia parar de beber nos últimos 12 meses  | 90 |
| Figura 14 - Grupos de Risco identificados através do AUDIT  | 91 |
| Figura 15 - Valores do AUDIT-C distribuídos por sexos   | 94 |
| Figura 16 - Grupos de risco para o consumo de bebidas alcoólicas identificados pelo AUDIT distribuídos por sexos  | 94 |
| Figura 17 - Consumo de 6 bebidas ou mais numa ocasião no último ano por sexo (N=209)  | 95 |
| Figura 18 - Média de <i>binge drinking</i> por grupo de risco   | 96 |

|  |     |
|--|-----|
| Figura 19 - Média de SC total segundo o nível de risco           | 105 |
| Figura 20 - Média de Compreensibilidade segundo o nível de risco | 106 |
| Figura 21 - Média de Significabilidade segundo o nível de risco  | 107 |
| Figura 22 - Processo de constituição do grupo de participantes   | 128 |

## **ÍNDICE QUADROS**

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 1 – Grelha de análise: Etapas da trajetória de consumo de álcool | 133 |
|---|-----|

## INTRODUÇÃO

As técnicas de produção e o consumo de álcool são desde há muito praticadas pelo Homem. Inicialmente a sua produção estava restrita à fermentação natural ou espontânea de alguns produtos vegetais tendo-se verificado a sua expansão a partir da descoberta da destilação. Mais tarde, já no século XIX, fenómenos como a industrialização expandiram a produção e o consumo de álcool, ao mesmo ritmo que se desenvolveu a sociedade de consumo no século XX. A utilização do álcool é muito vasta indo desde a utilização em bebidas alcoólicas, na indústria farmacêutica, solvente químico ou ainda como combustível. O seu consumo começou por estar associado a rituais culturais e religiosos assumindo, ao longo do tempo, novos contextos de utilização. As descrições de comportamentos de risco associados ao consumo excessivo são encontradas desde que se conhece a sua utilização nas bebidas alcoólicas.

Atualmente, reconhece-se que o consumo de álcool é um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. Em 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes foram atribuídas ao consumo de álcool sendo que 7,6% de mortes de indivíduos do sexo masculino e 4,0% do sexo feminino tiveram esta origem (WHO, 2014). Apesar da maior prevalência de consumo nos indivíduos do sexo masculino, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a maior vulnerabilidade feminina para esta substância, uma vez que se tem vindo a constatar um aumento dos consumidores do sexo feminino em paralelo com o desenvolvimento económico e com as mudanças de papéis habitualmente atribuídos a cada um dos sexos (Lyons & Willot, 2008; Grucza, Bucholz, Rice & Bierut, 2008; Wilsnack, Wilsnack & Kantor, 2013).

A OMS (2014) revela ainda que a nível global, os indivíduos com mais de 15 anos bebem em média 6,2 litros de álcool puro por ano o que se traduz em 13,5 gramas de álcool puro por dia, existindo uma percentagem de 16% de *binge drinkers*. Refere ainda, que as bebidas alcoólicas mais consumidas mundialmente são as bebidas destiladas (50,8%) seguidas da cerveja, apesar de, na Europa, a bebida mais consumida continuar a ser o vinho.

Os dados apresentados no relatório da OMS em 2014 sobre o consumo de álcool, alertam para alterações do padrão de consumo de bebidas alcoólicas que se irão traduzir

em novas consequências a nível da saúde pública. Ao consumo de álcool são atribuídas mais de 200 doenças sendo também uma importante causa para o número de anos de vida ajustados por incapacidade (Disability Adjusted Life Years - DALYs). Em 2012 cerca 5,1% da carga global de doenças e lesões, medidos em DALYs foi atribuído ao consumo de álcool (WHO, 2014). Globalmente denotou-se um aumento de DALYs e de mortes atribuídas ao consumo de álcool entre 1990 e 2010 (Lim *et al.*, 2012) sendo este o principal fator de morte e incapacidade na faixa etária compreendida entre os 15 e os 49 anos (WHO, 2014). Os efeitos do consumo são mais pronunciados no número de indivíduos com doenças neuropsiquiátricas associadas ao consumo de álcool do que na mortalidade. Apesar disso, na faixa etária dos 20-39 anos, cerca de 25% do total de mortes estão relacionadas com o consumo de álcool (WHO, 2014).

As alterações no sexo e na idade dos consumidores irão ter repercussões a nível da taxa de natalidade (Popova *et al.*, 2013) e nos problemas de saúde apresentados pela população.

Apesar de este ser um problema de saúde global, a sua expressão é diferente de região para região, entre os países e dentro de cada país. A Europa continua a ser o território mundial onde se verificam os maiores consumos de bebidas alcoólicas. No entanto o consumo de álcool neste continente é bastante heterogéneo entre os diferentes países que o constituem. Nos países nórdicos e na Europa Oriental assiste-se a um aumento do consumo *per capita* no adulto, enquanto no sul da Europa se tem verificado uma diminuição deste valor e um incremento nas idades mais jovens (WHO, 2014). Portugal apesar de ser um país do Sul, mantém-se entre os 10 países na Europa com maiores consumos de álcool *per capita* com valor de 13,41 (Anderson, Moller & Galea, 2012).

O território nacional acompanha as alterações apresentadas pela OMS no que se refere a novas formas de beber, a novos consumidores de bebidas alcoólicas e ao início mais precoce da ingestão de bebidas alcoólicas. De acordo com revisão sistemática da literatura realizada por Barroso, Barbosa e Mendes (2006), o consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, aumenta progressivamente com a idade e, o início do consumo, em média aos 12 anos, tem idênticas percentagens em ambos os sexos.

No que respeita às bebidas consumidas constata-se que especialmente entre os mais jovens é notória a preferência por cerveja e bebidas destiladas (Instituto Droga e

Toxicodependência, 2009; European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - ESPAD, 2015) em detrimento do vinho.

Nesta faixa etária verifica-se um aumento do consumo de bebidas alcoólicas, uma maior frequência de situações de embriaguez associadas a ambientes e situações específicas assim como de consumos concentrados no tempo. Esta nova forma de consumo denominada *binge drinking* está em ascensão entre os adolescentes e os jovens de diversos países (Lancet 2008; WHO, 2007; McAllister, 2003; WHO, 2011; Patrick, Schulenberg, Martz, Maggs, O'Malley, & Johnston, 2013) sendo por isso expetável um aumento das consequências negativas relacionadas com este tipo de consumo (Kraus, Baumeister, Pabst, Orth, 2009). A OMS (2014) refere que um quinto dos portugueses com mais de 15 anos pratica este tipo de consumo. Estes dados são corroborados por Feijão, Lavado & Calado (2011) no estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/2011 (European School Survey on Alcohol and other Drugs / Portugal) que referem verificar-se um aumento do número de alunos com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, a beber mais intensivamente, maiores quantidades de bebidas alcoólicas e com maior teor alcoólico.

Em relação ao sexo também têm vindo a verificar-se alterações. Assiste-se a um crescente aumento do consumo de bebidas alcoólicas por indivíduos do sexo feminino assim como à igualização da idade do início de consumo de bebidas alcoólicas em ambos os sexos. Feijão *et al.* (2011), no ECATD/2011 referem que de um modo geral, foi maior a percentagem dos indivíduos do sexo feminino a embriagaram-se do que do masculino. A tendência para a equalização de género nos consumos de bebidas alcoólicas foi confirmada pelos resultados apresentados no European School Survey on Alcohol and Other Drugs - ESPAD/2015.

Estes dados merecem da nossa parte uma atenção mais detalhada. A literatura mostra que o sistema biológico do jovem não está suficientemente maduro para proceder à degradação do álcool provocando danos cerebrais e défices neurocognitivos com implicações para o desenvolvimento intelectual (Zeigler, *et al.*, 2005; Cristóvão- Calado, Broche-Pérez & Rodríguez-Méndez, 2015) e aponta para a existência de uma maior vulnerabilidade biológica feminina (Diehl *et al.*, 2007). A bibliografia refere-se a esta como o efeito telescópio (Keyes, Martins, Blanco & Hasins, 2010) ou seja, comparativamente aos homens, as mulheres apresentam um período de tempo mais curto

entre o início do consumo de álcool e a dependência do mesmo, o que sugere que são mais vulneráveis às complicações causadas por esta substância. Outros estudos fazem também referência a repercussões ao nível do ciclo reprodutivo feminino podendo mesmo ser apontado como um fator de risco para a infertilidade. São também amplamente conhecidas as consequências dos consumos na gravidez e amamentação (Teoh, Mello & Mendelson, 1994; Freire, Machado, Melo & Melo, 2005; Patra *et al.*, 2011).

Os episódios de intoxicação alcoólica estão também associados a comportamentos socialmente desadaptados como conduzir sob efeito de álcool, comportamentos sexuais de risco (Brewer & Swahn, 2005), violência doméstica, agressões e despesas de saúde com tratamentos hospitalares (Anderson *et al.*, 2012). No que respeita às consequências do consumo de álcool na condução constata-se que os jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos são o grupo etário com maior índice de sinistralidade rodoviária. Na realidade, constituíram, em 2010 e 2011, 10,7% dos mortos e 15,7% dos feridos graves. No entanto, o problema do consumo de álcool estende-se a outras faixas etárias e a um universo do qual fazem parte os condutores, peões, passageiros e outros intervenientes em acidentes de viação. Tendo em consideração os exames efetuados no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) a todo este universo nos anos de 2010 a 2013 num total de quase 20.000 examinados, podemos verificar que mais de metade (56,6%) têm uma taxa de álcool no sangue (TAS) superior à permitida por lei, dos quais 69%, com TAS igual ou superior a 1,2 g/l (Autoridade Nacional Segurança Rodoviária, 2014).

Os efeitos das mudanças descritas no que respeita ao consumo de álcool pela população portuguesa, irão traduzir-se no aumento do número de utentes observados nos serviços de urgência na sequência de episódios de alcoolização, acidentes causados pelo consumo excessivo de álcool, no aparecimento de problemas de saúde causados pela ingestão prolongada no tempo de bebidas alcoólicas em pessoas mais jovens e na crescente procura de serviços de tratamento de dependência de álcool por uma população com idade inferior a 30 anos.

Os dados apresentados nos relatórios da OMS e do European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ECTAD) referem a existência de percentagens preocupantes de jovens consumidores de bebidas alcoólicas e de outros que optam por não experimentar e/ou

consumir. Importa por isso perceber o que vai influenciar a escolha dos jovens pelo consumo de bebidas alcoólicas e quando é que este passa a assumir um padrão prejudicial para a saúde.

De acordo com a teoria de Meleis (2010), a passagem da experimentação do consumo de álcool para um consumo com riscos para a saúde, poderá considerar-se uma transição saúde-doença que ocorre paralelamente à transição de desenvolvimento que acompanha a adolescência, caracterizada por modificações físicas, cognitivas e sociais, pela procura de identidade e aquisição de autonomia.

Os enfermeiros podem influenciar este processo de transição quando a sua intervenção é centrada no adolescente/jovem e na sua família e tem como objetivo a adoção de padrões de consumo de bebidas alcoólicas sem riscos para a saúde. Este desafio passa por compreender o processo de transição, planeando intervenções orientadas para o desenvolvimento de competências necessárias para a escolha de um projeto de saúde e prevenção de situações que a coloquem em risco de que é exemplo o consumo de álcool. As intervenções de enfermagem pretendem atingir a estabilidade, a qualidade de vida e o bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

A literatura aponta a existência de fatores pessoais e ambientais como influenciadores do consumo de bebidas alcoólicas (Anderson, Gual & Colom, 2005; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) especialmente durante a infância e adolescência (Barroso, Mendes, & Barbosa, 2012). Estes fatores pessoais e ambientais influenciam-se mutuamente e o seu peso relativo possui diferente relevância consoante o momento da vida de cada pessoa. De fato, a relação que cada indivíduo vai desenvolver com o meio em que está inserido e o modo como este influencia o seu desenvolvimento tem sido salientada por diferentes autores. É disso exemplo a Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (1979) que refere que durante o seu desenvolvimento a pessoa está inserida numa rede, na qual é a principal referência e onde estão também incluídas outras pessoas, as que interagem diretamente com a pessoa em desenvolvimento e as que de outras formas podem influenciar o processo de desenvolvimento. A pessoa com o seu potencial e características individuais, no seu contexto, nas suas múltiplas interações e circunstâncias vai construindo um trajeto ou narrativa de vida. Nesta trajetória é possível identificar momentos ou circunstâncias especiais que podem vir a constituir-se como “pontos de viragem” e implicar transições desenvolvimentais e/ou de saúde doença.

Assim, para a compreensão da relação que cada um vai desenvolver com o consumo de bebidas alcoólicas, além de ser importante perceber o papel dos fatores pessoais e ambientais nos consumos, deverá ser dada atenção ao modo como estes se articulam.

Desde a experimentação de bebidas alcoólicas até se instalar a dependência, o indivíduo enfrenta situações que conduzem a processos de transição causados por diversas situações decorrentes do seu processo desenvolvimental e da sua interação com o meio. Considerando os aspectos individuais, salienta-se a predisposição como cada um tende a relacionar-se e a interagir com o mundo que o rodeia. Enquanto algumas pessoas tendem a perceber a sua posição como integradora e influenciadora dos acontecimentos, pelo contrário, outras, tendem a ver-se como espectadoras e desligadas do mundo que as rodeia. Vários autores têm procurado perceber quais as características da pessoa que são responsáveis por essas diferenças. Entre estes destaca-se Antonovsky (1993), que sugere que o modo como os indivíduos enfrentam os acontecimentos de vida varia de acordo com as suas características intrínsecas e extrínsecas, sendo exemplo de uma característica intrínseca, o sentido de coerência (SC). Este foi definido como uma aptidão interna e global para perceber, interpretar e dar sentido às experiências stressantes da vida. O mesmo autor refere que ao longo do seu desenvolvimento o indivíduo enfrenta várias situações e acontecimentos de vida que poderão ser ou não percebidos como stressantes e assim determinar quais os recursos que vai utilizar para lidar com essas situações de modo a manter a saúde e o bem-estar. O consumo de álcool pode ser feito em diferentes contextos e assumir diversos papéis sendo conhecida a sua utilização como estratégia para lidar com situações adversas. De acordo com esta perspectiva, o sentido de coerência será uma variável a ter em consideração na compreensão das razões que levam os indivíduos ao longo do seu percurso de vida a consumirem bebidas alcoólicas, mesmo quando este assume um padrão que coloca em risco a sua saúde.

As alterações no consumo de álcool, nomeadamente no que diz respeito à iniciação e padrão de consumo estão identificadas desde 1998 e os jovens que então foram estudados terão hoje entre 20 e os 35 anos. A investigação realizada teve, assim, como finalidade perceber o impacto destas alterações no uso inadequado de álcool nestes jovens adultos e o papel dos fatores de vulnerabilidade neste tipo de consumo. Para alcançar essa finalidade foram realizados dois tipos de estudos. O primeiro, de natureza quantitativa (Estudo A), teve como objetivo identificar a prevalência de indivíduos naquela faixa etária com consumos de risco de álcool e os problemas associados. O

segundo, de natureza qualitativa (Estudo B) visou compreender a trajetória de vida das pessoas com consumo de risco, desde a experimentação até à atualidade. No primeiro estudo realizou-se uma triagem (*screening*) dos consumos de álcool problemáticos e problemas associados, identificando participantes com consumos de risco e/ou de dependência, de uma amostra de jovens adultos, com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos em processo educativo formal, profissional ou académico, do concelho de Lisboa. Os indivíduos identificados com este perfil de risco constituíram a população alvo do segundo estudo que teve como objetivo compreender as suas trajetórias desde a experimentação de bebidas alcoólicas até ao consumo de risco.

O estudo foi concebido e interpretado tendo como referencial a teoria das transições de Afaf Meleis, uma vez que esta teoria oferece um enquadramento compreensivo para descrever a experiência dos indivíduos que se estão a confrontar, a viver com, ou a lidar com um acontecimento, uma situação ou uma fase de crescimento e desenvolvimento que requer novas competências, sentimentos, objetivos, comportamentos ou funções (Meleis, 2012). Teve também em consideração o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner dada a importância da influência dos contextos em que cada um se insere ao longo do seu desenvolvimento.

Uma vez apresentada a temática, a problemática e o objetivo geral faz-se uma breve síntese da estrutura da dissertação que está organizada em duas partes. Na primeira parte faz-se o enquadramento teórico considerado pertinente para a abordagem da problemática do consumo de álcool pelos jovens, de forma a compreender o processo de transição nas diferentes dimensões, a sua natureza, condições e os padrões de resposta face à transição, e conhecer formas de intervenção que promovam competências que permitam a adoção de padrões de consumo de álcool sem riscos para a saúde. No Capítulo I é apresentado o modelo das transições de Afaf Meleis, que constituiu um importante contributo como referência na conceptualização, estruturação, desenvolvimento e consecução deste estudo. No Capítulo II é apresentado o quadro conceptual que orientou a investigação, e que ajudou a definir e a perceber, o significado, as condições, os processos e os resultados da transição em análise.

A segunda parte é constituída pelo estudo empírico da dissertação. O Capítulo III refere-se aos aspetos metodológicos da investigação e sua fundamentação, onde são apresentadas as questões de investigação e os objetivos. No Capítulo IV é feita a

apresentação do Estudo A, de abordagem quantitativa, estruturado em três partes (metodologia, resultados e discussão). O Capítulo V refere-se ao Estudo B, de natureza qualitativa. Este também está organizado em três partes (metodologia, apresentação de resultados e discussão).

No Capítulo VI discutem-se os resultados encontrados no Estudo A e Estudo B, à luz do quadro conceptual adotado. O Capítulo VII apresenta as conclusões, mobilizando e articulando os principais achados. São também assinaladas as limitações do estudo e apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações. Ainda é feita uma reflexão acerca das implicações deste estudo na prática dos enfermeiros.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## CAPÍTULO I – TRANSIÇÕES

*Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,  
Muda-se o ser, muda-se a confiança:  
Todo o mundo é composto de mudança,  
Tomando sempre novas qualidades.*

*Luís Vaz de Camões, in "Sonetos"*

Num mundo em constante mudança, resultado de alterações socioeconómicas e políticas, os seres humanos experimentam períodos de estabilidade alternados com outros de variabilidade. Estas mudanças, precipitadas por inúmeros acontecimentos, são definidas por diversos autores e investigadores como transições.

A palavra transição vem do termo latino *transitio* que significa transferência, mudança, ato ou efeito de passar de um estado, período, assunto ou lugar para outro. De um modo geral entende-se como uma espécie de etapa não permanente entre dois estados. Este termo é utilizado para fazer menção a diversas situações. É disso exemplo a sua utilização em questões científicas como a transição da matéria de um estado para o outro ou a assuntos mais complexos tais como eventos históricos, sociais e económicos. Fala-se de transição histórica por exemplo na invenção da agricultura em que o homem passou da transição de estilo de vida nómada para sedentário. No que se refere a transições políticas, ao longo da história podemos constatar a existência de outras transições como a passagem da monarquia para a república. O termo pode também ser utilizado nas transições sociais (mudança de papéis entre grupos sociais), económicas (passagem do feudalismo para o capitalismo) e culturais quando nos referimos à mudança de mentalidades. A transição é um conceito comum em teorias desenvolvimentais, de *stress* e de adaptação estando invariavelmente relacionada com a mudança.

De acordo com Rönkä Oravalva & Pulkkinen (2003) os períodos cruciais de mudança são descritos por diversas teorias como transições (Dunn & Merriam, 1995; Kittrell, 1998) e nestas podem ser identificados conceitos chave, tais como: *turning points* (Denne & Thompson, 1991; Graber & Brooks-Gunn, 1996), *branching points* (Schroots, 1988) e *life markers* (Grob, Kring & Bangerter, 2000, 2001). Nestes momentos de vida

as decisões são reavaliadas, as novas expectativas de papéis a desempenhar são confrontadas e consideradas mudanças no estilo de vida (Clausen, 1991; Levinson, 1986; Rutter, 1996). Todos possuem uma convergência conceptual em que estas mudanças vão influenciar o desenvolvimento da identidade e da direção do curso de vida (Claussen, 1991; Rutter, 1996).

Assim, as transições são acionadas por eventos críticos ou *turning points*. Estes pontos de viragem são um conceito utilizado ao “longo do ciclo de vida, sendo definido como o Hser, Longshore & Anglin, 2007). Os *turning points* podem ser o resultado de eventos simples ou de mudanças abruptas e implicam uma mudança de trajetória. Podem proporcionar a aprendizagem de novas experiências, o desenvolvimento cognitivo, emocional e pessoal (Teruya & Hser, 2010; Cabral & Salomone, 1990; Higgins, Loeb & Ruble, 1995; Steward, 1982). Incluem resultados positivos ou negativos.

Existe uma grande diversidade de *turning points* sendo que estes podem resultar em múltiplas respostas, estando estas dependentes de fatores contextuais e das características individuais.

### **1.1 A experiência de transições como teoria de médio alcance em enfermagem**

Durante a década de 80, Afaf Meleis começou a questionar-se sobre a natureza das transições e as respostas humanas a estes eventos tendo desenvolvido uma teoria de médio alcance, explicativa das mudanças de papéis requeridas às pessoas durante os processos de transição, sejam de desenvolvimento, situacionais ou de saúde-doença. Esta dispõe de um enquadramento que permite descrever a experiência dos indivíduos que se estão a confrontar, a viver ou a lidar com um acontecimento, situação ou fase de desenvolvimento que requer novas competências, sentimentos, objetivos, comportamentos ou funções (Meleis, 2015).

No desenvolvimento da sua teoria Meleis, foi influenciada por diferentes teorias pré-existentes sendo um exemplo o paradigma interacionista desenvolvido pelo Dr. Ralph Turner, considerado o pai da Teoria dos Papéis. Esta inclui o tipo e a natureza das questões sobre como ajudar os indivíduos e famílias na sua transição de um papel para outro (Meleis, 2015). Nos seus primeiros trabalhos Meleis, definiu como transições insalubres ou transições ineficazes as que estavam relacionadas com a insuficiência de

papel. Para a autora a insuficiência de papel foi definida como qualquer dificuldade no conhecimento e/ou desempenho de um papel de comportamento identificado pelos profissionais ou outros significativos. Esta conceptualização levou Meleis a definir a meta de transições saudáveis como o domínio de comportamentos sentimentos e símbolos associados com novos papéis e identidades e processos não problemáticos (Meleis *et al.*, 2000).

Outro paradigma que inspirou o desenvolvimento da teoria das transições é a “experiência vivida” que confronta as visões percebidas com as visões recebidas. Este paradigma foi importante para melhor compreender as questões relacionadas com a natureza e a experiência vivida de resposta à mudança e a experiência de estar em transição (Meleis, 2015). A teoria das transições foi também influenciada pelo feminismo pós-colonial uma vez que permitiu considerar as condições moldadas pelas desigualdades de poder numa sociedade ou em instituições de tratamento e como estas desigualdades podem influenciar os recursos utilizados bem como os cuidados de enfermagem prestados.

As teorias de enfermagem têm como objetivo relacionar os conceitos “pessoa”, “ambiente”, “saúde” e “enfermagem” a fim de explicar o desenvolvimento de inter-relações, a prática e a fundamentação sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros. Meleis e Trangenstein (1994) propõem a seguinte articulação entre os conceitos metaparadigmáticos: o enfermeiro interage (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (pessoa) o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição. As interações enfermeiro-utente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994; pág 256).

As ações de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, deduzindo a partir desta, sobre as necessidades do utente (Zagonel, 1999). Assim, compete ao enfermeiro preparar e informar os utentes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010) dotando-o de mecanismos que permitam ultrapassá-la e capacitando-o para a tomada de decisão de

modo concluírem o processo transicional de forma saudável (Meleis & Trangenstein, 2010).

O conceito de saúde, de acordo com Meleis (2012), mais do que a ausência de doença compreende a homeostase e adaptação. A saúde é multidimensional e individualizada envolvendo todos os sistemas em que a pessoa se insere. Deve ser vista de uma forma situada e tem por objetivo proporcionar à pessoa um meio para se autorrealizar traduzindo-se na capacidade dela própria se realizar enquanto ser humano de natureza biológica, psicológica social e cultural.

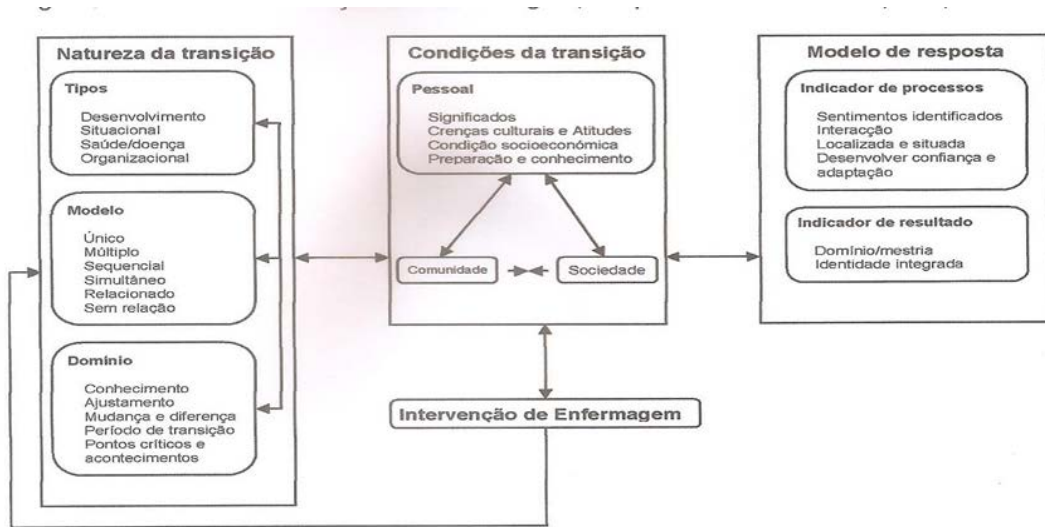
O utente é um ser com necessidades humanas básicas que se encontra em permanente interação com o meio, mas que devido à doença ou outros fatores de vulnerabilidade pode entrar em desequilíbrio com o meio que o cerca (Meleis, 2012).

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O conceito central da Teoria de Meleis são as transições. A transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, podendo afirmar-se que a vida se constitui como uma transição (Meleis, 1997, 2007). Demonstra uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, expectativas ou habilidades e requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social (Meleis, 1997, 2007).

As transições incluem seis componentes centrais que se articulam entre si, sendo estes: os tipos e padrões de transição, as características das experiências de transição, os contextos da transição facilitadores e inibidores, os indicadores processuais e os indicadores de resultados esperados e as intervenções de enfermagem (Meleis *et al.*, 2000).

Figura 1 – Modelo de Transições em Enfermagem, adaptado de Meleis *et al* (2000)



De acordo com Meleis (2007), as transições quanto ao tipo podem ser desenvolvimentais, situacionais, de saúde doença e organizacionais.

As transições desenvolvimentais são descritas como compreendendo processos de maturação desde o nascimento até à morte. As situacionais consistem em eventos esperados ou não que desencadeiam alterações e levam a pessoa a enfrentar e a adaptar-se à nova situação que desencadeou a mudança. Por sua vez, a transição saúde-doença inclui as mudanças biopsicossociais e espirituais que influenciam a adaptação do indivíduo ao ambiente e a transição organizacional está relacionada com o contexto social, político, económico e ainda com as mudanças na estrutura e na dinâmica da organização.

O modelo de transição engloba múltiplas possibilidades. Em relação ao padrão estas podem ser únicas ou múltiplas. As transições múltiplas podem ser sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas (Meleis *et al.*, 2000). Segundo Chick e Meleis (1986), as transições podem ser iniciadas por acontecimentos não controlados individualmente sendo disso exemplo o nascimento, a saída dos filhos de casa ou a morte, ou podem ser provocadas (casamento, gravidez, mudança de profissão).

As transições são complexas e multidimensionais sendo o seu grau de perturbação influenciado pela perceção que cada um tem dos eventos de transição uma vez que estes vão influenciar as respostas e reacções. Assim, e no que respeita às características das

experiências de transição, são consideradas as seguintes propriedades: consciencialização, envolvimento, mudança/diferença, período de tempo e eventos críticos (Meleis *et al.*, 2000).

O conhecimento está relacionado com a percepção, saber e reconhecimento da experiência de transição, ou seja, a consciencialização. O nível de conhecimento reflete, por vezes, o grau de congruência entre o que sabe sobre o processo e as respostas, e quais os constituintes não esperados das respostas e percepções pessoais que acompanham uma tal situação (Meleis *et al.*, 2000). Para as autoras quando não se verifica a aquisição de conhecimento poderá significar que o indivíduo não iniciou o processo de transição.

A transição tem também como propriedade o “envolvimento”, ou seja, o grau no qual a pessoa demonstra envolvimento nos processos inerentes à transição. São exemplo deste ajustamento a procura de informação extra, o uso de modelos de papéis, preparação ativa, ser pró-ativo na atividade de mudança (Meleis *et al.*, 2000).

As transições são simultaneamente o resultado de alterações e resultam em alterações. Os efeitos e significados das mudanças envolvidas dependem da temporalidade, ou seja, de quando os envolvidos percebem que importa iniciar a mudança, da importância percebida e das expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança obriga a ruturas nas rotinas e alterações nos relacionamentos.

A diferença pode surgir quando se confronta a realidade com as expectativas iniciais. As expectativas frustradas ou divergentes podem ocorrer quando o que se imagina ser a experiência, diverge da realidade vivida ou não está em conformidade com as expectativas dos outros. Por outro lado, a confirmação das expectativas acontece quando o que se imagina coincide com a realidade vivida e está em conformidade com as expectativas dos outros sendo disso exemplo, o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes/jovens. Os primeiros contactos com as bebidas alcoólicas confirmam as suas expectativas de socialização sendo estes consumos aprovados e aplaudidos pelo grupo de amigos o que poderá influenciar a progressão dos consumos e simultaneamente implicar diferenças nas formas de relacionamento interpessoal.

As propriedades da transição não são isoladas pois condicionam e são condicionadas pela duração da transição e outros eventos críticos que possam ocorrer. Os incidentes e

eventos críticos (pontos críticos ou eventos de vida) estão associados a acontecimentos marcantes. Estão por vezes ligados a tomada de consciência das mudanças e diferenças ou a um maior ajustamento na capacidade de lidar com a experiência de transição (Meleis *et al.*, 2000).

Pelo fato de surgirem novas características, o ser humano terá de iniciar um processo de adaptação que será diferente de acordo com a mudança a realizar. A forma como os seres humanos respondem às transições e o modo como o ambiente influencia essas respostas são questões fundamentais para a enfermagem assim como as estratégias e a estrutura física, cognitiva e emocional que possuem para responder à transição com que se deparam.

Meleis *et al.* (2000), referem existir fatores ou condições que vão influenciar o processo transacional inibindo-o ou facilitando-o. De acordo com as autoras, as condições da transição podem ser agrupadas em pessoais, sociais e comunitárias.

No que se refere às condições pessoais estas dividem-se em significados, crenças culturais e atitudes, nível socioeconómico, preparação e conhecimento (Meleis *et al.*, 2000). Meleis *et al.* (2000) e Meleis (2010) realçam nas condições pessoais o significado atribuído aos eventos precipitantes de uma transição e ao processo de transição em si. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa e influenciam o resultado das mesmas (Zagonel, 1999).

Como condicionantes sociais, segundo Meleis *et al.* (2000), podemos apontar a marginalização, os papéis definidos socialmente e os estigmas. As condições comunitárias dizem respeito aos recursos que a comunidade tem ao seu dispor e que facilitam ou inibem o decorrer das transições. As condições facilitadoras são o suporte de companheiros e familiares, o conselho de fontes fidedignas, modelos de papéis, respostas a dúvidas e informações relevantes junto de profissionais de saúde. As condições inibidoras são a informação contraditória e insuficiente, os estereótipos, suporte inadequado e insuficientes recursos acompanhados de falta de planeamento.

As transições poderão ter dois tipos de padrões de resposta sendo estes os indicadores processuais e os de resultado. Os indicadores processuais refletem a necessidade de o indivíduo se sentir e manter integrado num contexto em que esteja inserido uma vez que a transição implica a criação de novos significados e perceções (Meleis *et al.*, 2000). Os

indicadores de processo indicam também o desenvolvimento de confiança e *coping*. Estes estão presentes quando os indivíduos que experienciam a transição apresentam um conhecimento mais aprofundado e maior compreensão acerca dos aspetos essenciais e críticos da situação de transição.

Os indicadores de resultado são aqueles que permitem referir se a transição foi um evento saudável. Estes dividem-se em mestria e identidades flexíveis e integradoras. As primeiras referem-se ao desenvolvimento de competências que irão permitir gerir a nova situação. As identidades flexíveis e integradoras serão resultado da incorporação de novos conhecimentos decorrentes do processo transaccional (Meleis *et al.*, 2000).

Por sua vez, as intervenções de enfermagem constituem o suporte de todo o processo de enfermagem (Meleis, 1991). Incluem atividades que se encontram num *continuum*, dependendo das capacidades e competências do utente. Incluem a supervisão e /ou ensino de atividades que pretendem substituir o próprio utente mediante as incapacidades que pode manifestar.

Os enfermeiros lidam com pessoas que se encontram a experienciar transições, a antecipar transições e a completar o seu processo (Meleis & Trangenstein, 1994 citado por Meleis, 1997) pelo que facilitar a transição é o foco central da enfermagem. De fato, as transições podem deixar as pessoas vulneráveis e durante estas podem acontecer perdas de ligações, suportes sociais e objetivos significativos (Meleis, 2007). Conhecendo o processo de transição os profissionais de saúde podem atuar no período anterior à transição esperada preparando os indivíduos para a mudança de papéis e prevenindo as consequências dessa mudança de papéis. Face a estas transições a pessoa necessita mobilizar as suas forças internas e externas para enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças que se instalam (Meleis, 2007).

O consumo de álcool, desde a sua experimentação a um possível consumo de risco, pode e deve ser analisado à luz desta teoria. As condicionantes sociais e pessoais que levam à experimentação, o modo como o significado e expectativas que estas experiências iniciais vão influenciar os trajetos de consumo futuros, as consequências para a saúde e para o desenvolvimento pessoal que o encontro com a bebida alcoólica pode produzir, as estratégias pessoais e as intervenções de enfermagem que ajudam a um consumo de baixo risco, constituem um sistema complexo para a compreensão do qual um enquadramento conceptual que utilize a teoria das transições é facilitador.

## **CAPÍTULO II - DA EXPERIMENTAÇÃO AO CONSUMO DE RISCO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS: COMPREENDER UMA TRANSIÇÃO**

O álcool está presente em todas as bebidas alcoólicas sejam elas fermentadas ou destiladas, sendo a substância tóxica com maior divulgação em todo o mundo. A aceitação cultural e o fácil acesso contribuem para que seja a principal causa de dependência em Portugal e em outros países ocidentais.

O consumo de álcool é muito diversificado tanto no que se refere ao tipo de bebidas ingeridas, como à quantidade e efeitos experimentados pelo que existem várias classificações para o uso desta substância. A OMS (2005) define uso de álcool como qualquer ingestão desta substância. Esta pode ser classificada como uso de baixo risco ou abuso de álcool. O uso de baixo risco é aquele do qual não resultam quaisquer problemas relacionados com o álcool. O termo abuso de álcool é utilizado para quando existe algum sinal de risco que pode evoluir até à dependência. A classificação do abuso de álcool divide-se em consumo de risco, consumo nocivo e dependência (WHO, 2005).

O consumo de risco (*hazardous*) corresponde a um tipo ou padrão de consumo que provoca dano se o consumo persistir, mas ainda sem manifestação clínica (Babor, Fuente, Saunders & Grant, 1992; Babor, *et al.*, 2001; Anderson *et al.*, 2005; Raistrick, Heather & Godfrey, 2006). Consumo nocivo é definido como um padrão de consumos que provoca danos à saúde, tanto física (por exemplo, cirrose hepática) como mental (por exemplo, depressão) (Babor *et al.*, 1992; Anderson *et al.*, 2005; Raistrick *et al.*, 2006; WHO 2014), todavia sem critérios de dependência. Dependência é definida por um conjunto de problemas fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso e continuação dos consumos independentemente das consequências; é dada uma alta prioridade aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, verificando-se o aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (WHO, 2005).

Nos mais jovens assiste-se a um outro tipo de consumo que não se enquadra nas definições anteriores. Verifica-se um aumento da frequência de situações de embriaguez

associadas a ambientes e situações específicas assim como de consumos concentrados no tempo. Este novo fenómeno designado por “*binge drinking*” refere-se ao consumo igual ou superior a 6 bebidas padrão no homem e 5 bebidas padrão na mulher, numa só ocasião, no espaço de duas horas (Rubio, Jimenez-Arriero, Martinez, Ponce & Palomo, 2010; Botelho, Engle, Mora & Holder, 2011). É também designado por consumo episódico forte (*heavy episodic*) (WHO, 2014), alto risco ou perigoso (Zeigler *et al.*, 2005). Equivale a um padrão de consumo que se traduz numa alcoolémia superior ou igual a 0.8g/l (Marinho, 2008). De acordo Whitlock, Polen, Green, Orleans e Klein (2004), deve-se considerar que a pessoa com consumo episódico excessivo apresenta consumo de risco.

Com o intuito de quantificar o consumo de álcool foi criado o conceito de bebida padrão (Babor *et al.*, 2001). Consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida diária ou semanalmente. O consumo de álcool pode ser descrito em termos de gramas de etanol ou em termos de unidades padrão. Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão. De acordo com a Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 da Direção Geral de Saúde define-se bebida padrão como o volume de bebida alcoólica contendo 10 gr de álcool puro (Babor *et al.*, 2001; Anderson *et al.*, 2005). A densidade do álcool é de 0,79g/ml (Babor *et al.*, 2001). A quantidade de álcool puro ingerido pode ser calculada através da equação volume da bebida (ml) X percentagem de álcool por volume (%) X densidade do álcool (g/ml). De acordo com a mesma fonte, no homem entre os 18 e os 64 anos a quantidade máxima diária recomendada são duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro por dia em 5 dias da semana pelo que se recomenda que se estejam dois dias sem qualquer consumo (Babor *et al.*, 2001; Anderson *et al.*, 2005). Após os 65 anos, a quantidade máxima diária recomendada reduz-se para uma bebida padrão ou 10g de álcool puro (Whitlock *et al.*, 2004). Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro em qualquer idade. O consumo de álcool está contraindicado nas grávidas, adolescentes, na presença de dependência e de patologias ou medicação que justifiquem a abstinência.

Em Portugal, no Sistema Nacional de Saúde, a classificação utilizada para os problemas relacionados com o consumo de álcool é a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), apesar de ser bem conhecido o Manual de Diagnóstico Estatístico de

Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA) que a partir do ano de 2013 assume a sua versão 5 (DSM- 5). Neste novo manual estão incluídos novos critérios para a dependência de substâncias, sendo de realçar que deixou de existir a dicotomia entre abuso e dependência. A gravidade do quadro apresentado depende agora do número de critérios apresentados. Assim a dependência passou a assumir três graus de severidade sendo estes a dependência leve, a dependência moderada e a dependência grave.

A CID 10 e o DSM-5 refletem nos seus critérios o consumo excessivo de álcool que vai desde a ingestão pontual de bebidas alcoólicas à dependência da substância. Ambos os sistemas de classificação incluem a dependência de álcool, referem que esta pode estabelecer diferentes níveis de comprometimento ao longo de um contínuo que vai desde o nunca ter experimentado até à dependência grave e têm em consideração o grau de dependência relacionado com o grau de problemas. É de salientar que de acordo com o CID-10, para o indivíduo apresentar “uso nocivo” terá de ter evidência clara que o uso foi responsável (ou contribui consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo a capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento; a natureza do dano é claramente identificável, os padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais adversas de vários tipos. Por sua vez, na DSM, é relevante o padrão de uso ter persistido por pelo menos um mês ou ter ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses e não satisfazer critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (excepto intoxicação aguda) (APA, 2013).

À medida que aumenta a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas e por períodos de tempo mais prolongados, aumenta a severidade dos problemas relacionados com o consumo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA, 1995/ 2005; Heather, 2004; Rehm, Room, Graham, Monteiro, Gmel & Sempos, 2003). Qualquer pessoa que consuma acima do consumo de baixo risco pode apresentar consequências decorrentes do seu padrão de consumo, seja ele consumo ocasional ou regular podendo este assumir um padrão considerado de dependência.

A dependência alcoólica é complexa e multifatorial podendo ser classificada em diversas tipologias de acordo com a clínica apresentada. Ao longo do tempo foram apresentadas várias propostas de classificação tendo em consideração diferentes fatores que

contribuem para a evolução da doença. A sua classificação pode ser comportamental baseada em critérios evolutivos. A dependência pode ser também classificada em tipologias multidimensionais e clínico-epidemiológicas. As multidimensionais baseiam-se na análise estatística dos dados epidemiológicos e clínicos de que é exemplo a classificação proposta por Babor (1992) em Tipo A e B que tem em consideração a idade de início dos consumos. As classificações clínico-epidemiológicas baseiam-se no estudo das comorbilidades entre o aparecimento de perturbações psiquiátricas e a sua relação com o consumo de álcool.

Do exposto podemos afirmar que o consumo de álcool deve ser considerado como um *continuum* em que o indivíduo pode passar de um nível para o outro em qualquer sentido (Botelho *et al.*, 2011; Raistrick *et al.*, 2006) e destas passagens podem resultar sucessivas transições. Pelos efeitos causados a nível do sistema nervoso central, o seu consumo generalizou-se sendo evidente a existência de uma linha muito ténue entre o ato de beber social e o abuso de álcool (Kaplan & Sadock, 2007).

Considerando a pessoa na relação com o seu meio, de proximidade e de contexto, e na sua trajetória individual de desenvolvimento e de experiência de vida, fatores como a aceitabilidade social, a disponibilidade e facilidade de acesso, pressão por pares, crenças e expectativas, entre outras, cruzam-se com variáveis pessoais - biológicas e psicológicas - que podem interferir na trajetória da experimentação ao consumo de risco. Estas trajetórias podem gerar diversas transições.

## **2.1 Natureza da transição**

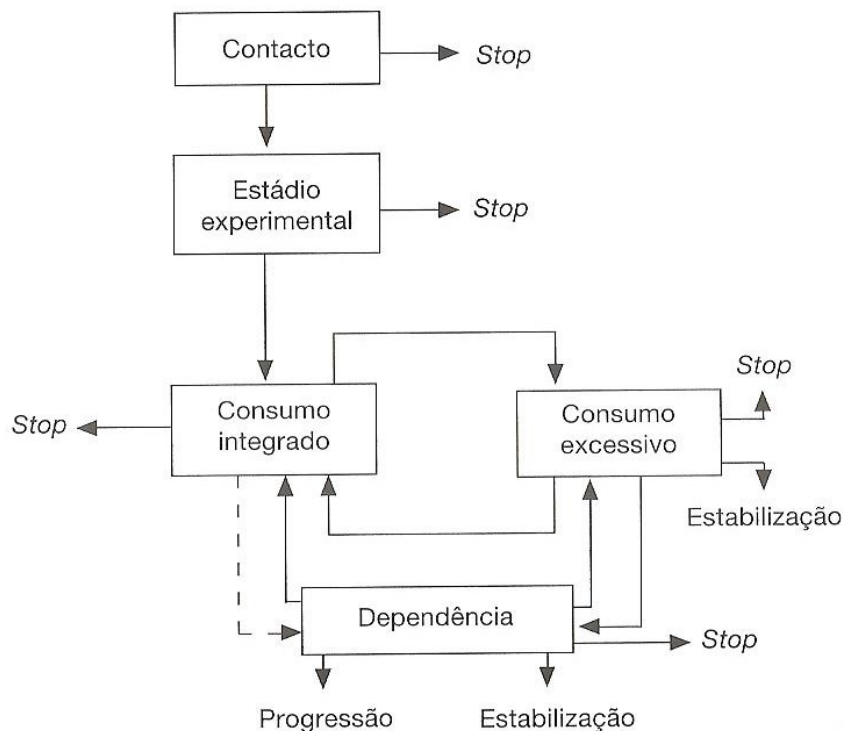
O consumo inapropriado de álcool pode gerar transições de saúde-doença e ser condicionante de outras transições quer desenvolvimentais quer situacionais.

Nas últimas décadas desenvolveram-se diversas pesquisas e teorias explicativas acerca do consumo de álcool e do seu uso desadequado, que atribuem o desenvolvimento da dependência a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, apesar da ponderação que cada um vai ter no problema ser controversa. Independentemente da forma como são classificadas as variáveis que levam ao consumo de álcool os autores concordam que a relação com esta substância vai ser influenciada pela presença de fatores de vulnerabilidade que num dado contexto cultural, em sinergia, o que poderá determinar o

desenvolvimento da dependência (Adés & Lejoyeux, 2004; WHO, 2014). Deve, contudo, ter-se em consideração que as variáveis intervenientes na iniciação devem ser distinguidas das que influenciam a manutenção do consumo. Os fatores que se incluem na iniciação dos consumos são os fatores sociais, biológicos predisponentes e os psicológicos (Nunes & Jólluskin, 2007).

O primeiro contacto com o álcool acontece em idades distintas, em diferentes circunstâncias sociais, sendo muito diversos os seus efeitos. A relação que cada um vai desenvolver com o consumo de álcool pode assumir diferentes modalidades ou tipos de consumo que podem evoluir ou não para a dependência alcoólica. A evolução dos consumos de álcool tem suscitado o interesse de múltiplos autores há várias décadas sendo evidente a preocupação em retratar a evolução que os consumos de álcool poderão apresentar ao longo da trajetória de vida de cada um. Em 1979, Van Dijk descreveu cinco tipos de alcoolização que configuram uma progressão para a dependência alcoólica. Apesar da antiguidade desta referência constata-se similaridades com as trajetórias apresentadas pelos consumidores atuais.

Figura 2 – Tipos de consumo de álcool e suas inter-relações (Van Dijk, 1979)



De acordo com VanDijk (1979), após a experimentação alguns indivíduos optam por não voltar a consumir bebidas alcoólicas. Nesta fase, a rutura com o álcool estará relacionada com os fatores biológicos que condicionam a intolerância fisiológica ou em outras situações com fatores religiosos e culturais que possam condicionar a continuidade do consumo. Os que mantêm o consumo passam à fase seguinte de conhecer as diferentes formas de bebidas, saber qual a sua capacidade de beber e a sua preferência por alguns tipos de alcoolização. Nesta fase um grupo reduzido abandona os consumos apesar de a maioria passar aquilo a que VanDijk designou por consumo integrado (Adés & Lejoyeux, 2004). Estudos mais recentes mostram que os consumos são incluídos na trajetória de vida sendo condicionados pelas regras sociais e culturais da sociedade a que o indivíduo pertence e também aos fatores individuais de que se destaca a preferência e o gosto, a tolerância e os recursos financeiros. A ingestão de bebidas alcoólicas, de acordo com Britton, Bem-Sholmo, Benzeval, Kuh & Bell (2015), atinge o auge por volta dos 25 anos, estabilizando até à meia-idade para apresentar uma redução após os 60 anos. Segundo estes autores, o consumo de álcool é um comportamento dinâmico que apresenta diferentes modalidades ao longo da vida.

Há, no entanto, um outro tipo de trajetórias. Outros grupos há em que se verifica uma rápida progressão para um consumo problemático de álcool após a sua experimentação. As suas trajetórias são frequentemente caracterizados por uma constelação de fatores ambientais e individuais que interagem com o consumo problemático, ou aquele que VanDijck designou como consumo excessivo, contribuindo para a sua manutenção (Paljärvi, Martikainen, Pensola, Leinonen, Herttua & Mäkelä, 2015).

Nesta fase os consumidores poderão interromper os consumos de forma abrupta ou progressiva. Alguns irão manter os consumos excessivos e outros irão aumentar a ingestão de bebidas alcoólicas até à dependência (Adés & Lejoyeux, 2004). Nestes registam-se um vasto número de incapacidades ligadas ao consumo de álcool sendo notório o impacto do consumo nas diferentes dimensões da vida de cada um. Quando esta situação se verifica o indivíduo perdeu toda a sua liberdade de decisão em relação ao consumo de álcool uma vez que se verifica uma dependência física e psicológica a esta substância (Adés & Lejoyeux, 2004). Estes autores, contudo, preveem a reversibilidade em qualquer etapa do percurso, incluindo a da dependência.

Reynaud, Parquet e Largrue (2002) referem que a passagem da experimentação para um consumo abusivo é fortemente influenciada pelas experiências sentidas como positivas (benefícios) do primeiro consumo. Referem também que na presença de fatores de vulnerabilidade das quais se destacam as características da personalidade, a passagem aos consumos de risco é mais provável. Estes autores salientam que aqueles que optam pelo consumo de substâncias perante situações adversas com o objetivo de obter satisfação, evitar o sofrimento e os sentimentos de impotência, vão obter deste consumo efeitos cognitivos e emocionais sentidos como prazerosos/agradáveis de um modo socialmente aceite. Assim sendo, estão reunidos os argumentos para desenvolver o caminho até à adição. Ou seja, a iniciação origina um comportamento, a procura da repetição desse comportamento leva a repetidas utilizações da mesma substância, e por outro lado, ao consumo como solução para alguns problemas. A conciliação destes dois fatores conduz à instalação da dependência (Reynaud *et al.*, 2002).

Uma atenção particular foi direcionada às trajetórias de consumo massivo ou *binge drinking*. De acordo com Schulenberg e Maggs (2002) e Jager, Schulenberg, O'Malley e Bachman (2013) este tipo de comportamento tende a atingir um pico por volta dos 20 anos e a diminuir na medida em que os jovens vão assumindo os papéis da adultez. Contudo, e ainda de acordo com estes autores, a frequência do comportamento de *binge drinking* na transição para o ensino superior pode resultar numa escalada que se continua durante o período de adulto jovem com repercussões no seu futuro.

Enquanto transição de saúde/doença o consumo de álcool pode ter implicações diretas atuais ou futuras, das quais as mais problemáticas são aquelas que podem levar a uma situação de dependência. Por outro lado, também podemos observar implicações indiretas como as resultantes de comportamentos de risco, assumidos durante os períodos de embriaguez e que podem colocar a pessoa perante uma situação de dano ou mesmo de risco de vida.

O consumo de álcool, no entanto, também pode ser analisado enquanto transição desenvolvimental. O conhecimento dos períodos críticos para a experimentação e o consumo de risco orientam as intervenções de prevenção e reparadoras e, por outro lado, as consequências que este tipo de consumo pode ter para a concretização das tarefas das diferentes fases do desenvolvimento alertam para uma análise mais compreensiva da pessoa e das suas experiências de vida.

## 2.2 Condições da transição

### 2.2.1 Condicionantes Pessoais da transição

O consumo de bebidas alcoólicas é influenciado por diversas condicionantes pessoais tais como a vulnerabilidade genética, o sexo, o estatuto socioeconómico, as expectativas, crenças culturais. O significado, a preparação, o SC e o conhecimento acerca do consumo de bebidas alcoólicas, são também condicionantes pessoais a analisar.

A transição da experimentação para o consumo de risco de bebidas alcoólicas acontece em paralelo com transições do tipo desenvolvimental. A idade de experimentação assim como aquela em que se verificam os consumos de risco devem ser consideradas, pois de acordo com a idade podemos identificar as características das etapas de desenvolvimento em que se situam os consumidores e obter informação relevante sobre a sua interferência no processo desenvolvimental.

#### *Vulnerabilidade genética*

A vulnerabilidade genética para o consumo de álcool tem uma importante influência no desenvolvimento da relação que cada um vai estabelecer com o consumo de álcool, no entanto, este fator, isoladamente, não explica por que muitos desenvolvem a dependência da substância (Meyers & Dick, 2010). Os fatores genéticos interagem com o meio sendo este o responsável pela modulação e condicionamento da expressão dos riscos genéticos. O consumo de álcool só poderá assumir o padrão de dependência ao verificar-se a exposição regular a esta substância.

Estudos de adoção revelam que os filhos de pais com dependência alcoólica têm maior risco de consumo excessivo do que os filhos de pais biológicos sem dependência, independentemente da existência de hábitos alcoólicos na família adotiva (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Bienvenu, Davydow & Kendler, 2011). Os estudos realizados por Schuckitt (1994), em filhos de pais alcoólicos, mostram que estes apresentam uma maior resistência aos efeitos do álcool, o que leva ao aumento do risco de virem a desenvolver a dependência desta substância. A resistência ao álcool pode ativar fatores ambientais pois aqueles que “aguentam bem o álcool” têm tendência para ingerir maior quantidade de bebidas alcoólicas para atingir o estado de embriaguez. Assim os indivíduos resistentes ao álcool não são prevenidos do seu grau de consumo por sinais comportamentais tais como a sonolência ou a descoordenação motora estando assim

criadas as condições propícias para a evolução para a dependência alcoólica (Schuckitt, 1994).

Adés e Lejoyeux (2004) referem que existe o aumento do risco de comportamentos alcoólicos nos filhos do sexo masculino de pais alcoólicos resistentes aos efeitos do álcool comparativamente aos do sexo feminino.

Quando se verificam problemas multifatoriais presume-se que existam vários genes participantes, a maioria deles com um pequeno efeito (Vogel & Motulsky, 1997). A predisposição genética para o consumo de álcool está envolvida no seu metabolismo (Choi *et al.*, 2005; Dick & Kendler, 2012), nas diferentes sensibilidades (Le Strat, Grant, Ramoz & Gorwood, 2010; Edenberg & Foroud, 2006) e respostas fisiológicas ao consumo de álcool (Wall, 2005; Barnow *et al.*, 2004; Agarwal, 1997).

No que se refere ao metabolismo, vários estudos referem a existência de indivíduos que apresentam uma insuficiência congênita de aldeído desidrogenase (Marchitti, Brocker, Stagos & Vasiliou, 2008; Adés & Lejoyeux, 2004; Agarwal & Goedde, 1992), sendo esta a causa para uma intolerância fisiológica ao etanol. Este fato é apontado como o causador do abandono dos consumos. No entanto, esta particularidade é apenas encontrada nos “Orientais” não sendo confirmada nos indivíduos caucasoides (Agarwal & Goedde, 1992) e, assim contribuir para a explicação para os consumos apresentados pelos europeus. Mais recentemente foram identificados polimorfismos da álcool desidrogenase (Wall, 2005; Agarwal, 2001; Wall, Luczak & Hiller-Sturmhöfel, 2016) que estão associados a uma menor tendência para o desenvolvimento da dependência de álcool.

As diferentes sensibilidades e respostas fisiológicas ao álcool são fortemente influenciadas pela sua ação no sistema nervoso central. Na literatura analisada foram encontrados vários estudos que mostram as diferenças encontradas nos filhos de pais alcoólicos nos genes recetores Ácido Gama-aminobutírico (GABA) (Lydall *et al.*, 2011), nos genes recetores da dopamina (Ma & Zhu, 2014), no alelo transportador da serotonina (McHugh, Hofmann, Asnaani, Sawyer & Otto, 2010; Pombo *et al.*, 2008) e nos genes recetores dos opióides (Cupic *et al.*, 2013).

A influência do etanol nos diferentes neurotransmissores irá ter repercussões nos sistemas neurofisiológicos que se relacionam com o efeito depressor, de prazer e de

recompensa. O papel desta substância a nível cerebral, é uma variável importante a considerar na compreensão da relação que cada indivíduo desenvolve com o consumo de álcool ao longo da sua trajetória de vida.

### *Sexo*

O modo como cada um vai desenvolver a sua relação com o consumo de bebidas alcoólicas vai ser influenciado pelo seu sexo. Esta influência irá ser notória tanto a nível fisiológico como no impacto social que o consumo irá causar.

A metabolização do álcool ocorre de modo diferente consoante o sexo. As mulheres absorvem e metabolizam esta substância de forma distinta (Gallant, 1990; Nóbrega & Oliveira, 2005; Wilsnack, Wilsnack & Kantor, 2013) dos homens, uma vez que contêm mais tecido adiposo (Greenfield, Back, Lawson & Brady, 2010). Por outro lado, as mulheres possuem menor quantidade de água para o mesmo peso corporal, pelo que atingem maiores concentrações de álcool no sangue após consumirem quantidades semelhantes desta substância (Sugarman, DeMartini & Carey, 2009; Nóbrega & Oliveira, 2005; WHO, 2014). Além disso, as mulheres parecem eliminar mais lentamente o álcool do sangue do que os homens o que poderá ser explicado pelo fato de apresentarem menores níveis séricos da enzima álcool-desidrogenase (Brady & Randall, 1999; Muñoz *et al.*, 2012).

Comparativamente aos homens, as mulheres desenvolvem doenças do fígado induzidas pelo álcool, com um período de tempo menor de exposição e depois de consumirem menores quantidades desta substância (Esper, Corradi-Webster, Carvalho, & Furtado, 2013). Pesquisas em animais sugerem que o maior risco de danos hepáticos por parte das mulheres pode estar associado a efeitos fisiológicos do estrogénio (Boffetta & Hashibe, 2006; Lee, Mickle-Kawar, Reinke & Gallucci, 2012).

A influência do consumo de álcool sobre o funcionamento hormonal é outro argumento que explica as diferentes consequências físicas do consumo de álcool de acordo com o sexo (Greenfield *et al.*, 2010; Mello, Mendelson & Teoh, 1989; Pettersson, Ellsinger, Sjoberg & Bjorntorp, 1990; Eriksson, Fukunaga, Sarkola, Lindholm & Ahola, 1996). De acrescentar que vários estudos fazem também referência às repercussões do consumo de álcool a nível do ciclo reprodutivo feminino podendo mesmo ser apontado como um

fator de risco para a infertilidade. São também amplamente conhecidas as repercussões dos consumos na gravidez e amamentação.

A vulnerabilidade feminina para consumo de álcool irá também refletir-se ao nível do sistema nervoso central uma vez que os danos cerebrais causados pelo consumo de álcool, como por exemplo a atrofia cerebral, podem ocorrer mais rapidamente nas mulheres (Cox, 2003; Weiss, Singewald, Ruepp & Marksteiner, 2014).

Ao consumirem quantidades de álcool idênticas às dos homens, por apresentarem uma metabolização mais lenta, atingem taxas de alcoolémia mais elevadas ficando expostas por períodos mais prolongados aos efeitos desta substância. Assim, quando comparadas com os homens, verifica-se que são mais suscetíveis às consequências do consumo de álcool pois desenvolvem o abuso e a dependência mais rapidamente. A esta diferente história de transição mais curta denominou-se efeito telescópico (Clemens, Grant & Mathews, 2009).

O efeito telescópico nas mulheres é influenciado por fatores de ordem biológica já descritos, fatores socioeconómicos, psicológicos e culturais (Greenfield *et al.*, 2010).

No que se refere aos fatores culturais é de salientar que apesar de se verificar uma menor pressão social para a experimentação de álcool, o julgamento social em relação ao consumo desta substância pelos indivíduos do sexo feminino é muito severo (Nóbrega & Oliveira, 2005) o que se vai traduzir num maior número de consequências sociais nesta população (Wolle *et al.*, 2011; Elbreder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008).

Nas últimas duas décadas tem vindo a verificar-se um aumento da prevalência do consumo do tipo *binge drinking* em adolescentes (WHO, 2014; Hibell *et al.*, 2000) encontrando-se um elevado número de adeptos do sexo feminino deste padrão de consumo na população portuguesa (ECTAD, 2011).

Nos fatores psicológicos é de destacar que apesar de vários autores referirem não existir diferenças entre sexos no que respeita às dimensões da personalidade, verifica-se a existência de um maior número de mulheres com sintomas depressivos e ansiosos assim como mais problemas de adaptação ao dia a dia que os homens (Bravo de Medina, Echeburúa & Aizpiri, 2010).

*Crenças culturais e expetativas*

A história do uso de álcool pelo Homem remonta à pré-história. São conhecidas as suas propriedades farmacológicas e a sua utilização em rituais religiosos e sociais, estando o seu consumo enraizado em diferentes culturas. As qualidades atribuídas ao seu consumo são consideráveis o que contribui para a sua banalização, para a existência de vários mitos e expectativas positivas assim como para a dificuldade no reconhecimento da ingestão de bebidas alcoólicas como um problema. Há já muitos anos que os mitos e crenças populares sobre os “benefícios” do consumo de álcool são alvo de várias intervenções educacionais, em diferentes idades e contextos sociais. Estas têm vindo a desenvolver diversos programas de promoção da literacia da população sobre o uso e consequências do consumo de álcool (Loureiro *et al.*, 2013; Barroso, Mendes & Barbosa, 2013; Barroso, Barbosa & Mendes, 2010).

Nas últimas décadas a investigação realizada sobre o consumo de álcool tem mostrado a influência das expectativas sobre os efeitos do álcool em diversos comportamentos (Comasco, Berglund, Orelund, & Nilsson, 2010; Zimmermann, Junge, Niemann, Wong & Preuss, 2010; Schuckit *et al.*, 2009; Barroso *et al.*, 2006; Goldman, Greenbaum & Darkes, 1997). As expectativas são adquiridas prematuramente, sendo desenvolvidas através de processos de aprendizagem social ao longo da infância e adolescência (Comasco *et al.*, 2010; Zimmermann *et al.*, 2010; Barroso, Barbosa & Mendes, 2009; Barroso *et al.*, 2006; Perez-Aranibar, Vanden Broucke & Fontaine, 2005).

Blume, Lostutter, Schamaling e Marlatt (2003), referem que as cognições sobre a ingestão de álcool tais como a autoeficácia e as expectativas positivas influenciam profundamente o comportamento de ingestão de álcool. Estas são apontadas como importantes mediadores do início e da manutenção do consumo de álcool (Barroso, *et al.*, 2012; Fachini & Furtado, 2012; Lanadeiro, 2011).

Apesar da idade de início dos consumos ser influenciada pelas expectativas criadas (Shen, Locke-Wellman & Hill, 2001; Anderson, Garcia & Dash, 2016), os motivos que levam cada um aos consumos alteram ao longo da vida, assim como os padrões adotados (Peterson & Hektner, 2008). As expectativas são crenças que os indivíduos desenvolvem em relação aos efeitos positivos ou negativos do ato de beber e vão estar relacionadas com o comportamento apresentado durante o consumo (Wiers, Hoogveen, Sergeant & Gunning, 1997; Wiers, *et al.*, 2003). Estas vão também influenciar os padrões de consumo e os efeitos causados. As expectativas positivas sobre o álcool estão

habitualmente relacionadas com uma maior permissividade em relação ao consumo (Scali & Ronzani, 2007), enquanto as expetativas negativas levam à redução ou interrupção do consumo (Wiers *et al.*, 1997; Wiers *et al.*, 2003; Scott-Sheldon, Terry, Carey, Garrey & Carey, 2012).

Investigações realizadas demonstram que com a idade as expetativas em relação ao consumo de bebidas alcoólicas se vão alterando, pois à medida que se verifica a evolução de criança para adolescente aumenta a consciência dos potenciais benefícios do consumo de álcool comparativamente com os riscos ou custos (Leigh & Stacy, 2004; Dunn & Goldman, 1996; Goldman, Del Boca & Darkes, 1999; Maggs & Schulenberg, 1998; Miller, Smith & Goldman, 1990). As crianças tendem a associar as consequências globais principalmente negativas sobre os efeitos do álcool e nos adolescentes verifica-se um aumento das expetativas positivas (Leigh & Stacy, 2004).

As expetativas influenciam de modo diferentes os indivíduos do sexo masculino e feminino sendo os homens aqueles que apresentam maior diversidade de expetativas sobre os efeitos do uso de álcool (Fachini & Furtado, 2013). Os indivíduos que ingerem maiores quantidades de álcool são também os que apresentam mais expetativas positivas (Fachini & Furtado, 2013).

Brown, Goldman, Inn e Anderson (1980) classificaram as expetativas relacionadas com o consumo de álcool em seis tipos: transformação global positiva de experiências, melhora o prazer social e físico, melhora as experiências e a performance sexual, aumenta a força e a agressividade, diminui a assertividade social, induz o relaxamento e reduz a tensão.

A classificação das expetativas associadas ao consumo de álcool merece atenção de outros autores que constataram que a ingestão de bebidas alcoólicas é fortemente influenciada pelos fatores sociais e pelas expetativas positivas. Assim, a “diminuição da assertividade social” não foi considerada por outros autores pois esta parece ser um fator dissuasor de consumos. Por outro lado, a pressão do grupo para a ingestão de bebidas alcoólicas passou a ser tida em consideração noutras classificações de que é exemplo a de Agrawal *et al.*, (2008). Estes autores classificam as expetativas em quatro grupos: as expetativas sociais; o ter melhor “*performance*”; o escape; e, a conformidade. As expetativas sociais dizem respeito aos consumos para comemorar ou participar em interações sociais. Outros têm a expetativa de que beber melhora o seu desempenho

social e a sua “*performance*” sexual. A utilização das bebidas alcoólicas como escape é referida nas situações em que a bebida alcoólica é utilizada para sentir alegria ou aliviar o *stress*. Estes motivos poderão ser preditores de padrões problemáticos de consumo. De acordo com os mesmos autores, beber porque os outros bebem são as expectativas classificadas como de conformidade (Agrawal *et al.*, 2008).

Algumas destas serão confirmadas pelos consumos e, se assim acontecer, a possibilidade de o consumo persistir será maior.

#### *Estatuto socioeconómico*

Os padrões de consumo poderão estar relacionados com a condição social de cada indivíduo. De acordo com a OMS (2014), verifica-se um maior número de consumidores, de ocasiões de consumo e de consumidores de baixo risco nos grupos socioeconómicos mais altos. O maior número de não consumidores e de consumidores com consumos nocivos estão nos grupos económicos mais baixos sendo estes mais vulneráveis às consequências do consumo. A pobreza e a exclusão social estão fortemente associadas à alta prevalência de problemas relacionados com o consumo de álcool. Estima-se que os países com rendimento *per capita* mais baixo apresentem um número elevado de problemas relacionados com o consumo de álcool. Não são alheios a estes resultados o fato de nestes países se verificar em simultâneo um conjunto de variáveis tais como baixo acesso à saúde, subnutrição e condição social geral desfavorecida (Room, Schmidt, Rehm & Makela, 2008; Rehm *et al.*, 2009).

Kuntsche, Rehm e Gmel (2004) numa revisão da literatura sobre o *binge drinking* encontraram relação entre as condições socioeconómicas e este padrão de consumo, sendo que nos países onde o álcool é mais barato é mais comum esta forma de consumo. Por outro lado, estes autores referem que na idade adulta há uma correlação positiva entre o desemprego, baixo nível educacional e o consumo do tipo *binge drinking*. Estes dados são corroborados por Paiva, Paiva, Lamarnier, Fereira, César e Zarzar (2015), ao encontrarem uma correlação positiva entre a prática de *binge drinking* e uma baixa condição socioeconómica.

Por último, convém referir que esta, como muitas outras variáveis, tem uma influência diferente consoante a faixa etária em que se encontra a pessoa. Assim, por exemplo, nos adolescentes não se verifica esta relação entre a condição económica e o consumo de

álcool. Nesta fase de desenvolvimento outras variáveis tais como a relação com a família e os amigos têm maior relevância (Hanson & Chen, 2007).

### *Conhecimento, Significado e Sentido Coerência*

Conhecimento, significado e sentido de coerência são três qualidades diferentes, porém, relacionadas. Enquanto o conhecimento se refere, fundamentalmente, à informação que a pessoa dispõe e consegue mobilizar na sua relação com os outros e o ambiente, o significado refere-se à percepção subjetiva que cada um atribui às suas experiências. Por sua vez, o sentido de coerência é um atributo pessoal que caracteriza a forma como a pessoa se relaciona com o meio, como o percebe e como com ele estabelece relações de significado e de capacidade de gestão. O conceito de sentido de coerência, importante nas teorias salutógenicas, tenta responder por que é que algumas pessoas em situações de *stress* selecionam os melhores estilos de *coping* e escolhem as melhores estratégias de gestão do *stress* para fazer face às exigências dessas situações.

O conhecimento que os mais jovens têm sobre o risco de o consumo de álcool assumir um padrão nocivo para a saúde está longe de ser o adequado. Apesar da facilidade de que dispõem para aceder a esta informação, a publicidade acerca dos efeitos positivos causados por esta substância, assim como a pressão social exercida para o consumo, assumem, muitas vezes, o papel preponderante.

O nível de conhecimentos que o indivíduo possui é uma das condições que vai influenciar os resultados de saúde podendo ser insuficiente face às exigências da nova transição (Schumacher & Meleis, 1994). Por outro lado, relaciona-se intrinsecamente com a preparação de cada indivíduo para a transição que vai enfrentar, facilitando-a. A falta de preparação é apontada como um fator inibidor (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2015), a importância atribuída por cada um ao significado dos eventos vai despoletar e afetar o processo de transição. Este significado será diferente para cada indivíduo sendo por isso influenciado por diversas variáveis.

No que se refere ao consumo de álcool é importante analisar o que o vai provocar, e o que este representa para cada um. O modo como cada pessoa vivencia os processos de transição será afetado pelos recursos mobilizados para lidar com as situações de transição e pelo significado atribuído a essas situações. Assim a transição da

experimentação para o consumo de risco será influenciada pelos recursos que o indivíduo vai movimentar para lidar com o consumo e pelo significado que este irá apresentar.

O consumo de bebidas alcoólicas e os eventos/situações a ele associados para muitos são vividos como situações prazerosas, contudo poderá ser vivido como um acontecimento stressante pelas consequências que pode acarretar ao assumir um padrão considerado de risco para a saúde.

Antonovsky (1987) refere que ao longo do seu desenvolvimento o indivíduo enfrenta várias situações e acontecimentos de vida que poderão ser ou não percebidos como stressantes sendo por isso importante compreender como é que lida com estes fatores e o que os condiciona. De acordo com Bengel, Strittmatter e Willmann (1999) o modo como cada um interpreta a vida do ponto de vista cognitivo, afetivo e motivacional e como mobiliza os recursos disponíveis para manter a saúde e o bem-estar, vão ser determinantes para o estado individual de saúde. Antonovsky designa esta visão da vida como “sentido de coerência” (SC), ou seja, uma aptidão interna e global, para perceber, interpretar e dar sentido às experiências stressantes da vida.

O SC inclui os estímulos que derivam dos ambientes externos e internos ao longo da vida, percebidos como estruturados, previsíveis e explicáveis e os recursos para fazer face às exigências colocadas por esses estímulos. Estas experiências constituem desafios merecedores de investimento e empenho. O SC assume um carácter cognitivo, afetivo e informacional que permitirá ao indivíduo negar a desordem da sua vida recuperando ordem e coerência ao integrar esse acontecimento na sua experiência de vida. Engloba três dimensões: compreensibilidade; maneabilidade; e, significabilidade.

A compreensibilidade, ou capacidade de compreensão, refere-se à capacidade com que o indivíduo apreende os estímulos emanados dos meios internos ou externos de uma existência como estruturados previsíveis e explicáveis.

A maneabilidade, ou capacidade de gestão, diz respeito à percepção que o indivíduo desenvolve sobre os seus recursos pessoais ou sociais para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos.

A capacidade de investimento, ou significabilidade, diz respeito à capacidade que o indivíduo tem de retirar sentido aos acontecimentos da sua vida e por isso encontrar neles razão para investir a sua energia e interesse.

Apesar de o autor considerar que os três componentes são necessários, eles assumem ponderações diferentes (Antonovsky, 1987). A componente capacidade de investimento assume uma maior importância comparativamente às outras duas, uma vez que para uma pessoa com motivação a compreensão dos recursos disponíveis está facilitada. A componente capacidade de compreensão vem em seguida em termos de importância pois o controle das situações é inerente à compreensão das mesmas (Antonovsky, 1987).

Os indivíduos com um SC alto têm uma maior capacidade de fazer escolhas relacionados com os comportamentos que explicitamente favorecem a saúde bem como de estabelecer limites e evitar situações que a possam afetar (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999). De acordo com esta perspectiva, o SC será uma variável a ter em consideração na compreensão das razões que levam os indivíduos ao logo do seu percurso de vida a consumirem bebidas alcoólicas quando este assume um padrão que colocam em risco a sua saúde ou, pelo contrário, a interromperem o seu consumo antes que este se venha a tornar nefasto.

A saúde e o bem-estar, de acordo com o modelo salutogénico (Antonovsky, 1996), são influenciados por fatores individuais e coletivos designados por salutogénicos. Para Antonovsky (1996), a saúde é um processo que tem como objetivo o desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus fatores protetores, ou seja, os recursos gerais de resistência através de um forte SC.

Partindo da conceção inicial de que a saúde e a doença se encontram no mesmo contínuo, Antonovsky preocupou-se com os fatores que estariam implicados nesse contínuo sendo por isso importante conhecer quais os recursos disponíveis para lidar com o vasto leque de fatores stressores e patogénicos (Antonovsky, 1987). Antonovsky (1993) para descrever o conceito de saúde apoia-se no conceito de entropia, ou seja, a tendência universal das partículas se movimentarem até atingirem a máxima desordem. Fazendo a comparação com a saúde, o desequilíbrio tende a ser constantemente restabelecido. Desta forma os recursos a que o indivíduo recorre para estabelecer o equilíbrio perdido, a que Antonovsky designou por “*generalized resistance resources*” (recursos generalizados de resistência), caracterizam-se por promoverem experiências de

vida consistentes, ponderadas e em que há participação na tomada de decisão (Antonovsky, 1993). Destes recursos fazem parte as características genéticas, constitucionais e psicossociais tais assim como os recursos materiais, conhecimento/inteligência, identidade do eu, estratégias de *coping*, suporte social, estabilidade cultural, religião e uma orientação para evitar situações que ponham em causa a saúde (Lindström & Eriksson, 2005). São designados por “gerais” uma vez que são efetivos em qualquer tipo de situação. O termo resistência refere-se ao fato de os recursos aumentarem a capacidade da pessoa se relacionar positivamente com os fatores adversos e por isso aumentarem a resistência da pessoa. Funcionam num impacto contínuo nas experiências de vida e capacitam-nos para investirmos e tornarmos coerentes essas experiências de vida que irão dar sentido ao SC (Lindström & Eriksson, 2005).

Segundo Antonovsky (1987), o SC desenvolve-se fundamentalmente durante as primeiras décadas de vida sendo relativamente estável ao longo da vida, no entanto, de acordo com o autor, é possível que a orientação se modifique e se movimente durante e após a idade adulta admitindo uma certa maneabilidade apesar de na idade adulta já se encontrar estabilizado num determinado ponto do contínuo.

### *Idade*

A transição entre a experimentação e o consumo de risco de bebidas alcoólicas acontece nas primeiras décadas de vida. Estas são permeadas por diversos acontecimentos característicos do processo de desenvolvimento, descritas nas diferentes teorias de desenvolvimento humano. Desde a década de 60, em especial nos países industrializados, que se tem assistido a mudanças na sociedade sendo estas também influenciadoras do processo desenvolvimental. É disso exemplo, maior número de alunos a frequentar o ensino superior, idades mais tardias de ingresso no mercado de trabalho, de casamento e de parentalidade. Em Portugal também se tem assistido a estas mudanças nomeadamente na idade de casamento que na década de 60 era aos 26,4 anos no sexo masculino e no sexo feminino aos 24,8 e que passou a ser no ano de 2010 de 34,1 para os homens e de 31,6 para as mulheres (INE, 2014). O consumo de substâncias, das quais se destaca o consumo de álcool, tem acompanhado estas mudanças verificando-se nos últimos 20 anos uma nova relação com consumo desta substância no que se refere a idade de experimentação, bebidas consumidas e padrão de consumo.

A idade de experimentação das bebidas alcoólicas tem suscitado muito interesse por parte de diferentes investigadores verificando-se controvérsia sobre o papel que esta irá ter em consumos futuros. Algumas pesquisas sugerem que se a experimentação ocorrer antes dos 13 anos os indivíduos estão expostos a um maior risco de alcoolismo e outros comportamentos que colocam a saúde em risco (Grant & Dawson, 1997; Zeigler *et al.*, 2005; Rozin & Zagonel, 2012). Outros autores referem que o padrão inicial de comportamento de consumos irá predizer os consumos em outras fases da vida (Bonomo, Bowes, Coffey, Carlin & Patton, 2004; Chartier, Hesselbrock & Hesselbrock, 2011).

Estes dados são contrariados por Rutter (2007), que refere que o consumo inicial de álcool não se relaciona com os problemas de álcool na fase adulta. Takeida, Ishida, Fukushima e Mori (2001) referem que a idade de iniciação não demonstra afetar a frequência do consumo de álcool sugerindo que o relacionamento entre a idade de iniciação e o comportamento relacionado à bebida é influenciado por outras variáveis.

Apesar da existência de diferentes opiniões sobre o papel da idade de experimentação nos consumos futuros, os autores concordam que o impacto que o consumo de álcool tem em idades mais precoces é muito prejudicial. Os mais jovens sofrem mais riscos e efeitos negativos na saúde especialmente devido à sua inexperiência com o álcool, mas também pela sua maior sensibilidade fisiológica (Spear, 2002). De acordo com Dawson, Li & Grant (2008) e Anderson *et al.* (2012), o cérebro dos adolescentes é particularmente sensível ao consumo de álcool sendo que quanto mais tardia for o contacto deste com o álcool menor será a probabilidade de vir a apresentar problemas relacionados com o consumo de álcool na idade adulta, assim como de sofrer consequências diretas a nível do sistema nervoso central, tais como défices cognitivos, de memória e limitações a nível da aprendizagem (Zeigler *et al.*, 2005; Nixon, 2013).

O espaço temporal que se verifica entre a experimentação de bebidas alcoólicas e o seu consumo de risco é a adolescência e o início da adultez. Esta fase é considerada como um período favorável ao aparecimento de problemas de saúde tais como o consumo de substâncias uma vez que o indivíduo se depara com múltiplas tomadas de decisão e escolhas, nomeadamente do que se refere a comportamentos de saúde. Este é o período de vida onde se verifica a construção da identidade de cada um pelo que são múltiplas as variáveis que vão influenciar este processo e consequentemente o consumo de álcool. A

formação da identidade está intimamente ligada ao estudo da adolescência tendo sido Erikson o primeiro autor a utilizar o conceito de identidade.

De acordo com Erikson a forma como cada indivíduo resolvia com êxito as etapas de desenvolvimento determinava um processo de crescimento saudável ou não (Sprinthall & Collins, 2003). O processo de crescimento saudável envolve a procura de equilíbrio através da resolução positiva de uma crise. Os momentos de crise surgem como consequência da progressão na idade e das influências ambientais e socioculturais. Nestes momentos os indivíduos são confrontados com uma série de tarefas psicossociais que faz emergir o sentimento de desajuste social que só é ultrapassado através da resolução das tarefas exigidas. A resolução das crises, ou segundo Erikson, os pontos de viragem, pontos críticos ou os momentos de maior vulnerabilidade e simultaneamente de maior potencial, tem como resultado o aparecimento das diferentes capacidades psicossociais (Ferreira, 2003). A resolução sequencial das crises é determinada tanto pelas necessidades e capacidades individuais como pelas exigências e suporte da sociedade que rodeia os indivíduos. As resoluções vão refletir-se em mudanças qualitativas no relacionamento dos indivíduos consigo próprios e com os outros bem como na forma de pensar, sentir, agir e valorizar (Ferreira, 2003).

De acordo com Erikson (1963) existem oito idades do desenvolvimento do ciclo de vida, desde o nascimento até à morte. As idades de desenvolvimento são a primeira idade, compreendida entre os 0 e os 18 meses denominada de Idade da Confiança versus Desconfiança, a segunda idade vai dos 18 meses aos 3 anos e corresponde à Autonomia versus Dúvida e Vergonha. A terceira idade corresponde ao período compreendido entre os 3 e os 6 anos e é chamada de Iniciativa versus Culpa. A quarta idade, da Indústria/Mestria versus Inferioridade estando compreendida entre os 6 e os 12 anos. A quinta idade diz respeito à fase da Identidade versus Difusão/Confusão e está compreendida entre os 12 anos e os 18/20 anos. A sexta idade da Intimidade versus Isolamento inicia-se a partir dos 18/20 anos e vai até aos 40 anos. A sétima idade designada de Generatividade versus Estagnação vai dos 40 aos 60 anos e a oitava idade, da Integridade versus Desespero inicia-se após os 65 anos.

A faixa etária na qual ocorre a experimentação é a que corresponde à da Identidade versus Difusão/Confusão e está compreendida entre os 12 anos e os 18/20 anos. Aquela em que se vão encontrar os consumos de risco é a de jovem adulto e que Erickson

carateriza através do conflito Intimidade vs Isolamento. Esta fase carateriza-se pela capacidade de estabelecer compromentimentos com os outros nas áreas relacionadas com o trabalho, com o amor e com a genitalidade. Pode também ser determinada pelo oposto, ou seja, a recusa da intimidade.

Alguns autores apoiados na teoria de Erikson apontam a adolescência como um período em que a utilização de álcool pode surgir como mediador na resolução das crises e influenciar o desenvolvimento e aquisição das capacidades psicossociais (Johnson, Amatetti, Funkhouser & Johnson, 1988; Marsiglia, Kulis, Yabiku, Nieri & Coleman, 2011), o que irá trazer repercussões para as etapas de desenvolvimento seguintes.

Outros autores, de que é exemplo Jeffrey Arnett (2000), chamam a atenção para as alterações de ordem social, económica e cultural que as sociedades dos países industrializados têm vindo a apresentar. O aumento consistente da idade média do primeiro casamento, da idade média de nascimento do primeiro filho, a presença de percursos escolares mais longos e conseqüente inserção mais tardia no mercado de trabalho, a liberalização das relações sexuais e um aumento da coabitação com os pais, favoreceu o prolongamento da condição juvenil até ao final da terceira década de vida proporcionando um período mais ou menos extenso de exploração de futuros possíveis e de instabilidade até ao compromisso em investimentos a longo prazo (Arnett, 2006). Assim, Arnett (2000) propõe que este período seja distinguido como uma nova etapa de desenvolvimento designada por “*emerging adulthood*”, que inclui os indivíduos com idades entre os 18 e os 25 anos. De acordo com o autor é um período em que ainda se verificam traços caraterísticos dos adolescentes, mas por outro lado os indivíduos já têm que assumir papéis habitualmente atribuídos aos adultos. A idade adulta é caraterizada por o indivíduo ser capaz de aceitar responsabilidades, tomar decisões de forma independente e ser economicamente autónomo (Arnett, 1998; Greene, Wheatley & Aldava, 1992) o que não se verifica para muitos dos indivíduos que se encontram na faixa etária compreendida entre os 18 e os 25 anos.

Enquanto para Erikson na adolescência se verifica a formação da identidade, na “*emerging adulthood*” verifica-se a exploração da identidade (Arnett, 2000). As relações afetivas nesta etapa são mais duradouras do que na adolescência, há um primeiro contato com o mercado de trabalho e este é visto como uma forma de obter dinheiro para as suas atividades de lazer, não garantindo a sua autonomia económica. Por outro lado, nesta

etapa são exigidas escolhas educacionais e é realizada reflexão sobre as crenças religiosas e padrões educacionais adotados na família de modo a serem feitas as suas próprias escolhas.

No que se refere a comportamentos de risco a literatura é abundante quando estes se referem aos adolescentes. Em relação à faixa etária compreendida entre o 18-25 é menos frequente, no entanto, verificam-se alguns comportamentos de risco característicos desta faixa etária tais como sexo desprotegido, uso de substâncias, comportamentos de risco na condução (Arnett, 1992). Estas condutas podem ser entendidas como a exploração dos diferentes aspetos da identidade ou como o desejo de obter um maior e mais diversificado número de experiências antes de assumir as responsabilidades inerentes à vida adulta (Arnett, 1992).

Apoiado nesta teoria, Bachman, Johnston, O'Malley e Schulenberg (1996) num estudo longitudinal sobre o consumo de substâncias verificou que o pico de consumos se verifica no início da década dos 20 e diminui com o casamento e com a parentalidade, explicando este fato com a redução dos consumos associada ao assumir de novos papéis e de um maior número de responsabilidades.

Blos (1985) define um quadro clínico que caracteriza como uma perseveração estática na posição adolescente, que em condições normais consideraria como transitória. Segundo o autor, em lugar do desenvolvimento progressivo que conduz o adolescente à condição adulta, a adolescência prolongada como que paralisa esse movimento de avanço, mantendo a crise de adolescência em aberto. Concentrando neste contexto um misto de satisfação e de agitação, o adolescente luta para contornar a finalidade das escolhas que são feitas no final da adolescência. A permanência por períodos de tempo mais prolongados em determinadas fases de desenvolvimento vai atrasar o assumir de papéis esperados para essa etapa e conseqüentemente o desenvolvimento das capacidades psicossociais. Para este resultado contribui o consumo de bebidas alcoólicas que “atrasa” a resolução das tarefas desenvolvimentais.

Ao longo do tempo foram surgindo diferentes teorias de desenvolvimento que explicam as mudanças de comportamento apresentadas ao longo da vida enfatizando um ou outro aspeto particular ou nas relações entre estes aspetos. A partir da década 70 com a ciência a ter como o foco a utilização dos modelos teóricos e hipóteses para justificar os processos de desenvolvimento humano influenciados pelos contextos destacou-se o

interesse pelos modelos sistêmicos e estudos longitudinais assim como pela plasticidade e diversidade dos processos no curso de vida. A Teoria Psicossocial de Erickson enfatiza a interação entre as dimensões intelectual, sociocultural histórica e biológica destacando a influência dos ambientes e o impacto da experiência social ao longo do ciclo de vida. À medida que novas evidências empíricas foram produzidas, novos modelos relacionais foram surgindo. Estes reconhecem o caráter integrador das influências dos diferentes níveis de organização da ecologia do desenvolvimento humano. Assim a perspectiva sistêmica é fundamental para a compreensão do desenvolvimento no que se refere à relação mútua entre sistemas e os componentes de um sistema como a sua evolução em padrões no tempo.

### 2.2.2 Condicionantes comunitárias da transição – Família e amigos

A cultura familiar pode ser determinante no ato de beber. Nos hábitos familiares como celebrar ocasiões especiais e nas rotinas diárias está muitas vezes incluído o ritual de beber sendo nestas situações os momentos em que para muitos ocorre a primeira experiência com o álcool. De fato, tal como mostrou estudo realizado por Mendes, Sousa, Pessoa e Fontes (2007), na infância, entre os seis e os nove anos, já se podem identificar proto-representações do álcool que, pela vivência familiar, ao relacionar o seu consumo com as festividades e celebrações o vão ligando indelevelmente à alegria, satisfação e contentamento.

Verificam-se outras situações em que os filhos adultos deliberadamente estabelecem rituais diferentes dos que viveram na sua infância, excluindo dos momentos festivos as bebidas alcoólicas. Nestes casos há menor probabilidade da transmissão do hábito de beber. Vários estudos procuraram perceber a influência dos pais e dos pares na iniciação do consumo de álcool tendo-se concluído que a influência mais forte vem dos pais (Oliveira, Werlang & Wagner, 2007; Barnes & Welte, 1986; Kandel & Andrews, 1987; Mares, Vorst, Engels & Lichtwarck-Aschoff, 2011). O papel dos pais estende-se também às expectativas criadas em torno do consumo pois as pesquisas indicam que as expectativas sobre o álcool presentes nas crianças surgem da observação dos pais e outros adultos (Christiansen, Smith, Roehling & Goldman 1989). Os filhos assimilam dos pais um comportamento de beber com as crenças e valores a ele associados. Apesar da

influência familiar persistir na idade adulta esta é mais forte em idades mais precoces (Masten, Telzer, Fuligni, Lieberman & Eisenberger 2010; Velleman, 2009).

Uma vez realizado o primeiro contacto com o álcool, cabe a cada um decidir se irá manter ou não os seus consumos e o padrão com que o irá fazer. A qualidade da relação parental com o progenitor do mesmo sexo é importante no consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Surkan, Fielding-Miller & Melchior, 2012). O vínculo da relação mãe-filho, a educação recebida na infância e as atitudes parentais em relação ao beber são também influenciadoras da relação que os adolescentes vão desenvolver com a bebida. Os adolescentes que têm uma relação mais positiva com os seus pais são os que iniciam mais tardiamente o consumo de bebidas alcoólicas (Paiva & Ronzani, 2009). A existência de laços familiares fortes, assim como o envolvimento em atividades familiares constituem um fator protetor em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (NIAAA, 2003; Mares *et al.*, 2011).

No entanto, o ambiente familiar pode constituir um fator de risco para o consumo. Viver numa família disfuncional pode constituir um risco para o consumo de bebidas alcoólicas (Paiva & Ronzani, 2009; Mangueira & Lopes, 2014). Adolescentes com famílias com história de alcoolismo estão mais vulneráveis ao consumo do tipo *binge drinking* (Kuntsche *et al.*, 2004; Benites & Schneider, 2014).

A falta de apoio e supervisão familiar assim como a existência de perceções de rejeição estão associadas a um maior consumo de bebidas alcoólicas (Mogro-Wilson, 2008; Barnow *et al.*, 2004). O consumo de bebidas alcoólicas por um irmão mais velho em especial do mesmo sexo irá ter uma forte influência nos consumos dos adolescentes (Raphaelli, Nakamura, Azevedo & Hallal, 2015) podendo esta ser mais significativa do que a dos pais (McGue, Sharma & Benson, 1996; Scholte, Poelen, Willemsen, Boomsma & Engels, 2008).

Apesar do primeiro contato com as bebidas alcoólicas se verificar na infância, a experimentação e intensificação dos consumos ocorre habitualmente na altura em que se verifica uma autonomização dos pais e simultaneamente a iniciação de uma atividade laboral ou a integração no ensino superior sendo nesta altura maior a influência exercida pelos pares comparativamente ao meio familiar (Johnston, O'Malley & Bachman, 2000; Pimentel, Mata & Anes, 2013). Ao integrarem o grupo, os novos elementos assumem

comportamentos similares aos dos já existentes no grupo, que muitas vezes é o consumo de bebidas alcoólicas (Sousa, 2011; Curran, Stice & Chassin, 1997).

A existência de uma forte rede social de amigos e familiar constitui um fator protetor de consumos de bebidas alcoólicas (Simões, Matos & Batista – Foguet, 2006). Por outro lado, o envolvimento em atividades sociais e o pertencer a determinados grupos sociais poderá influenciar os padrões de consumos.

### 2.2.3 Condicionantes sociais da transição

Os fatores existentes na sociedade referenciados como influenciadores do consumo de álcool são a acessibilidade às bebidas, condicionada pela legislação, custos e a publicidade.

A sociedade em que os jovens estão inseridos das quais faz parte a cultura de consumo de álcool, as normas e acessibilidade às bebidas alcoólicas vão afetar os padrões de consumo desta substância, sendo esta influencia mais evidente no final da adolescência (Brown Tapert, Granholm & Delis, 2000). Aquelas em que se verifica permissividade em relação aos consumos, como por exemplo as mediterrâneas, caracterizam-se por vários rituais sociais onde está integrado o consumo de bebida alcoólicas. Outras, em que a religião predominante é o islamismo, verificam-se maiores restrições ao consumo.

Muito se tem falado sobre a importância da exposição ao álcool através da publicidade agressiva nos diferentes meios de comunicação social assim como da acessibilidade às bebidas alcoólicas especulando-se sobre a influência que estes fatores têm nos padrões de consumo adotados pelos mais jovens. A percepção de uma maior disponibilidade do álcool pode estar ligada à ideia de aprovação social do consumo e a existência destas percepções está associada a padrões de consumo mais intensos (Kuntsche, Kuendig & Gmel, 2008). E, de certa forma, esta ideia poderá influenciar uma leitura enviesada sobre o consumo dos pares. Investigação realizada por Barroso, Barbosa e Mendes (2010) mostrou uma clara sobrestimação na percepção do consumo habitual pelos pares e uma correlação positiva entre o consumo e a sobrestimação do consumo dos outros. No que se refere às percepções dos jovens sobre a nocividade do álcool coloca-se a hipótese de que estes tendem a considerar que em geral o álcool é nocivo, mas sobretudo para as

grávidas, crianças e jovens mais novos e inexperientes do que eles próprios (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD, 2015)

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Pinsky & Jundi (2008), refere que a redução da exposição à publicidade tem impacto positivo sobre o consumo de álcool, o que é corroborado por Saffer (2002) ao confirmar a influência dos meios de informação e comunicação nos consumos de álcool.

A literatura analisada mostra, contudo, que o efeito da publicidade sobre a ingestão de álcool é modesto sendo este mediado pelas expectativas existentes sobre o consumo de álcool (Velleman, 2009).

A acessibilidade às bebidas relacionadas com a redução de preços aos dias da semana, as *happy hours* e *ladies nights* e as promoções que possibilitam a ingestão de maiores quantidades de álcool por valores reduzidos (por exemplo beba dois pague um) funcionam como uma forma de publicidade que favorece o consumo de bebidas alcoólicas. As novas formas de apresentações de bebidas alcoólicas tais como as “litradas”, os *shots* a metro e preço reduzido das bebidas alcoólicas comparativamente aquelas que não contêm álcool são outros fenómenos da atualidade que promovem e facilitam o consumo de álcool. O impacto destas formas de publicitar e fomentar o consumo de álcool está ainda pouco estudado não tendo sido encontrados estudos que mostrem a sua influência no consumo de bebidas alcoólicas.

### **2.3 Os indicadores de processo e de resultados esperados**

A transição em estudo é predominantemente uma transição do tipo saúde/doença, que é condicionada e condiciona transições desenvolvimentais e situacionais. Os consumos de risco adotados por alguns podem persistir ou mesmo aumentar assumindo um padrão nocivo para a saúde, verificando-se neste caso a existência de indicadores de processo de transição não saudáveis. Nas situações em que pelo contrário o consumo seja interrompido ou assuma um padrão que não comprometa a sua saúde iremos ter indicadores de processo saudáveis.

### 2.3.1 Indicadores processuais

Os indicadores processuais são medidos pelo nível de compromisso num acontecimento específico de mudança assim como nos planos de ação e intervenção (Schumacher, Jones & Meleis, 1999). De acordo com os mesmos autores, seguir instruções, o nível de envolvimento nos diferentes aspetos incluídos na transição e as ações relacionadas com o evento de transição são indicadores processuais. Como já referido anteriormente os indicadores de processo estão presentes quando os indivíduos que experienciam a transição apresentam um conhecimento mais aprofundado e maior compreensão acerca dos aspetos essenciais e críticos da situação de transição.

Os indicadores processuais saudáveis serão o nível de conhecimentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas, a modificação de expectativas irreais sobre os potenciais benefícios do consumo de bebidas alcoólicas, o estabelecimento de recompensas e/ou metas pelo fato de ter sido mantida a abstinência ou adoção de um padrão de consumo de álcool sem consequências para a saúde.

Os indicadores processuais não saudáveis, ou seja, o consumo de bebidas alcoólicas com risco ou prejudicial para a saúde são a resistência à aquisição de conhecimentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas, a existência e/ou manutenção de expectativas positivas sobre o consumo de álcool ignorando ou desvalorizando as suas consequências, mostrar resistência ao consumo de bebidas sem álcool, recusar mudanças ao grupo de pares ou frequência de lugares facilitadores do consumo.

### 2.3.2 Indicadores de resultado

Os indicadores de processo são avaliados em diferentes momentos do processo transacional enquanto a avaliação dos indicadores de resultado determina o fim do processo (Meleis, 2015). Foram definidos cinco padrões de resposta sendo estes o domínio, identidades integrativas fluídas, desenvoltura, interações saudáveis e bem-estar percebido (Meleis *et al.*, 2000). Na transição em análise os indicadores de resultado poderão ser saudáveis ou não saudáveis.

Os indicadores de resultado saudáveis são a literacia sobre o consumo de álcool e suas consequências, a manutenção de relacionamentos e/ou desenvolvimento de novas

relações que não envolvam o consumo de bebidas alcoólicas e/ou promovam a aquisição e manutenção de comportamentos protetores da saúde. A abstinência ou a adoção de um consumo de álcool sem riscos para a saúde são outros indicadores de resultado saudáveis.

Os indicadores de resultado não saudáveis serão a adoção de um padrão de consumo de bebidas alcoólicas prejudicial para a saúde, a manifestação de sintomas de dependência alcoólica, a existência de expectativas positivas sobre o consumo de álcool e a utilização de bebidas alcoólicas como recurso para lidar com eventos stressores.

#### **2.4 Intervenções de enfermagem**

De acordo com Meleis (2015), o objetivo das intervenções de enfermagem é facilitar e inspirar os comportamentos saudáveis de processo e de resultado. Incluem a clarificação de significados, o facilitar a perícia e a definição de objetivos, modelar o papel de outros, fornecer recursos e acesso a grupos de referência e comunicação de experiências.

As intervenções de enfermagem centram-se na relação interpessoal do enfermeiro com uma pessoa e/ou grupo de pessoas (família ou comunidades). Serão otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na transição em análise, a implementação de intervenções de enfermagem deve ocorrer em especial a nível da prevenção primária tendo como destinatários os jovens e as suas famílias, sendo a sua inclusão fundamental para o sucesso das intervenções de enfermagem.

Os cuidados a implementar deverão ter como objetivo a deteção de consumos de risco de bebidas alcoólicas de modo a poderem ser implementadas intervenções de acordo com o padrão de consumo identificado.

A deteção precoce dos consumos de álcool pode ser realizada por diversos profissionais de saúde, especialmente pelos enfermeiros, pelo acesso facilitado que têm à população, em particular, nos Cuidados de Saúde de Primários, através da realização de programas

de promoção de saúde e das consultas realizadas por estes profissionais nestas unidades de saúde. De acordo com a Norma 30/2012 da Direção Geral de Saúde (DGS), a deteção dos consumos de álcool pode ser realizada através do preenchimento das três primeiras perguntas do The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ou seja o AUDIT-C. Aos utentes do sexo masculino com score inferior a cinco e do sexo feminino com score inferior a quatro deve ser disponibilizado reforço positivo e reavaliado o seu consumo no prazo de quatro anos através do preenchimento do AUDIT-C. Aos indivíduos do sexo masculino com score superior a cinco e do sexo feminino com score superior a quatro deverá ser proposto o preenchimento das restantes perguntas do AUDIT.

Aos utentes de ambos os sexos com score inferior a oito deve ser disponibilizado reforço positivo e reavaliação com o AUDIT-C no prazo de quatro anos (DGS, 2012).

Os indivíduos com score igual ou superior a oito apresentam consumos considerados de risco. A estes devem ser oferecidos um aconselhamento simples ou uma intervenção breve de acordo com o score apresentado no preenchimento do AUDIT e do Ciclo de Mudança comportamental em que se encontram (DGS, 2012).

Perante um score de AUDIT compreendido entre 8 e 15 deve ser disponibilizado um aconselhamento simples (Babor *et al.*, 2001). Na presença de um consumo nocivo de álcool, ou seja, em que a pontuação esteja situada entre o 16 e o 19 deve ser disponibilizada intervenção breve e acompanhamento até quatro sessões (Babor *et al.*, 2001). A intervenção breve deve iniciar-se pela avaliação do consumo de álcool com recurso a um instrumento de identificação rápida, aconselhamento para a redução do consumo de álcool para níveis de baixo risco, negociação de objetivos individuais para reduzir o consumo ou iniciar a abstinência, assistência das pessoas no desenvolvimento de motivação, competências de auto ajuda ou de suportes necessários a mudanças comportamentais e assegurar seguimento de suporte e repetição de aconselhamento (Saitz, 2010; Serecigni, 2007). Aos indivíduos que obtenham um score igual ou superior a 20 pontos no AUDIT deve ser proposta referência para consulta especializada (DGS, 2012).

As intervenções devem ser ajustadas às características da fase do Ciclo de Mudança em que o utente se encontra. Se este estiver em fase de pré-contemplação a intervenção deve ser orientada para fornecer informação, procurando a consciencialização do problema, a

percepção acerca dos riscos e problemas do comportamento atual e facilitar o movimento para o estágio de contemplação. Se a pessoa reconhece a existência do problema, mas ainda não pensa em mudar o seu padrão de consumo, ou seja, está na fase de contemplação, a intervenção deverá centrar-se na análise das vantagens e desvantagens da mudança reforçando a auto-eficácia do indivíduo no sentido da mudança. Quando o indivíduo já está preparado para a mudança o mais importante é definir, com ele, as metas a atingir, assegurando um compromisso da sua parte para a redução dos consumos para níveis de baixo risco. Nestas situações, a sequência da intervenção será informação, estabelecimento de metas e reforço ou encorajamento (DGS, 2012).

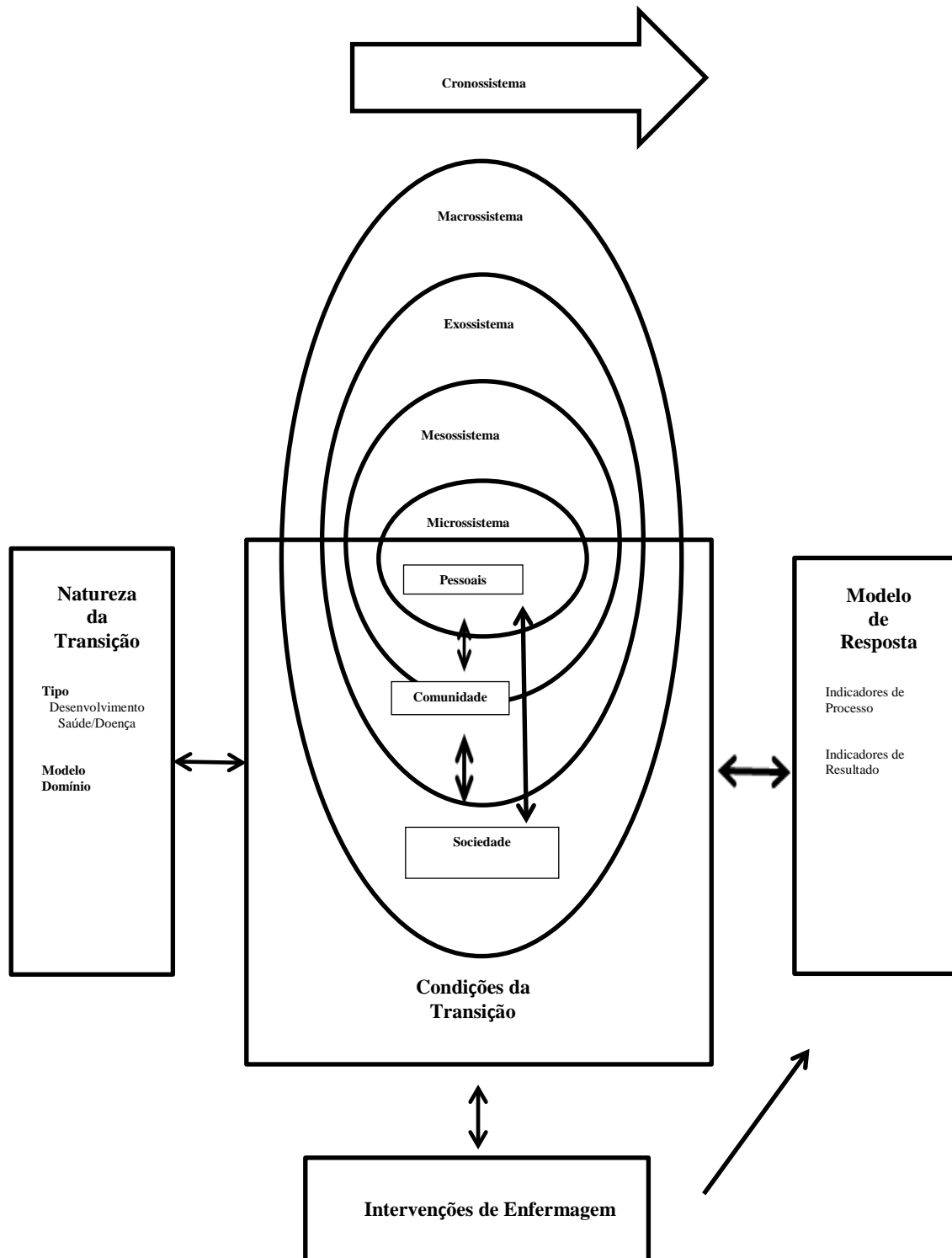
As intervenções de enfermagem devem incluir a psicoeducação sobre o consumo de álcool e suas consequências destinada aos jovens e suas famílias de modo a atrasar a idade de experimentação de bebidas alcoólicas e como medida preventiva dos consumos.

Estas intervenções devem também incluir a identificação de atividades e ambientes onde não se verifique o consumo de álcool assim como a promoção de comportamentos de saúde.

Ter um quadro conceptual que promova a coerência e orientação de uma investigação, ajuda a definir e a perceber o significado, as condições e os resultados da transição (Meleis, 2010). Deste modo, a teoria das transições, foi utilizado como uma das referências, que sustentou a realização desta investigação. Os pressupostos sistémicos do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996) foram também considerados no quadro conceptual deste estudo (Figura 3).

A teoria de média alcance proposta por Meleis (2010) tem como conceito central as transições que os indivíduos experienciam ao longo da vida. A sua estrutura teórica baseia-se na natureza das transições (tipo, padrões e propriedades), na inexperiência ou impedimento para assumir um novo papel, em fatores mediadores que podem ser facilitadores ou inibidores da transição (individual e ambiental), na intervenção preventiva e terapêutica de enfermagem (estratégias), nos indicadores de processo (estar situado, sentir-se ligado, interagir, desenvolver, autoconceito, autoestima, autoconfiança e coping eficaz) e os indicadores de resultado de uma transição bem-sucedida (funcionalidade, mestria no novo papel e bem-estar) (Figura 3).

Figura 3 – Modelo conceitual das Intervenções de Enfermagem da transição da experimentação para o consumo de risco de bebidas alcoólicas, adaptado do Modelo das Transições de Meleis e do Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.



Assim, no estudo realizado assistimos a duas transições que ocorrem em simultâneo sendo uma do tipo saúde-doença e outra desenvolvimental. Estas transições são mediadas por condições pessoais, da comunidade e da sociedade. Em cada uma das três condições existem fatores facilitadores da ocorrência das transições e outros que constituem obstáculos ao seu desenvolvimento. As condições pessoais identificadas na literatura analisada como influenciadoras do consumo de álcool foi a idade, a vulnerabilidade genética, as crenças culturais, as expectativas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas e o estatuto socioeconómico. Foi também identificado um importante papel do SC na adoção de comportamentos de saúde o que poderá constituir um obstáculo relevante ao consumo de bebidas alcoólicas.

As condições da comunidade identificadas como influenciadoras da transição saúde-doença que é passagem da experimentação do consumo de bebidas alcoólicas para um consumo com riscos para a saúde são os modelos familiares de consumo, a relação parental, a rede social e o grupo de amigos em que cada um está inserido e as atividades sociais e recreativas.

Na sociedade também se verificam condições influenciadoras da transição a analisar de que se realça a legislação sobre a venda e consumo de bebidas alcoólicas, a publicidade ao consumo de álcool e a acessibilidade a este tipo de bebidas.

As condições da transição (pessoais, da comunidade e da sociedade) vão conduzir à existência de diferentes modelos de resposta. Nos modelos de resposta, poderão identificar-se indicadores de processo que remetem para a concretização da transição saúde-doença que é o consumo de álcool com riscos para a saúde. Haverá, no entanto, outros indicadores de processo que mostram que dificilmente esta transição se vai verificar, uma vez que apontam para a adoção de um consumo de bebidas alcoólicas em padrões que não constituem riscos para a saúde.

As intervenções de enfermagem serão especialmente no âmbito da prevenção pois visam influenciar os modelos de resposta de modo a que estes sejam a construção de um projeto de saúde no qual o consumo de bebidas alcoólicas seja realizado em padrões que não constituam riscos para a saúde.

Considerando as importantes alterações contextuais que têm vindo a influenciar o consumo de bebidas alcoólicas, ao longo das últimas décadas, na investigação realizada

foram também considerados os pressupostos sistêmicos do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996). Este autor, veio acrescentar a variável contexto para a compreensão do comportamento humano. Assim, segundo este modelo, para compreender o desenvolvimento humano é necessário incorporar o indivíduo e as suas capacidades perceptuais, motoras ou cognitivas, assim como as interações e os padrões relacionais que se estabelecem em diferentes contextos, ao longo do tempo. Neste modelo, o indivíduo apresenta características próprias individuais, psicológicas e biológicas além de uma forma própria de lidar com as suas experiências de vida. Ele é visto como um sujeito ativo produto e produtor do seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996) que ocorre na interação com o contexto. O contexto é definido por uma hierarquia de sistemas interdependentes – micro, meso, exo e o macrossistema e é composto pelas atividades, papéis e relações interpessoais presentes nas suas famílias nos grupos de amigos na vizinhança, na comunidade e nas instituições educacionais e de saúde, sociais e políticas.

Para Bronfenbrenner (1996) toda a pessoa é significativamente influenciada pelas interações entre os ecossistemas que se sobrepõem. Os contextos sociais, económicos, culturais e históricos fazem parte do macrossistema; o sistema escolar, sistema de saúde, a comunidade e a comunicação social integram o exossistema (Berger, 2003); do mesossistema fazem parte a família e amigos. Os fatores intrapessoais ou individuais constituem o primeiro nível (microsistema) e incluem o conhecimento, atitudes, expectativas, crenças e traços da personalidade.

Com o objetivo de enfatizar a importância do contexto na vida do ser humano, o ambiente ecológico é concebido por ele como um conjunto de estruturas concêntricas, que se encaixam umas dentro das outras, na ordem da maior (exterior) até à menor, e que se movem do nível mais interno para as superfícies externas (mais amplas). É importante salientar que esses quatro sistemas envolvem a pessoa em crescimento. Assim o desenvolvimento ocorre através da interação entre a pessoa em desenvolvimento e os cinco contextos, micro, meso, exo, macro e cronossistema, interconectados que se influenciam promovendo interação e desenvolvimento numa construção que alberga desde o grupo mais próximo até à realidade mais distante que atinge e impregna a vida social (Figura 3).

O cronossistema, é a estrutura que adiciona dimensões de tempo às estruturas existentes, ao captar as mudanças do meio ou mudanças na vida dos indivíduos face aos eventos ambientais e transições que ocorrem ao longo da existência e afetam o desenvolvimento das pessoas.

Para entender o indivíduo, ele precisa ser visto como uma pequena parte de um muito mais vasto contexto, identificando-se assim o papel das forças sócio-ambientais na formação da experiência individual de cada um e mais concretamente nas escolhas de comportamentos de saúde realizadas. Deste modo, reconhece-se que o envolvimento com a família e amigos, com a vida escolar e ambiente laboral se podem transformar em fatores facilitadores ou obstáculos à transição saúde-doença que é a passagem da experimentação para um consumo com riscos para a saúde de bebidas alcoólicas.

De modo a otimizarmos o desenvolvimento de intervenções de enfermagem (estratégias) que impeçam a progressão da ingestão de bebidas alcoólicas para um consumo com riscos para a saúde é importante conhecer os fatores facilitadores e os fatores protetores nos diferentes contextos em que cada um está inserido. A presente investigação será suportada pelo modelo conceptual apresentado na Figura 3.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO III – OBJETIVOS E MÉTODOS**

Nas últimas décadas o consumo de álcool pelos jovens sofreu alterações de padrão de consumo, tanto na quantidade e tipo de bebidas escolhidas como na idade mais precoce de experimentação. Em Portugal não existem estudos que nos permitam perceber quanto e como as alterações na idade de experimentação se têm repercutido ao longo da vida destes jovens, nomeadamente na passagem das experimentações precoces para o uso de risco. De igual modo se desconhece se esta passagem é semelhante nos dois sexos e qual o seu impacto no início da adultez. Assim é pertinente a análise do impacto das mudanças da idade de experimentação e do padrão de consumos no uso de risco de álcool assim como o papel dos fatores de vulnerabilidade neste tipo de consumo, uma década após a sua identificação. Os jovens que em 1998 apresentavam idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos encontravam-se, na altura da recolha destes dados, na faixa etária compreendida entre os 20 e os 35 anos, sendo, por isso, esta a faixa etária escolhida para este estudo.

Considerando a pluralidade de variáveis que vão influenciar o consumo de álcool, as particularidades das fases do ciclo de vida em que se verifica a experimentação, e que o consumo de álcool pode assumir um padrão prejudicial para a saúde, pretendeu-se analisar as trajetórias de consumo dos indivíduos que apresentam consumo de risco de álcool.

Tendo presente a dificuldade de acesso aos indivíduos desta faixa etária, e o carácter compreensivo do estudo, decidiu-se restringir a amostra aos jovens entre os 20 e os 30 anos (mais tarde alargada até aos 35) que estivessem a realizar qualquer tipo de formação – académica ou profissional – na área metropolitana de Lisboa.

### **3.1 Questão e objetivos da investigação**

#### *Questão de Investigação*

A pergunta de partida para esta investigação é: como é que a experimentação precoce de bebidas alcoólicas se vai repercutir em problemas de consumo de álcool nos jovens adultos em formação académica ou profissional com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos, na cidade de Lisboa?

### *Objetivos da Investigação*

A investigação realizada teve como objetivos:

Identificar os padrões de consumo de bebidas alcoólicas de jovens adultos entre os 20 e os 35 anos;

Avaliar diferenças em função do género no que respeita a padrões de consumo de bebidas alcoólicas;

Avaliar os valores do sentido interno de coerência dos jovens adultos entre os 20 e os 35 anos;

Analisar a relação entre os valores do sentido interno de coerência com os problemas de consumo de álcool;

Analisar as trajetórias de consumo dos indivíduos com consumo de risco de álcool nos jovens adultos entre os 20 e os 35 anos em formação na cidade de Lisboa.

### **3.2 Desenho da Investigação**

Para concretizar estes objetivos foram realizados dois estudos. Um primeiro de natureza quantitativa (Estudo A), descritivo e correlacional, e um segundo de natureza qualitativa, analítico e compreensivo (Estudo B). O Estudo A teve como objetivo principal fazer o *screening* do consumo de álcool e problemas associados, identificando participantes com consumos de risco, através do The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), de uma amostra de jovens adultos, com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos em processo educativo formal, profissional ou académico, do concelho de Lisboa. Entre aqueles que apresentaram consumo de risco realizou-se estudo analítico, de cariz qualitativo, que visou compreender a trajetória de consumo desde a experimentação até ao consumo atual (Estudo B).

Estes dois estudos serão apresentados e discutidos em capítulos subsequentes, para maior facilidade de apresentação.

### 3.3 Procedimentos éticos

Procedeu-se ao pedido de autorização aos diretores das diferentes instituições e o estudo foi aprovado por uma comissão de avaliação da Universidade de Lisboa e pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (processo nº 219-07/2014) (Anexo I). Após a resposta positiva efetuou-se uma reunião com os coordenadores dos cursos em que foi definido o contexto mais adequado para a realização da recolha de dados. Em sala apropriada escolhida para o efeito, nos momentos previamente agendados, foi dado a conhecer aos participantes os objetivos do estudo. Após ser explicado os direitos individuais de recusar a participação a qualquer momento e sem consequências e de ter sido dadas garantias de confidencialidade dos dados recolhidos bem como de anonimato dos respondentes, cada um dos participantes leu e assinou os termos do consentimento informado antes da distribuição e preenchimento dos questionários. Nestes, incluía-se um campo opcional para a colocação do número de telemóvel, para o caso de se verificar indicação e aceitação de futuros contactos. Aos participantes com *score* igual e superior a 8 no AUDIT e que tinham facultado o contacto telefónico foram seguidas as recomendações da OMS no que respeita à sensibilização e ensino sobre as consequências do consumo.

Aos participantes a quem foi realizada a entrevista foi pedida autorização para a sua gravação áudio.

## **CAPÍTULO IV – ESTUDO A**

*Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em jovens adultos, com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos em processo educativo formal, profissional ou académico, do concelho de Lisboa e sua relação com o sentido interno de coerência*

### **4.1 Metodologia**

#### **4.1.1 Participantes**

Para a realização deste estudo os participantes foram selecionados utilizando a técnica de amostragem por conveniência. A amostra é constituída por indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos. A seleção desta faixa etária teve em consideração as alterações da idade de experimentação e do padrão de consumo de bebidas alcoólicas identificadas desde o final da década de noventa. As alterações ao padrão de consumo desde aí identificadas colocam esta coorte com uma idade atual entre os 20 e os 35 anos.

Nesta faixa etária é exetável que uma parte dos indivíduos se encontrem a trabalhar ou à procura de emprego ou ainda em processo educativo formal, profissional ou académico. Considerando a dificuldade em aceder aos primeiros optou-se por considerar os que se encontravam em processo formativo e, intencionalmente, buscou-se jovens adultos do ensino profissional. Foram identificados na cidade de Lisboa os estabelecimentos educativos que preenchiam a condição de incluir jovens destas idades. Destes, foram selecionados três (3) instituições de ensino superior e duas (2) de ensino profissional. Procedeu-se aos pedidos formais de realização do estudo, tendo-se obtido autorização de duas (2) instituições de cada um dos tipos educativos.

Confirmada a autorização e a seleção dos cursos pelas direções dos estabelecimentos de ensino, efetuou-se uma reunião com os coordenadores dos cursos em apreço em que foi definido o contexto mais adequado para a realização da recolha de dados.

Assim, a amostra ficou condicionada por algumas instituições não autorizarem a realização do estudo e outras identificarem apenas alguns cursos e/ou turmas onde poderia ser realizada a recolha de dados.

#### 4.1.2 Variáveis em estudo e sua operacionalização

##### 4.1.2.1 Variáveis sociodemográficas

*Idade* - Número de anos completos à data da recolha de dados dos indivíduos inquiridos, calculado a partir do ano referido como de nascimento.

*Sexo* - Conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o género dos indivíduos entrevistados. É uma variável dicotómica, considerando-se “masculino” ou “feminino”. O estudo desta variável permitirá avaliar se o género determina comportamentos de consumo diferentes.

*Habilitações académicas / Ano de frequência de Curso* - Grau académico já atingido até ao ano letivo em que se verificou a recolha de dados. Nos alunos que frequentam o ensino superior refere-se ao ano de frequência do curso no ano letivo em que se verificou a colheita de dados.

##### 4.1.2.2 Variáveis desenvolvimentais

*Reside na sua residência habitual* - Condição do estudante estar ou não a viver na casa do seu agregado familiar. Permite definir duas categorias: “sim” ou “não”. O estudo desta variável permitirá avaliar se o fato de residir com a família determina comportamentos de consumo diferentes.

*Estado civil* - Situação da pessoa em relação ao matrimónio ou sociedade conjugal.

*Origem do Suporte Económico* - Meios através dos quais é possível financiar o percurso académico e garantir a sua subsistência. Através desta variável será possível averiguar se os inquiridos são economicamente autónomos, se já iniciaram alguma atividade laboral ou se ainda estão economicamente dependentes de familiares.

*Relações sociais* - Relacionamentos entre indivíduos dentro de um grupo social. A análise desta variável permitirá perceber se os indivíduos têm um grupo de amigos extenso ou reduzido.

*Relação afetiva estável* - Relacionamento afetivo duradouro entre duas pessoas. O estudo desta variável permitirá compreender se o indivíduo já tem uma relação de namoro como é característico neste estágio de desenvolvimento.

#### 4.1.2.3 Consumo de álcool

Quantidade de álcool ingerido nos últimos 12 meses em relação à data de realização dos questionários. Avaliado através do AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test, Babor *et al.* 2001).

#### 4.1.2.4 Sentido de coerência

Aptidão interna e global, para perceber, interpretar e dar sentido às experiências stressantes da vida. Avaliado pelo Questionário do Sentido de Coerência (Antonovsky, 1987).

#### 4.1.3 Instrumentos de medida

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário que incluiu: uma primeira parte de Caracterização Sociodemográfica, o Questionário do Sentido de Coerência - SC (Antonovsky, 1987; Nunes, 1999) e o The Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT (Babor *et al.*, 2001; Cunha, 2002).

#### *Caraterização Sociodemográfica*

A caraterização sociodemográfica dos participantes inclui dados demográficos e questões relacionadas com o estágio de desenvolvimento em que se encontram. De acordo com a Teoria de Desenvolvimento de Erickson os participantes da investigação, com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos encontram-se no estágio designado por adulto jovem. Este caracteriza-se por um número diversificado de tarefas de desenvolvimento sendo estas selecionar um companheiro(a), aprender a viver com um(a) companheiro(a), formar família, educar os filhos, administrar a casa, iniciar uma ocupação, assumir responsabilidades cívicas e encontrar um grupo social conveniente. E, por sua vez, Arnett (2000) tendo em conta as alterações sociais e económicas que as sociedades ocidentais têm experimentado, propõe a identificação de um grupo que denominou de adultos emergentes, entre os 20 e os 30 anos, que é caracterizado por uma transição lenta da adolescência para a adultez e pela “idade das possibilidades”. É, assim expetável que nesta faixa etária haja uma contração do número de amigos e a consolidação de relações mais estáveis e íntimas. De modo a averiguar se estas tarefas de desenvolvimento estão a ser concretizadas foram incluídas nos questionários as

variáveis: Estado civil, existência de uma relação afetiva estável, viver na residência habitual durante os períodos letivos e origem do suporte económico.

*Questionário do Sentido de Coerência (Antonovsky, 1987).*

O sentido de coerência foi avaliado pelo Questionário do Sentido de Coerência (SC), (Antonovsky, 1987). É um questionário constituído por 29 itens que tem como objetivo medir uma orientação global da pessoa em relação à vida.

A operacionalização desta variável, com as suas três componentes, fez-se através de uma escala de 29 itens de diferencial semântico de sete pontos (tipo Likert) posicionados entre duas frases de referência (Nunes, 1999). A pontuação de cada uma das subescalas obtém-se somando as pontuações dos itens respetivos, sendo os itens 1,4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27 a inverter. Os itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26 são referentes à compreensibilidade, os itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27, 29 dizem respeito à dimensão maneabilidade e os itens 4, 7, 8, 11 14, 16, 22, 28 à capacidade de conferir sentido emocional ou significabilidade. O valor SC é o resultado da soma de todos os itens, sendo que quanto mais elevado o valor, mais forte é o sentido de coerência do questionado. As propriedades psicométricas da escala originalmente criada por Antonovsky apresentam uma elevada consistência interna, alfa de Cronbach, para a escala total, entre 0.82 e 0.95. A estabilidade temporal é também referida como sendo muito satisfatória para intervalos de 1 ano ou menos (correlação teste/reteste de 0.76 para um ano 0.80 para seis meses e 0.91 para duas semanas de intervalo) (Antonovsky, 1993).

A versão portuguesa do SC nas versões longa (29 itens) e reduzida (13 itens) foi adaptada para a população portuguesa por Geada, em 1990, revelando excelentes propriedades psicométricas (Geada, 1990; 1994). O coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach, tem variado entre 0.79 e 0.90 (Geada, 1996). Nunes (1999) utilizou igualmente a versão longa no seu trabalho de operacionalização do conceito sentido de coerência, chegando a conclusões idênticas. Neste estudo, o valor do coeficiente de consistência interna, alfa de Cronbach, variou entre 0.83 e 0.90.

*AUDIT - The Alcohol Use Disorder Identification Test (Babor et al., 2001).*

Para avaliar o padrão de consumo e o comportamento de risco utilizou-se o AUDIT. Este questionário foi desenvolvido pela OMS com o intuito específico de realizar

triagem para os problemas relacionados com o uso de álcool sendo também o instrumento recomendado pela DGS para este fim. Tem como objetivo identificar os bebedores de risco avaliando o consumo, sintomas de dependência, consequências pessoais e sociais do beber nos últimos 12 meses. É composto por 10 questões que incluem três itens sobre o uso de álcool, três sobre a dependência e quatro sobre problemas decorrentes do consumo. O seu preenchimento tem uma duração aproximada de 5 minutos. Este questionário poderá apresentar resultados com *scores* que variam entre o zero e os quarenta. O estudo de validação original do AUDIT apresentou uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 94% para um ponto de corte de 8 pontos na deteção de consumos de risco e nocivo (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente & Grant, 1993).

As três primeiras perguntas do AUDIT são também designadas por AUDIT-C constituindo uma avaliação inicial do risco de consumo excessivo de álcool. O AUDIT-C mostrou correlação positiva elevada e significativa com o teste original, apresentando características semelhantes no sexo masculino para um ponto de corte de 5 pontos (sensibilidade 92,40% e especificidade de 74,30%) e no sexo feminino para um ponto de corte de 4 pontos (sensibilidade 90,90 % e especificidade de 68,40 %) (Gual, Segura, Contel, Heather & Colom, 2002).

As perguntas de 4 a 6 identificam a presença ou o início de uma dependência. Os pontos obtidos nas perguntas sete a dez indicam que já existem danos relacionados com o consumo de álcool (Babor *et al.*, 2001). O AUDIT possibilita, ainda, uma classificação do nível de risco e, de acordo com este, uma orientação para a intervenção que vai desde fornecer informação sobre o consumo de álcool a uma avaliação diagnóstica com referência para tratamento. Os níveis de risco são obtidos a partir dos *scores* apresentados. Um *score* inferior a 7 corresponde ao nível I, ou seja, a um consumo de baixo risco ou abstinência; os resultados compreendidos entre 8 e 15 identificam um risco médio e referem-se ao nível II; os participantes do nível III apresentam *scores* compreendidos entre 16 e 19, o que corresponde a um risco elevado; e, os resultados superiores a 20 apresentam critérios de dependência e dizem respeito ao nível IV.

A avaliação do consumo tipo *binge drinking* realizou-se tendo em consideração as respostas à pergunta 3 do AUDIT “Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?”.

#### 4.1.4 Hipóteses

A hipótese pode definir-se como um resultado antecipado das relações entre as variáveis, podendo estabelecer uma ligação de associação ou de causalidade entre as variáveis sendo objeto de uma verificação empírica (Fortin, Cotê & Filion, 2009). Na presente investigação consideraram-se as diferentes variáveis que irão influenciar o consumo de álcool a partir da sua experimentação.

As hipóteses para a investigação realizada foram:

- Há diferença no padrão de consumos de bebidas alcoólicas entre os sexos.
- Há diferença no padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre frequentadores do ensino profissional e académico.
- Há diferença no padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os participantes que residem na residência habitual e os que residem fora, durante os períodos letivos.
- Há diferença nas consequências do consumo de álcool entre sexos.
- Existe correlação entre o sentido de coerência e a idade.
- Há diferença no sentido de coerência entre os sexos.
- Há diferença no sentido de coerência entre frequentadores do ensino profissional e académico.
- Há diferenças entre os grupos de risco de consumo de bebidas alcoólicas e o sentido de coerência.
- Existe correlação entre os padrões de consumo de bebidas alcoólicas e os valores do sentido de coerência.

#### 4.1.5 Procedimento de análise dos dados

Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 23). Foi executada a análise estatística descritiva uni e multivariada nomeadamente a análise de correlações e comparação de médias, além dos necessários testes de normalidade da distribuição das variáveis na amostra.

Em toda a avaliação estatística considerou-se existir significância estatística para valores de  $p$  inferiores a 0,05.

## 4.2 Resultados

### 4.2.1 Análise descritiva

#### 4.2.1.1 Caracterização da amostra

Para constituição da amostra foram recolhidos 260 questionários. Contudo, verificou-se que um questionário foi respondido por um indivíduo com 41 anos. Considerando o desvio em relação ao grupo etário proposto para o estudo, decidiu-se retirar este questionário. A amostra final ficou, assim, constituída por 259 respondentes. A média de idades é de 23,80, com um mínimo de 20 e um máximo de 32.

A caracterização da amostra (Tabela 1) mostra-nos que a maioria é do sexo feminino (67,30%), são solteiros (89,20%), possuem uma relação afetiva estável (76,40%), frequentam o ensino académico (86,90%) e durante o tempo letivo vivem na sua residência habitual (83,80%). No que respeita à origem do suporte económico em 20,80% dos casos este é oriundo da ocupação laboral, em 22,70% de bolsa de estudos, em 64,20% de apoios familiares e 6,50% de outras fontes. O somatório é superior a 100% pois há estudantes que referem mais do que uma fonte de apoio económico\*.

Os participantes referiram ter amigos em número variável sendo a média do número de amigos de 15,13, num mínimo de zero e um máximo de cem.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos da amostra

|   | N   | %       |
|---|-----|---------|
| <b>Sexo</b>                                     |     |         |
| Feminino  | 174 | 67,20%  |
| Masculino                                       | 85  | 32,80%  |
| <b>Formação Académica</b>                       |     |         |
| Ensino Académico                                | 225 | 86,90%  |
| Ensino Profissional                             | 34  | 13,10%  |
| <b>Residência habitual nos períodos letivos</b> |     |         |
| Sim   | 217 | 83,80 % |
| Não   | 39  | 15,10%  |
| Não responde                                    | 3   | 1,20%   |

|                                |     |        |
|--------------------------------|-----|--------|
| <b>Estado civil</b>            |     |        |
| Solteiros                      | 231 | 89,20% |
| Casados/União fato             | 25  | 9,70%  |
| Divorciado/ Separado de fato   | 3   | 1,20%  |
| <b>Suporte Económico*</b>      |     |        |
| Ocupação laboral               | 54  | 20,8%  |
| Bolsa de Estudos               | 59  | 22,80% |
| Apoio de familiares            | 166 | 64,10% |
| Outro                          | 17  | 6,60%  |
| <b>Relações Sociais</b>        |     |        |
| Sim                            | 258 | 99,60% |
| Não                            | 1   | 0,40%  |
| <b>Relação afetiva estável</b> |     |        |
| Sim                            | 198 | 76,40% |
| Não                            | 55  | 21,70% |
| Não responde                   | 6   | 2,30%  |

#### 4.2.1.2 Avaliação do consumo de álcool

A avaliação do consumo de álcool dos participantes inclui a caracterização do consumo, os sintomas sugestivos de dependência e as consequências da ingestão de álcool. A análise destas três características permitirá determinar o nível de risco de consumo dos participantes.

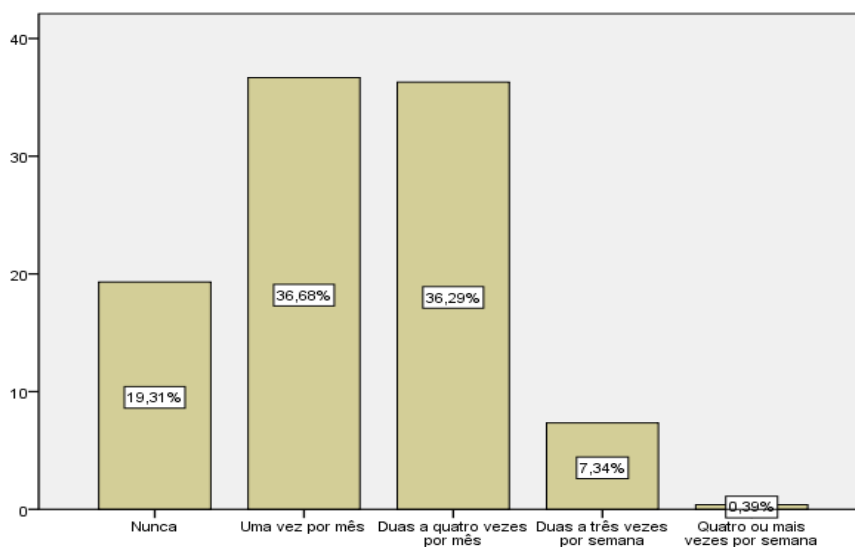
##### 4.2.1.2.1 Caracterização do consumo

A caracterização do consumo é avaliada pelas três primeiras perguntas do AUDIT. Estas avaliam a frequência com que o álcool é consumido, a ingestão média habitual e a frequência com que se realiza um consumo massivo.

##### *Frequência do consumo*

No que se refere à frequência com que é realizada a ingestão de bebidas alcoólicas, constata-se que 19,31% da amostra não tem consumos, 36,68% consumiu bebidas alcoólicas uma vez por mês e 36,29% duas a quatro vezes por mês no último ano (Figura 4).

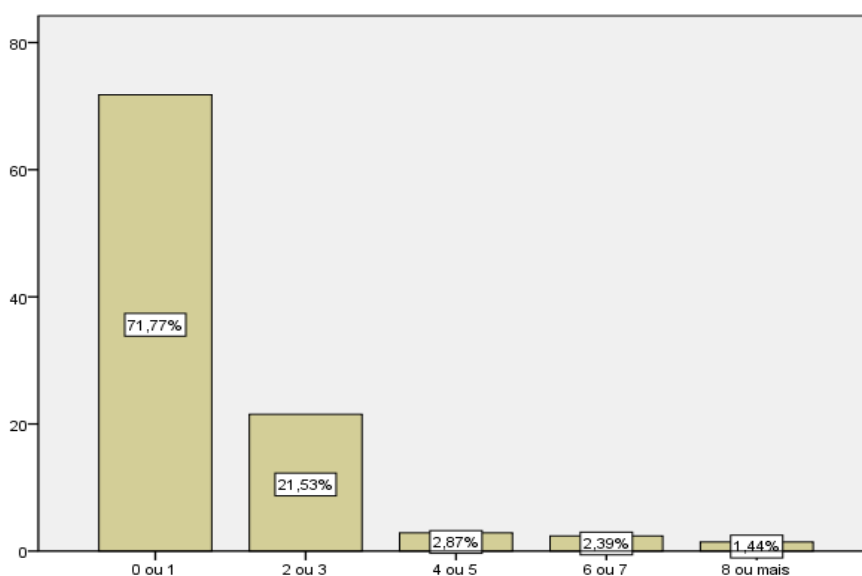
Figura 4 – Frequência do consumo de bebidas alcoólicas (N=259)



#### *Quantidade de bebida num dia normal*

A quantidade de bebidas que contêm álcool ingerida num dia normal, para 71,77% dos participantes, é de uma (1) bebida, no entanto, uma percentagem de 1,44% diz consumir oito (8) ou mais bebidas num dia normal em que se verifica o consumo de álcool (Figura 5).

Figura 5 – Número de bebidas alcoólicas ingeridas num dia normal em que se verifique o consumo de álcool (N=209)

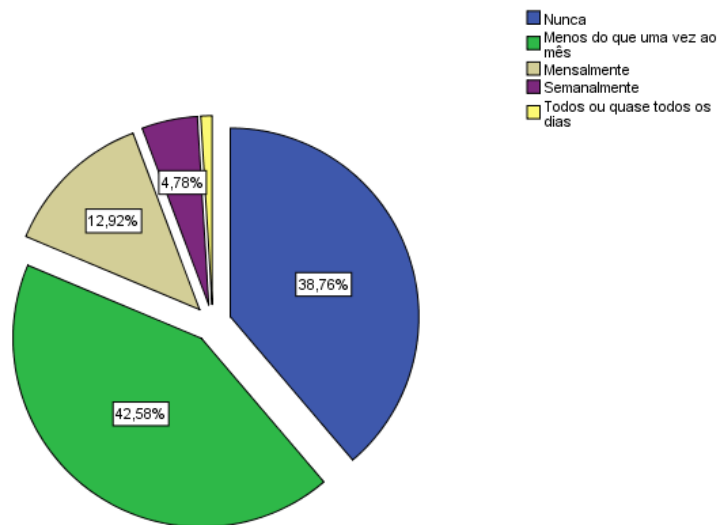


### Consumo do tipo binge drinking

O consumo de álcool foi analisado tendo em consideração o consumo excessivo numa única ocasião (6 bebidas ou mais) seguido de períodos de abstinência, ou seja, o *binge drinking*. A avaliação deste tipo de consumo realizou-se tendo em consideração as respostas à pergunta 3 do AUDIT “Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?”

Nos últimos 12 meses, daqueles que consumiram álcool (N=209), 61,24% já tiveram um comportamento de *binge drinking*. Este tipo de consumo ocorreu, em 42,58%, menos do que uma vez por mês. É de salientar, contudo, que se obtiveram comportamentos mensais em 12,92% dos indivíduos e que em 4,78% este comportamento teve uma frequência semanal e em dois casos (0,96%) em todos ou quase todos os dias (Figura 6)

Figura 6 – Frequência do consumo de 6 bebidas ou mais numa ocasião no último ano (N=209)



#### 4.2.1.2.2 Sintomas sugestivos de dependência de consumo de álcool

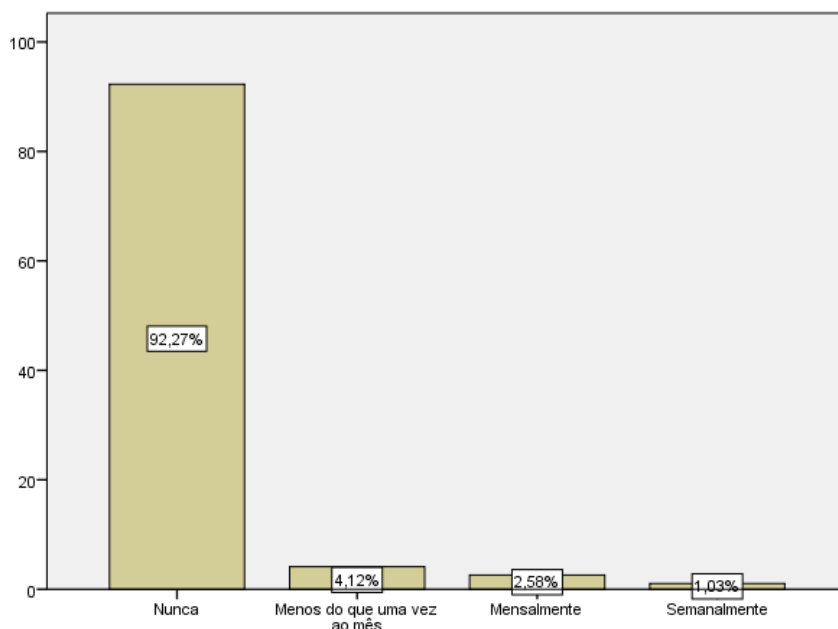
Na trajetória de consumo de bebidas alcoólicas os participantes vão apresentando sintomas que sugerem a dependência de álcool sendo estes a incapacidade de interromper consumos após terem sido iniciados, o fato de não conseguirem fazer o que deles era esperado devido à ingestão de bebidas alcoólicas e a existência de consumos pela manhã com o objetivo de se poder sentir bem após ter bebido bastante no dia

anterior. Os sinais sugestivos de dependência foram analisados na amostra constituída pelos participantes com consumos de álcool nos últimos 12 meses (N=209).

### *Incapacidade de controlo*

Na amostra dos participantes com consumos de bebidas alcoólicas, no que se refere à manutenção da capacidade de controlo sobre a ingestão de bebidas alcoólicas constatou-se que 4,12% da amostra diz que menos do que uma vez por mês não consegue interromper os consumos, uma percentagem de 2,58% apresenta este comportamento mensalmente e uma percentagem de 7,20% optou por não responder a esta questão (Figura 7).

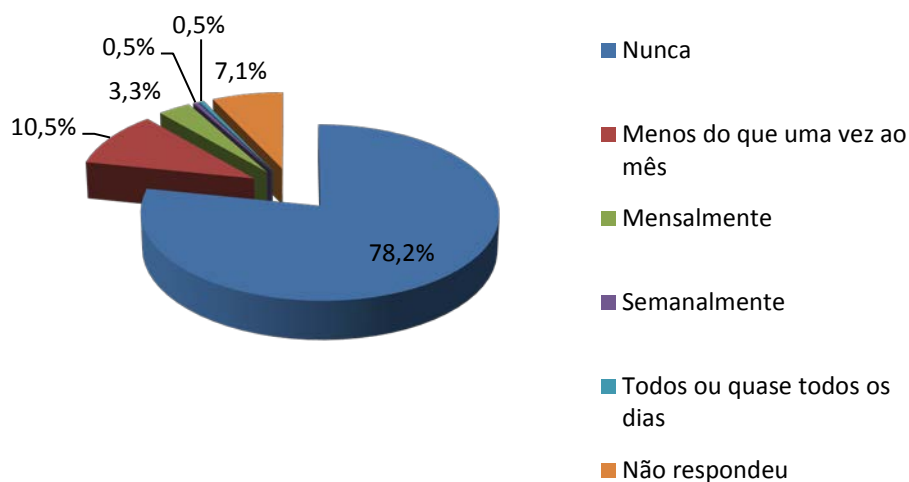
Figura 7 – Incapacidade de interromper o consumo de álcool após ter iniciado o seu consumo no último ano (N=209)



### *Cumprimento de tarefas*

A incapacidade de cumprir as tarefas/compromissos devido à ingestão de bebidas alcoólicas, foi apontada por 14,80% dos participantes sendo que uma percentagem de 10,5% refere esta ocorrência menos do que uma vez por mês e 3,3 % mensalmente. Uma percentagem de 7,1% dos participantes optou por não responder à pergunta (Figura 8).

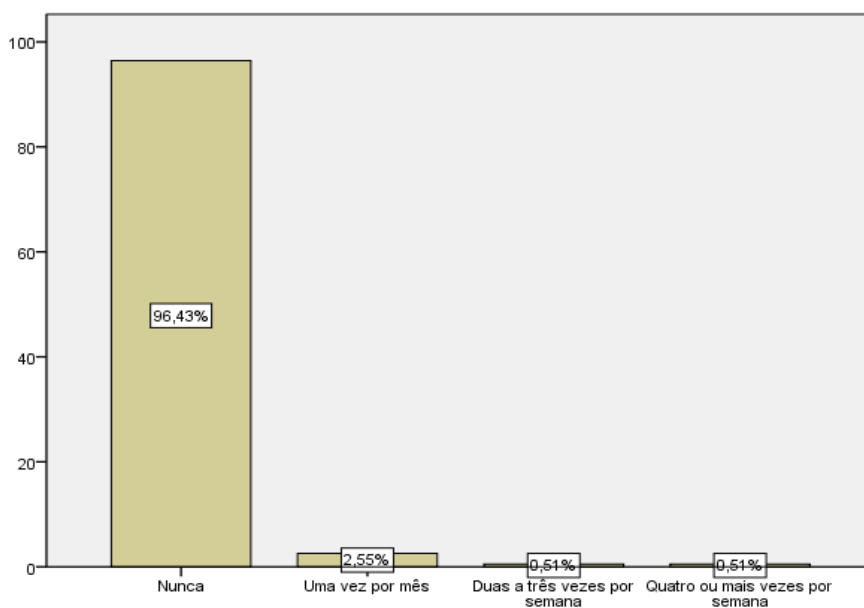
Figura 8 – Incapacidade de cumprir tarefas esperadas após o consumo de álcool no último ano (N=209)



### *Ingestão de bebidas alcoólicas pela manhã*

A ingestão de bebidas alcoólicas pela manhã com o objetivo de se poder sentir bem após ter bebido bastante no dia anterior foi identificada em 3,57% dos participantes no entanto uma percentagem de 6,20% optou por não responder a esta questão.

Figura 9 – Ingestão de bebidas alcoólicas pela manhã para alívio de mau estar por ter bebido no dia anterior (N=209)



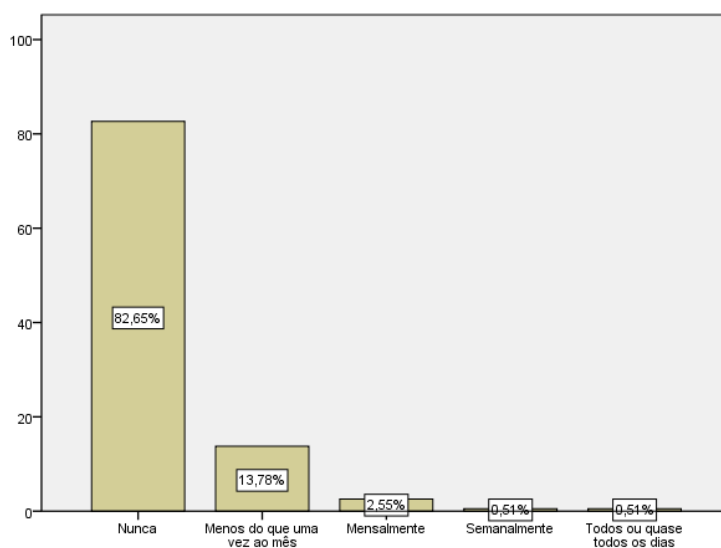
#### 4.2.1.2.3 Problemas causados pelo consumo de álcool

Os problemas relacionados com o consumo de álcool avaliados através do AUDIT são a existência de sentimentos de culpa, *blackouts*, ter ficado ferido ou ferir alguém devido aos consumos e alguém já ter chamado a atenção ou criticado devido à ingestão de bebidas alcoólicas. Os problemas causados pelo consumo de álcool foram analisados nos participantes que apresentaram consumos de álcool nos últimos 12 meses (N=209).

##### *Sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido*

No que se refere aos sentimentos de culpa é de realçar que uma percentagem de 17,33% refere já ter sentido remorsos ou sentimentos de culpa pelos consumos de álcool realizados sendo que uma percentagem de 2,55% refere estes sentimentos mensalmente. 6,20% dos participantes optaram por não responder a esta questão (Figura 10).

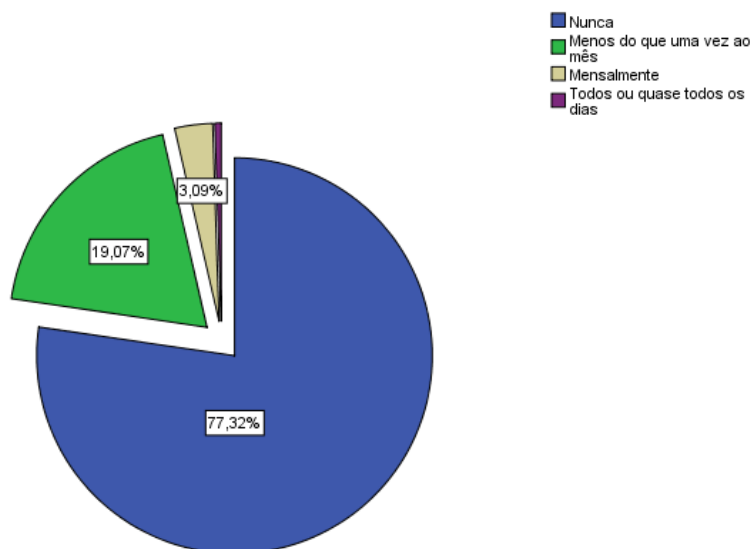
Figura 10 – Sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido no último ano (N=209)



##### *Frequência de incapacidade de recordar ocorrências devido ao consumo*

A incapacidade de recordar ocorrências devido ao consumo de álcool ou os *blackouts* são apontados por 22,45% dos participantes realçando-se que uma percentagem de 7,2% optou por não responder a esta questão.

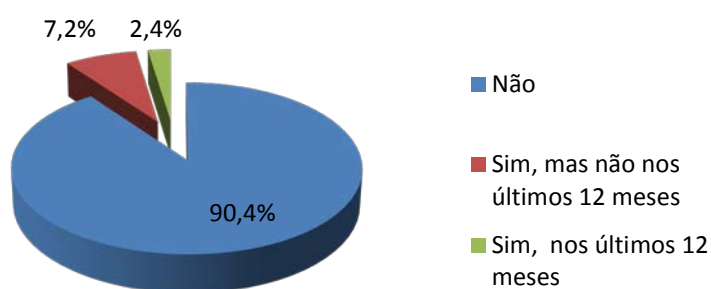
Figura 11 – Frequência de incapacidade de recordar ocorrências devido ao consumo de álcool no último ano



#### *Episódios de dano relacionados com o consumo*

A ocorrência de danos relacionados com o consumo foi registada por 9,6% da amostra que relatou já ter ficado ferido ou alguém ter sido ferido por ter bebido devido aos consumos de álcool (Figura 12).

Figura 12 – Episódios de dano no próprio ou em terceiros causados pelo consumo de álcool

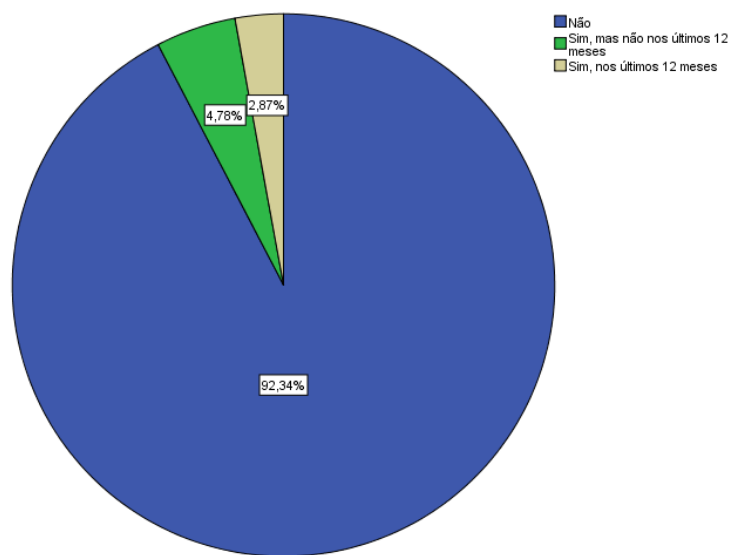


#### *Sugestão de terceiros de que devia parar de beber*

Por vezes a interpelação por terceiros, frequentemente por pessoas mais próximas, é um indicador de alarme. Neste estudo 7,65% dos participantes referem que já algum

familiar, amigo, médico ou profissional de saúde já ter manifestado preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber nos últimos 12 meses (Figura 13).

Figura 13 – Sugestão de terceiros de que devia parar de beber nos últimos 12 meses



#### 4.2.1.2.4 Padrão de consumo de bebidas alcoólicas (AUDIT-C)

Os valores apresentados no somatório das três primeiras perguntas do AUDIT, ou seja, o AUDIT-C mostram que 18,10% dos participantes apresentam um *score* igual ou inferior a 3 ou seja, ou não consomem bebidas alcoólicas, ou este consumo não apresenta riscos para a saúde. No entanto, como podemos verificar pelos resultados seguintes, a dispersão é grande.

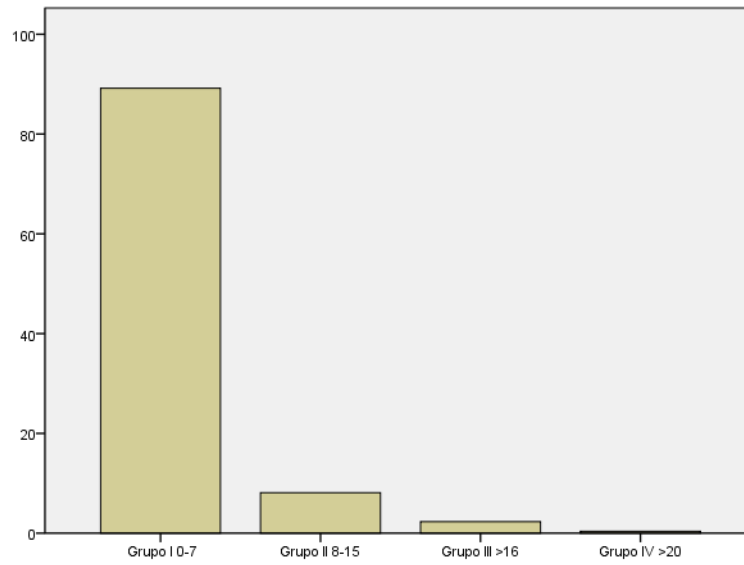
A média dos valores apresentados foi de 2,36, com um desvio padrão de 1,96, para um mínimo de 0,00 e um máximo de 11,00.

#### 4.2.1.2.5 Consumo de bebidas alcoólicas determinadas pelo valor do *score* total do AUDIT. Determinação do nível de risco.

O valor do *score* total do AUDIT permitiu identificar diferentes níveis de risco nos consumos de bebidas alcoólicas. No que diz respeito à identificação de um padrão de consumo de risco ou prejudicial verificámos que, de acordo com o *score* global dos dados obtidos pelo AUDIT, 89,20% da amostra não apresenta consumos de risco, ou

seja apresentam um *score* compreendido ente 0 e 7. No entanto, uma percentagem de 10,8% apresentou *score* superior a oito, correspondendo a 21 casos de nível II, com *scores* compreendidos entre 8 e 15. No nível III (*score* compreendido entre 16 e 19) foram identificados quatro participantes e no nível IV ou seja com um *score* superior a 20, três participantes (Figura 14).

Figura 14 – Grupos de Risco identificados através do AUDIT



De acordo com o *score* total do AUDIT os participantes foram divididos em quatro grupos sendo que um dos grupos (Grupo IV) ficou com apenas 3 participantes. De modo a facilitar a análise estatística dos dados, na análise inferencial, os participantes do Grupo IV foram incluídos no Grupo III passando este a incluir todos os que apresentam consumos nocivos e/ou dependência.

A percentagem de participantes sem consumos de risco identificados pelo AUDIT-C é de 18,10% dos participantes, ou seja, é inferior aos 89,20% dos participantes identificados pelo *score* total do AUDIT. Sendo o AUDIT-C o primeiro passo para a avaliação dos potenciais consumos de risco é importante que este retenha um maior número de casos (mesmo que se venham a verificar serem falsos positivos), uma vez que serão alvo de uma avaliação subsequente.

#### 4.2.1.3 Medida do Sentido de Coerência

Um dos objetivos da presente investigação era avaliar o SC dos participantes. Este é constituído por três componentes sendo estas a compreensibilidade, a maneabilidade e a capacidade de conferir sentido emocional ou significabilidade.

No que diz respeito à medida do sentido de coerência verificámos que a média do *score* global foi de 139,74. As médias das diferentes dimensões em que o SC se pode dividir foram a da dimensão compreensibilidade com 47,44, da dimensão maneabilidade com um valor médio de 48,94 e da significabilidade com 43,69.

Tabela 2 – Sentido de Coerência total (SC Total), Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Mane) e Significabilidade (Signif): Média (M), Desvio Padrão (DP), Mediana (Md), valores mínimos (Min) e valores máximos (Máx)

|          | N   | Min   | Máx    | Md     | M      | DP    |
|----------|-----|-------|--------|--------|--------|-------|
| Comp     | 252 | 27,00 | 105,00 | 47,00  | 47,44  | 9,27  |
| Mane     | 245 | 16,00 | 67,00  | 49,00  | 48,94  | 7,84  |
| Signif   | 243 | 14,00 | 107,00 | 45,00  | 43,69  | 8,19  |
| SC Total | 232 | 73,00 | 206,00 | 140,00 | 139,74 | 18,99 |

#### *Estudo de normalidade da distribuição das variáveis de sentido de coerência*

Existem evidências estatísticas de que o valor de SC total segue uma distribuição normal de média 139,74 e desvio padrão de 18,99 ( $KS_{(232)}=0,04$ ;  $p=0,20$ ) pelo que se assume que o valor de SC é normalmente distribuído.

Na dimensão maneabilidade constatou-se que também existem evidências estatísticas de que esta dimensão segue uma distribuição normal de média 48,94 e desvio padrão 7,84 ( $KS_{(245)}=0,05$ ;  $p=0,20$ ) pelo que se assume que o valor da maneabilidade é normalmente distribuído.

Nas dimensões compreensibilidade ( $KS_{(252)}=0,09$ ;  $p=0,00$ ) e significabilidade ( $KS_{(243)}=0,09$ ;  $p=0,00$ ) não se encontraram evidências estatísticas de que estas dimensões seguem uma distribuição normal.

Considerando estes resultados utilizou-se testes paramétricos para análise das primeiras e não paramétricos quando as condições de normalidade não se verificaram.

#### 4.2.2 Estudo da relação entre as variáveis – Teste de hipóteses

O consumo de bebidas alcoólicas é influenciado por múltiplas variáveis. De modo a averiguar, na amostra em estudo, o que vai influenciar o consumo de álcool fomos analisar a relação entre tipos de consumo (AUDIT-C, níveis de risco definidos pelo AUDIT e o consumo *binge drinking*) e as outras variáveis em estudo (sexo, tipo de ensino frequentado e residência durante os períodos letivos). Foi também avaliada a existência da relação entre as consequências do consumo de álcool e o género. No que se refere ao SC, analisou-se a relação entre as variáveis que poderão influenciar a sua formação (idade, sexo, tipo de ensino frequentado).

De modo a compreender como o SC influencia o consumo de bebidas alcoólicas, estudou-se a existência de diferenças no valor de SC e das diferentes dimensões que o constituem nos diferentes grupos constituídos pelos níveis de risco definidos pelo AUDIT. Avaliou-se também a existência de diferenças no SC e a prática de *binge drinking*.

Por fim, foi averiguada a existência de correlação ente o padrão de consumo de álcool (AUDIT-C) e o SC total e nas diferentes dimensões que o constituem.

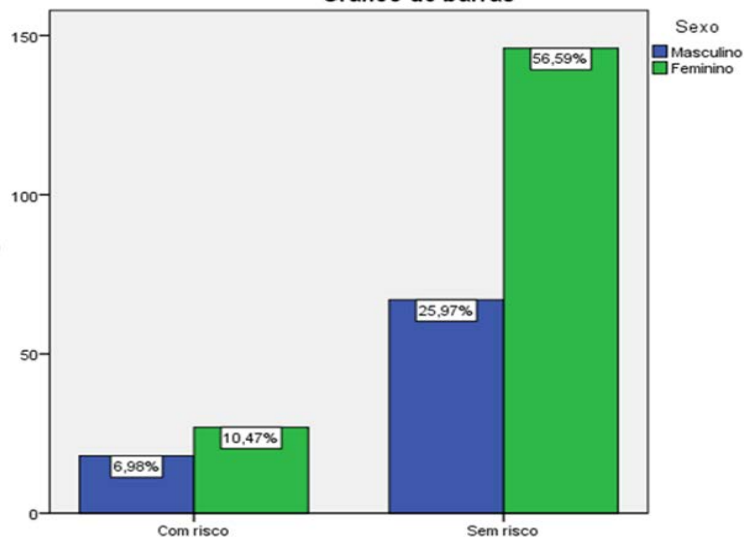
#### 4.2.2.3 Estudo da relação entre o consumo de álcool e o sexo

##### *Relação entre o valor do AUDIT-C e o sexo*

Ao considerar o AUDIT-C, ou seja, o conjunto das três primeiras questões do AUDIT que avaliam o uso de álcool no que respeita a frequência e quantidades ingeridas e os

valores de referência para homens e mulheres, verifica-se que na amostra total, 6,98% (18 participantes) dos homens e 10,47% (27 participantes) das mulheres apresentaram consumos considerados de risco (Figura 15) sendo esta diferença estatisticamente significativa  $X^2_{(10)} = 23,59; p=0,00$ .

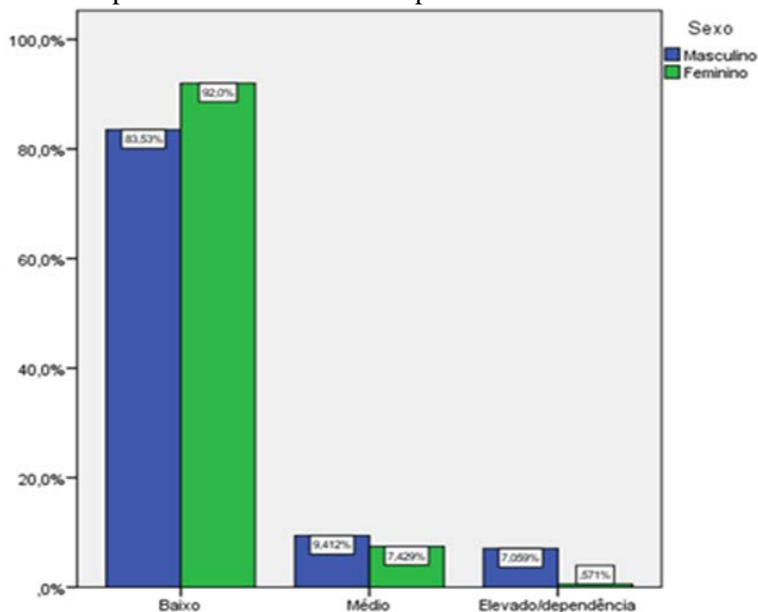
Figura 15 – Valores do AUDIT-C distribuídos por sexos



*Relação entre os níveis de risco identificados pelo AUDIT e o sexo*

Na amostra total dos participantes (N= 259), considerando as diferenças quanto ao sexo nos grupos de risco definidos pelo AUDIT, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos  $X^2_{(2)} = 9,60; p= 0,01$ .

Figura 16 – Grupos de risco para o consumo de bebidas alcoólicas identificados pelo AUDIT distribuídos por sexos



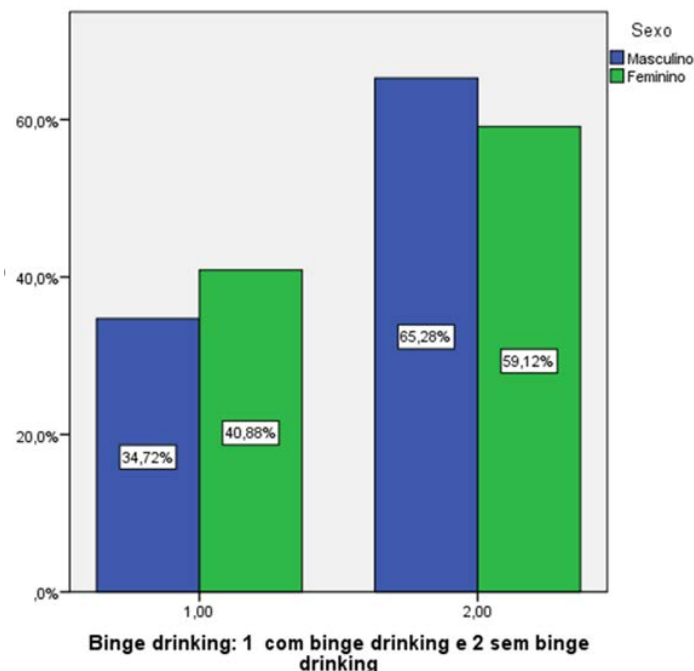
Tal como observado na figura 16, a percentagem de indivíduos do sexo masculino identificados pelo AUDIT com consumos considerados de risco é de 16,50% e de 8,00% nos indivíduos do sexo feminino.

Como podemos verificar o número total de mulheres identificadas com consumos de risco é superior quando consideramos o valor do AUDIT-C. Esta medida tem em consideração o número de bebidas padrão por sexo o que explica a maior percentagem de mulheres identificadas com consumos de risco. O *score* total do AUDIT avalia as consequências do consumo e os sinais sugestivos de dependência o que remete para um maior número de consequências e sinais sugestivos de dependência no sexo masculino.

#### *Relação entre o padrão de consumo binge drinking e o sexo (N=209)*

Ao averiguar a diferença entre sexos no que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas do tipo *binge drinking* (N=209), constatou-se que existe uma maior percentagem de indivíduos do sexo feminino (40,88% das mulheres *versus* 34,72% dos homens) com consumos do tipo *binge drinking*, no entanto esta diferença proporcional não é estatisticamente significativa ( $X^2_{(1)}=0,75$ ;  $p=0,39$ ) (Figura 17).

Figura 17 - Consumo de 6 bebidas ou mais numa ocasião no último ano por sexo (N=209)



Na análise do padrão de consumo de álcool (AUDIT-C) constatou-se que é maior a percentagem de mulheres com consumos de risco assim como nos praticantes de *binge drinking*. Por outro lado, é maior a percentagem no sexo masculino de consumos de risco e nocivos identificados pelo AUDIT total, o que aponta para uma maior

percentagem de consequências do consumo e sinais sugestivos nestes participantes. Considerando que o *binge drinking* também acarreta consequências, podendo mesmo evoluir para a dependência, considerou-se importante averiguar a existência de relação entre os praticantes de *binge drinking* e os grupos de risco identificados pelo score total do AUDIT.

#### *Relação entre os padrões de consumo definidos pelo AUDIT e o binge drinking*

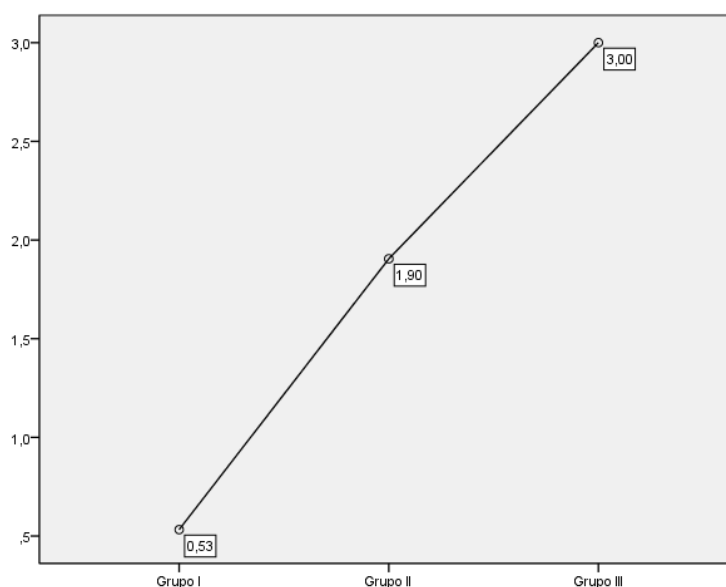
Com o intuito de melhor caracterizar os diferentes grupos de risco de consumo de bebidas alcoólicas identificados pelo AUDIT fomos analisar a relação entre os padrões definidos pelo *score* total do AUDIT e o consumo do tipo *binge drinking*.

Os participantes foram divididos em três grupos (de acordo com o *score* total do AUDIT), consumidores de baixo risco, consumidores de risco e consumidores com consumo nocivo e/ou dependência. Em cada um dos grupos comparou-se a média de consumo do tipo *binge drinking*. Utilizou-se o teste paramétrico One-way ANOVA (F).

Constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ( $F_{2;209} = 63,69; p=0,00$ ).

As comparações Post-Hoc, por teste Bonferroni, indicaram que o Grupo III apresenta médias mais elevadas deste tipo de consumo ( $M=3,00; DP= 0,82$ ).

Figura 18 – Média de *binge drinking* por grupo de risco



#### 4.2.2.4 Estudo da relação entre o consumo de álcool e o tipo de ensino frequentado

##### *Relação entre o consumo de risco definido pelo score total do AUDIT e o tipo de ensino frequentado*

Para uma melhor caracterização dos consumidores de risco identificados pelo AUDIT optou-se por averiguar a relação entre o tipo de ensino frequentado e o consumo de álcool. Para isso, os participantes foram divididos em dois grupos sendo estes os que não apresentam consumos de risco (*score* do AUDIT inferior a 7) e consumidores com consumos considerados de risco (*score* do AUDIT igual ou superior a 8).

Foi realizado o teste não paramétrico (teste de independência do Qui-quadrado –  $X^2$ ) por estarem em análise duas amostras qualitativas nominais. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao tipo de ensino frequentado e a existência de consumos de risco ( $X^2_{(1)}=0,62$  e  $p=0,39$ ). No entanto verifica-se uma maior percentagem de consumidores de risco nos participantes que frequentam o ensino profissional (14,70% *versus* 10,20%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Existência de consumos de risco identificados pelo *score* total do AUDIT e tipo de ensino frequentado

|                       | Ensino Académico | Ensino Profissional |
|-----------------------|------------------|---------------------|
| Consumos de Risco Não | 202 (89,8%)      | 29 (85,3%)          |
| Consumos de Risco Sim | 23 (10,2 %)      | 5 (14,7%)           |
| Total                 | 225 (100%)       | 34 (100%)           |

##### *Relação entre o padrão de consumo binge drinking e o tipo de ensino frequentado*

O consumo do tipo *binge drinking*, nos participantes com consumos de álcool nos últimos 12 meses (N=209), foi também investigado nos participantes que frequentam o ensino académico e o ensino profissional. Os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com o tipo de ensino frequentado. O consumo *binge drinking* foi avaliado tendo em consideração as respostas à pergunta AUDIT 3. Utilizou-se o teste *t* para amostras independentes, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $t_{(207)} = -1,27$ ;  $p=0,20$ ), apesar de nos estudantes do ensino profissional se verificar uma média superior de praticantes de *binge drinking* (M= 1,09; DP= 1,08) comparativamente aos do ensino académico (M=0,84; DP=0,85).

#### 4.2.2.5 Estudo da relação entre o consumo de álcool e a residência habitual durante os períodos letivos

##### *Relação entre os consumos de risco identificados pelo score total do AUDIT e a residência habitual durante os períodos letivos*

De modo a averiguar se o fato de residir durante os períodos letivos fora da residência habitual influenciou o consumo de bebidas alcoólicas dividiram-se os participantes em dois grupos, os que residem com a sua família durante os períodos letivos (residência habitual: sim) e os que estão afastados do ambiente familiar durante os períodos letivos (residência habitual: não). No que se refere aos consumos de risco, os participantes também foram divididos em dois grupos, os que não apresentam consumos de risco (*score* do AUDIT inferior ou igual a 7) e consumidores com consumos considerados de risco (*score* do AUDIT superior ou igual a 8) (Tabela 4).

Tabela 4 – Residência habitual durante os períodos letivos e consumos de risco de álcool

|                          | Residência habitual<br>Sim | Residência habitual<br>Não |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Consumos de Risco<br>Não | 198 (91,20%)               | 30 (76,90%)                |
| Consumos de Risco<br>Sim | 19 (8,80%)                 | 9 (23,10%)                 |
| Total                    | 217 (100%)                 | 39 (100%)                  |

Verificou-se maior percentagem de consumidores de risco nos participantes que não residem na sua residência habitual durante os períodos letivos (23,10% *versus* 8,80%) sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $X^2_{(1)}=6,96 p=0,00$ ).

##### *Relação entre o padrão de consumo binge drinking e a residência habitual durante os períodos letivos*

O consumo de álcool do tipo *binge drinking*, foi também analisado tendo em consideração a residência dos participantes durante os períodos letivos. Os participantes foram divididos em dois grupos sendo estes os que residem com a sua família durante os períodos letivos (residentes em alojamento habitual) e os que estão afastados do ambiente familiar durante os períodos letivos (deslocados).

Utilizou-se o teste *t* para amostras independentes tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $t_{(204)}=-1,99$ ;  $p= 0,05$ ) sendo o grupo dos deslocados (M dos deslocados = 1,14; DP=1,00) o que apresenta uma média mais elevada comparativamente aos residentes em alojamento habitual (M dos residentes em alojamento habitual = 0,82; DP= 0,85).

#### 4.2.2.6 Estudo da relação das consequências de consumo de álcool e sexo

Na amostra dos participantes com consumos (N=209), averiguou-se a diferença entre sexos na identificação das consequências de consumo de álcool, identificadas pelo AUDIT. As consequências do consumo foram analisadas nas respostas do AUDIT 7 (sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido), AUDIT 8 (incapacidade de recordar o que aconteceu devido à ingestão de bebidas alcoólicas), AUDIT 9 (episódios de dano no próprio ou em terceiros causados pelo consumo de álcool) e AUDIT 10 (sugestão de terceiros de que devia parar de beber nos últimos 12 meses).

Foi utilizado o teste não paramétrico U Mann-Whitney na análise da comparação entre sexos das consequências do consumo de álcool pois as respostas 7, 8, 9 e 10 do AUDIT não apresentam distribuição da normal.

Tabela 5 – Relação entre a existência de consequências do consumo de álcool identificadas pelo AUDIT e Sexo: Número de participantes (N), Posto Médio (Posto Médio), valor do teste U Mann-Whitney (U) e valor da significância (*p*)

|  | Sexo Feminino |             | Sexo Masculino |             | <i>U</i> | <i>p</i> |
|--|---------------|-------------|----------------|-------------|----------|----------|
|  | N             | Posto Médio | N              | Posto Médio |          |          |
| Sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido                      | 126           | 93,91       | 70             | 106,76      | 3832,00  | 0,02     |
| Frequência de incapacidade de recordar ocorrências devido ao consumo | 125           | 91,38       | 69             | 108,59      | 3547,50  | 0,00     |
| Episódios de dano relacionados com o consumo                         | 137           | 101,92      | 72             | 110,86      | 4510,00  | 0,05     |
| Sugestão de terceiros de que devia parar de beber                    | 137           | 100,88      | 72             | 112,84      | 6574,00  | 0,00     |

Nos “sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido” encontraram-se diferenças estatisticamente significativas  $U=3832,00$ ;  $z=-2,31$  e  $p=0,02$  sendo esta superior nos participantes do sexo masculino (106,76 no sexo masculino e 93,91 no sexo feminino).

Na “frequência de incapacidade de recordar ocorrências devido ao consumo” encontraram-se também diferenças estatisticamente significativas  $U=3547,50$ ;  $z=-2,81$  e  $p=0,00$  sendo os participantes do sexo masculino os que apresentam mais frequentemente estes episódios (108,59 no sexo masculino e 91,38 nos participantes do sexo feminino).

De igual modo, os “episódios de dano relacionados com o consumo” são mais frequentes nos participantes do sexo masculino (110,86 no sexo masculino e 101,92 no sexo feminino) sendo a diferença entre sexos estatisticamente significativa  $U= 4510,00$ ;  $z=-1,99$  e  $p=0,05$ .

A mesma diferença entre sexos foi encontrada na “sugestão de terceiros de que devia parar de beber”. Os participantes do sexo masculino foram os que mais críticas receberam de familiares e amigos (112,84 no sexo masculino e 100,88 no sexo feminino) sendo a diferença entre sexos estatisticamente significativa  $U=4367,50$ ;  $z=2,95$  e  $p=0,00$ .

Constatou-se, assim, que existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos em todas as consequências, sendo os participantes do sexo masculino os que identificam mais consequências associadas ao consumo.

Na análise dos dados verificou-se que o grupo dos consumidores de risco é constituído maioritariamente pelo sexo masculino. Neste grupo constatou-se também uma maior percentagem de participantes que frequentam o ensino profissional e estão fora da residência habitual nos períodos letivos. O padrão de consumo do tipo *binge drinking* apresenta um maior número de consumidores do sexo feminino, sendo também em maior percentagem os participantes que frequentam o ensino profissional. Este padrão de consumo é mais frequente nos participantes que estão deslocados da residência habitual durante os períodos letivos. O grupo dos consumidores de risco nocivo e/ou dependência é o que apresenta mais *binge drinking*.

#### 4.2.2.7 - Estudo da influência do sentido de coerência (SC)

Na presente investigação foi proposto o objetivo de analisar a relação entre o SC e o consumo de bebidas alcoólicas. O SC determina a orientação global da pessoa em relação à vida. É formado durante as primeiras décadas do ciclo de vida pelo que a sua formação é influenciada por diferentes fatores, na relação da pessoa com o contexto. A idade, sendo uma componente desenvolvimental parece ir perdendo força à medida que se aproxima a idade adulta e as fases mais avançadas da vida. Assim fomos averiguar a existência de correlação entre a idade e o SC e as diferentes dimensões que o constituem. Analisou-se, também, a influência do sexo e do tipo de ensino frequentado. Foram utilizados testes paramétricos para avaliar a relação entre o SC total e a dimensão maneabilidade e testes não paramétricos para as dimensões compreensibilidade e significabilidade. Por último, averiguou-se a relação entre o SC e o AUDIT-C, os diferentes padrões de consumo identificados pelo AUDIT e no consumo do tipo *binge drinking*.

##### 4.2.2.7.1 Relação entre o SC e a Idade

As correlações encontradas são muito fracas e não são estatisticamente significativas tanto para o valor total de sentido de coerência ( $r=0,124$ ;  $p=0,063$ ), como as dimensões que o constituem tal como mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Correlação entre a idade e o Sentido de Coerência (SC Total) e as dimensões que o constituem, Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Man) e Significabilidade (Signif) e valor da significância ( $p$ )

|       | Comp  | Man   | Signif | Total |
|-------|-------|-------|--------|-------|
| Idade | 0,118 | 0,124 | 0,094  | 0,124 |
| $p$   | 0,065 | 0,055 | 0,150  | 0,063 |

##### 4.2.2.7.2 Relação entre o Sentido de Coerência e o sexo

A comparação entre os dois sexos foi realizada através de testes paramétricos, teste  $t$  para amostras independentes, quanto ao valor total de SC e na dimensão Maneabilidade, uma vez que cumprem os critérios de normalidade (Tabela 7).

Tabela 7 - Relação entre o Sexo e o Sentido Coerência total (SC Total) e a dimensão Maneabilidade (Man): Média (M), Desvio Padrão (DP), valor do test  $t$  ( $t$ ) e valor da significância ( $p$ )

|          | Sexo Feminino |       | Sexo Masculino |       | $t$   | $gl$ | $P$  |
|----------|---------------|-------|----------------|-------|-------|------|------|
|          | M             | DP    | M              | DP    |       |      |      |
| Man      | 49,14         | 7,60  | 48,53          | 8,37  | -0,57 | 243  | 0,57 |
| SC Total | 140,93        | 18,39 | 137,24         | 20,10 | -1,39 | 230  | 0,17 |

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos no que se refere ao valor de SC total. Verificou-se que Levene=0,99;  $p=0,32$  pelo que se assume que as variâncias são iguais. Assim ao comparar-se os dois grupos de estudantes não ficou provada a diferença entre sexos no que se refere ao valor SC total  $t_{(230)}=1,39$ ;  $p=0,17$  apesar dos participantes do sexo feminino apresentarem médias mais elevadas de SC total (M=140,92; DP=18,38) que os participantes do sexo masculino (M=137,24; DP=20,10).

Na dimensão maneabilidade, Levene=1,72;  $p=0,19$  pelo que se assumiu a igualdade das variâncias. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos  $t_{(243)}=0,57$ ;  $p=0,57$ , sendo a média da maneabilidade superior no sexo feminino (M=49,14; DP=7,60) comparativamente ao sexo masculino (M= 48,53; DP=8,37). Por não apresentarem distribuição normal foi utilizado o teste não paramétrico U Mann-Whitney nas dimensões Compreensibilidade e Significabilidade (tabela 8).

Tabela 8 – Relação entre Sexo e as dimensões Compreensibilidade e Significabilidade: Número de participantes (N), Posto Médio (Posto Médio), valor do teste U Mann-Whitney (U) e valor da significância ( $p$ )

|                    | Sexo Feminino |             | Sexo Masculino |             | $U$     | $P$  |
|--------------------|---------------|-------------|----------------|-------------|---------|------|
|                    | N             | Posto Médio | N              | Posto Médio |         |      |
| Compreensibilidade | 171           | 125,23      | 81             | 129,18      | 6708,50 | 0,69 |
| Significabilidade  | 164           | 129,95      | 79             | 105,49      | 5174,00 | 0,01 |

Não há diferenças estatisticamente significativas na dimensão compreensibilidade entre os sexos,  $U=6708,50$ ;  $z= -0,40$   $p=0,69$ . Na dimensão significabilidade constatou-se que existem diferenças significativas entre o sexo feminino e o masculino,  $U=5174,00$ ;  $z= -2,54$  e  $p=0,01$  sendo esta superior nos indivíduos do sexo feminino.

Os indivíduos do sexo feminino apresentam médias superiores no *score* global de sentido de coerência e nas dimensões maneabilidade e significabilidade. Contudo estas diferenças apenas são significativas na significabilidade.

#### 4.2.2.7.3 Relação entre o sentido de coerência e tipo de formação frequentado

A avaliação da relação entre o SC total e a dimensão maneabilidade e o tipo de ensino frequentado foi realizada através de testes paramétricos (teste *t*) (Tabela 9).

Tabela 9 – Relação entre o Sentido de Coerência Total (SC Total) e Maneabilidade (Man) e tipo de ensino frequentado: Média (M), Desvio Padrão (DP), valor de (*t*) e valor da significância (*p*)

|          | Ensino Superior |       | Ensino Profissional |       | <i>t</i> | gl  | <i>P</i> |
|----------|-----------------|-------|---------------------|-------|----------|-----|----------|
|          | M               | DP    | M                   | DP    |          |     |          |
| Man      | 49,46           | 7,53  | 45,39               | 9,12  | 2,73     | 230 | 0,00     |
| SC Total | 140,54          | 19,37 | 133,63              | 14,74 | 1,78     | 243 | 0,07     |

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que frequentam o ensino acadêmico e o profissional no que se refere ao valor de SC total. De fato, ao comparar-se os dois grupos de estudantes verificou-se que apesar dos participantes que frequentam o ensino superior apresentarem médias mais elevadas de SC total ( $M=140,54$ ;  $DP=19,37$ ) do que os participantes que frequentam o ensino profissional ( $M=133,63$ ;  $DP=14,74$ ) esta diferença não é estatisticamente significativa (SC total  $t_{(230)}=1,78$ ;  $p=0,07$ ).

Na dimensão maneabilidade, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos  $t_{(243)}=2,73$ ;  $p=0,00$ , sendo a média da maneabilidade superior nos participantes que frequentam o ensino acadêmico ( $M=49,46$ ;  $DP=7,53$ ) comparativamente aos que frequentam o ensino profissional ( $M=45,39$ ;  $DP=9,12$ ).

Para a análise da relação entre as dimensões compreensibilidade e significabilidade e o tipo de ensino frequentado foi utilizado o teste não paramétrico U Mann-Whitney (U) (Tabela 10).

Tabela 10 – Relação entre as dimensões Compreensibilidade e Significabilidade e o tipo de ensino frequentado: Número de participantes (N), Posto Médio (Posto Médio), valor do teste U Mann-Whitney (U) e valor da significância (*p*)

|                    | Ensino Superior |             | Ensino Profissional |             | <i>U</i> | <i>P</i> |
|--------------------|-----------------|-------------|---------------------|-------------|----------|----------|
|                    | N               | Posto Médio | N                   | Posto Médio |          |          |
| Compreensibilidade | 221             | 129,41      | 31                  | 105,76      | 2782,50  | 0,09     |
| Significabilidade  | 216             | 125,31      | 27                  | 95,52       | 2201,00  | 0,04     |

Não há diferenças estatisticamente significativas na dimensão compreensibilidade entre os participantes que frequentam o ensino acadêmico e o ensino profissional  $U=2782,50$ ;  $z=-1,69$  e  $p=0,09$  (129,41 no ensino superior *versus* 105,76 no ensino profissional).

Na dimensão significabilidade encontraram-se diferenças estatisticamente significativas  $U=2201,00$ ;  $z=-2,08$  e  $p=0,04$  sendo esta superior nos participantes que frequentam o ensino acadêmico (125,31 nos participantes que frequentam o ensino acadêmico e 95,52 nos participantes que frequentam o ensino profissional).

Os resultados mostram que os estudantes de ensino superior apresentam valores mais elevados de sentido de coerência total e em todas as suas dimensões sendo esta diferença estatisticamente significativa nas dimensões maneabilidade e significabilidade.

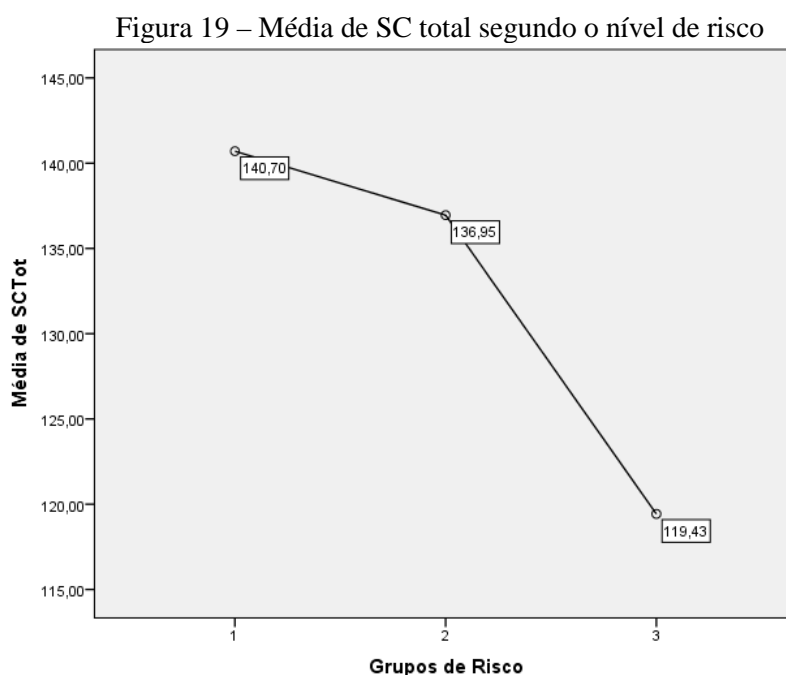
Em conclusão, os dados analisados mostram que o SC total é mais elevado nas mulheres, e nos participantes que frequentam o ensino acadêmico. A análise das dimensões que constituem o SC mostrou que a dimensão significabilidade é influenciada pelo género e pelo tipo de ensino frequentado. Esta variável é também influenciadora da dimensão maneabilidade.

#### 4.2.2.8 Relação entre o consumo de álcool e o SC

*Relação entre os níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas, definidos pelo AUDIT, e o Sentido de Coerência total*

Para a compreensão da relação entre os níveis de risco no consumo de bebidas alcoólicas e o SC procedeu-se à comparação do sentido de coerência e das suas dimensões nos diferentes grupos definidos pelo AUDIT através da realização do teste ANOVA.

Verificou-se que há diferenças entre grupos para o valor de SC,  $F_{(2,229)}=4,62$ ;  $p=0,01$ . As comparações Post-Hoc, por teste Bonferroni, indicaram que o Grupo I apresenta um SC mais elevado ( $M=140,70$ ;  $DP=19,34$ ) comparativamente aos do Grupo III ( $M=119,42$ ;  $DP=8,89$ ) sendo esta diferença estatisticamente significativa para um valor de  $p$  de 0,01.



*Relação entre os níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas, definidos pelo AUDIT, e dimensão compreensibilidade*

Para a compreensão da relação entre os níveis de risco no consumo de bebidas alcoólicas e a dimensão compreensibilidade, procedeu-se à comparação desta dimensão nos diferentes grupos definidos pelo AUDIT através da realização do teste ANOVA.

Verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre grupos para o valor da compreensibilidade,  $F_{(2;249)} = 3,90$ ;  $p = 0,02$ . As comparações Post-Hoc, por teste Bonferroni, indicaram que o Grupo I apresenta uma média de Compreensibilidade mais elevado ( $M = 47,98$ ;  $DP = 9,43$ ) comparativamente aos do Grupo II ( $M = 43,65$ ;  $DP = 7,10$ ) e o Grupo III ( $M = 40,86$ ;  $DP = 3,39$ ).

Figura 20 – Média de Compreensibilidade segundo o nível de risco



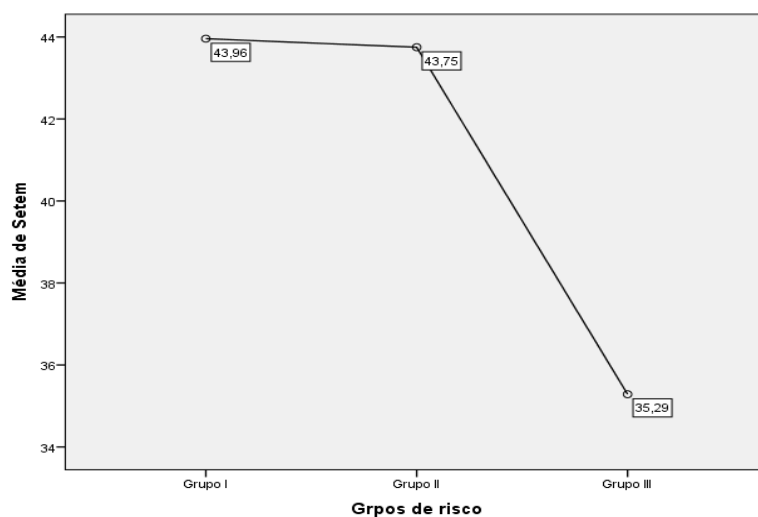
*Relação entre os níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas, definidos pelo AUDIT, e dimensão maneabilidade*

No que diz respeito à análise da dimensão maneabilidade constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos  $F_{(2;242)} = 1,92$ ;  $p = 0,15$  apesar de o Grupo III apresentar uma maneabilidade inferior aos dos outros grupos ( $M_1 = 49,07$ ;  $DP_1 = 8,08$  /  $M_2 = 49,55$ ;  $DP_2 = 4,85$ ).

*Relação entre os níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas, definidos pelo AUDIT, e dimensão significabilidade*

No que diz respeito à análise da dimensão significabilidade constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas,  $F_{(2;241)} = 3,88$ ;  $p = 0,02$ . O Grupo III apresenta uma significabilidade inferior aos do Grupo I ( $M_1 = 43,96$  /  $M_3 = 35,29$ ;  $p = 0,02$  no teste de Bonferroni) (Figura 21).

Figura 21 – Média de Significabilidade segundo o nível de risco



*Relação entre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas (AUDIT-C) e o Sentido de Coerência*

A análise da relação entre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e o sentido de coerência foi realizado por teste de correlação bivariada de Pearson ou de Spearman, consoante os critérios de normalidade das distribuições.

Como se pode verificar pela leitura da tabela 11, só a dimensão compreensibilidade se relaciona de forma estatisticamente significativa com o padrão de consumo definido pelo AUDIT-C. Esta correlação é negativa, tal como o esperado, mas de fraca intensidade.

Tabela 11 – Relação entre o padrão de consumo (AUDIT-C) e o Sentido de Coerência Total (SC Tot), e as dimensões que o constituem, Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Man) e Significabilidade (Signif): valor da correlação ( $\rho$ ), valor da significância ( $p$ ) e Número de participantes (N)

|                       | SC Tot | Comp   | Man    | Setem  |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|
| $\rho$ (rho spearman) | -0,114 | -0,160 | -0,042 | -0,046 |
| $p$                   | 0,082  | 0,011* | 0,511  | 0,480  |
| N                     | 232    | 252    | 245    | 243    |

\* significativo para  $p < 0,05$

*Relação entre o padrão de consumo binge drinking e o Sentido de Coerência*

A análise da relação entre o *binge drinking* e o sentido de coerência foi realizado por teste de correlação bivariada de Pearson ou de Spearman, consoante os critérios de normalidade das distribuições.

Como se pode verificar pela leitura da tabela 12 só o SC total se relaciona de forma estatisticamente significativa com o *binge drinking*. Esta correlação é negativa, tal como o esperado, mas de fraca intensidade.

Tabela 12 – Correlação entre o *binge drinking* e o Sentido de Coerência Total (SC Tot), e as dimensões que o constituem, Compreensibilidade (Comp), Maneabilidade (Man) e Significabilidade (Signif): valor da correlação ( $\rho$ ), valor da significância ( $p$ ) e Número de participantes (N)

|                       | SIC Tot | Comp   | Man    | Setem  |
|-----------------------|---------|--------|--------|--------|
| $\rho$ (rho spearman) | -0,163  | -0,115 | -0,116 | -0,146 |
| $p$                   | 0,026*  | 0,103  | 0,125  | 0,040* |
| N                     | 187     | 202    | 196    | 197    |

\* significativo para  $p < 0,05$

### 4.3 - Discussão

As alterações nos padrões de consumo, identificadas com maior clareza a partir de 1999, no que se refere à idade de experimentação, sexo e padrão de consumo de bebidas alcoólicas foram o ponto de partida para a presente investigação. Assim, cerca de uma década depois de terem sido identificadas estas alterações, e na impossibilidade de seguir uma coorte destes indivíduos, procurou-se perceber, através de um estudo transversal, como estava a ser o consumo de bebidas alcoólicas em jovens adultos e a sua relação com variáveis que, tendo em conta o modelo teórico utilizado podem ser influenciadoras dos comportamentos de saúde, sendo disso exemplo fatores de ordem pessoal (idade, o sexo, SC) e outros ambientais/contextuais (tipo de ensino frequentado, residência durante os períodos letivos).

Constatou-se a existência de diferentes padrões de consumo de bebidas alcoólicas com 1/5 dos participantes a não ingerem bebidas alcoólicas enquanto, uma percentagem de 10,80% apresenta consumos considerados de risco para a saúde identificados através do score total do AUDIT, e uma percentagem de 61,24% praticou o consumo do tipo *binge drinking* nos últimos 12 meses.

Os resultados encontrados de consequências do consumo de bebidas alcoólicas e de sinais sugestivos de dependência, em algumas situações (por exemplo não fazer o que era esperado devido à ingestão de bebidas alcoólicas apontado em 14,80% dos casos) foram percentualmente mais elevadas do que a dos indivíduos identificados com consumos de risco (10,80%), o que alerta para a existência de consequências de consumos nos participantes que praticam o *binge drinking* e que não estão ainda incluídos no grupo dos que apresentam consumos com riscos para a saúde.

Constatou-se a predominância do sexo masculino nos consumos de risco de bebidas alcoólicas, no entanto, a diferença percentual entre sexos, para este padrão de consumos é reduzida. No padrão de consumo *binge drinking* verificou-se a existência de uma maior percentagem de praticantes do sexo feminino, o que confirma a igualização dos sexos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas como tem vindo a ser salientado pelos relatórios nacionais (ECTAD, 2015) e internacionais (ESPAD, 2015; WHO, 2014) e alerta para um agravamento das consequências do consumo nesta fração populacional.

De acordo com o modelo teórico utilizado é expetável que para o consumo de bebidas alcoólicas contribuam fatores pessoais como outros relacionados com os diferentes contextos em que o indivíduo está inserido e, ainda, o tempo da história da vida pessoal em que a interceção entre os acontecimentos e a pessoa ocorre. Na presente investigação, e no que se refere aos fatores pessoais, optou-se por estudar o papel do SC na adoção de comportamentos relacionados com o álcool. Neste estudo encontrámos valores de SC elevados o que poderá explicar a percentagem de não consumidores de bebidas alcoólicas (19,31%) e dos consumidores sem riscos para a saúde (89,20%). Ao mesmo tempo, constatou-se que um baixo SC é preditor do consumo de bebidas alcoólicas uma vez que este é mais reduzido nos participantes com consumos nocivos e/ou dependência. Tal como o estudo inferencial mostrou estas diferenças são estatisticamente significativas. Por outro lado, também foram identificadas algumas variáveis contextuais como influenciadoras dos consumos de que é exemplo, a residência habitual durante os períodos letivos.

Os resultados da investigação mostraram que o consumo de álcool é determinado por múltiplas variáveis o que vai ao encontro da literatura analisada. Todavia, este comportamento irá influenciar a relação que o indivíduo estabelece com o contexto em que está inserido e o sucesso das tarefas desenvolvimentais pelo que se irá discutir de modo mais detalhado os resultados encontrados.

### *Consumo de álcool*

Na amostra estudada e no que respeita ao consumo de álcool constatou-se que 19,31% não tem qualquer consumo. Esta percentagem é inferior aos 25% encontrados por Cunha (2014) numa amostra de 452 estudantes da Universidade do Minho com uma média de idades de 23 anos e aos 27,40% numa população com média de idades de 21,46 anos no estudo realizado por Rodrigues, Salvador, Lourenço, & Santos (2014), na Universidade de Aveiro. Outra investigação realizada em território nacional, mas com alunos que frequentam o ensino superior na cidade de Lisboa refere que 97,50% dos indivíduos já consumiram bebidas alcoólicas durante a sua vida. Este estudo menciona ainda que 76,20% dos consumidores têm idades compreendidas entre os 23 e os 24 anos (Alcântara da Silva *et al*, 2015). Comparando os consumos da amostra em estudo com os dados do III Inquérito Nacional de Saúde (Balsa, Vital & Urbano, 2014), verificamos que a

percentagem de abstinentes é inferior aos 26,40% de abstinentes na população portuguesa com idade compreendida entre os 15 anos e os 64 anos.

Em 2014 foi realizado em Portugal uma investigação com uma amostra representativa de jovens de todo território nacional com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos (Carapinha, Calado, Lavado, Dias & Ribeiro, 2014). Os resultados desta investigação mostram que a percentagem de participantes que não consomem bebidas alcoólicas é de 17%. O consumo tende a ser superior nos jovens com mais idade sofrendo um particular aumento na transição dos 10-15 anos e nos 16 anos e atingindo prevalências máximas nos jovens com idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos (Carapinha *et al.*, 2014). Considerando os resultados encontrados na presente investigação e os de outros estudos realizados em Portugal concluiu-se que a percentagem de abstinentes é superior às de outros estudos realizados no distrito de Lisboa e em território nacional para a média de idades em estudo.

De uma maneira geral pouca atenção é dada a esta importante faixa de população que se declara como não bebedores. Os estudos qualitativos disponíveis mostram que alguma das razões evocadas para não beber são a motivação por práticas desportivas, a proibição religiosa ou cultural, a influência de histórias familiares ou simplesmente por que não se gosta do efeito que o álcool produz (Herring, Bayley & Hurcombe, 2014). De acordo com aquele estudo, muitos destes jovens têm vidas preenchidas com atividades onde o álcool raramente tem um papel, não se sentindo marginalizados, antes sentindo-se orgulhosos da sua decisão. Os padrões de consumo de álcool identificados pelo AUDIT mostraram que a maior percentagem dos participantes optou por consumos que não comprometem a sua saúde (89,20%). No entanto, verifica-se que 10,80 % apresentam consumos de risco e, em três casos, de dependência ou seja 0,6%. Estes valores são inferiores aos encontrados por Rocha (2011), em 511 alunos da Universidade de Aveiro que dizem existir 15,36% de alunos com consumo nocivo de álcool e 0,7% de casos de dependência (4 casos), e aos apresentados por Tereso, Falé, Serra & Sim Sim (2014) numa amostra de 360 estudantes de licenciatura da Universidade de Évora, com uma média de idades de 20,9 anos, que refere que 43,30% dos inquiridos apresentam consumos de risco e 6,70 % de dependência.

Os diversos estudos realizados em território nacional sobre consumo de álcool com indivíduos com idades idênticas às da amostra em estudo apresentam resultados

diversificados realçando-se que para a comparação com os resultados obtidos na presente investigação foram analisados apenas os que aplicaram o AUDIT. Concluiu-se que a percentagem de consumidores de risco e de participantes com dependência na amostra em estudo é inferior às de outras investigações realizadas em Portugal em estudantes universitários.

Todavia a comparação de resultados foi dificultada pelo fato de a avaliação dos consumos de álcool, nos diferentes estudos realizados, não utilizar sempre os mesmos critérios de operacionalização. A regionalidade das amostras e o fato de os estudos realizados incluírem apenas alguns estabelecimentos de ensino não permitem a generalização dos resultados e dificultam a sua comparação.

O consumo de bebidas alcoólicas foi também avaliado tendo em consideração o resultado do AUDIT-C. Na amostra em estudo, a análise do AUDIT-C identificou uma percentagem de 18,10% dos participantes sem consumos de risco, ou seja, uma percentagem bastante inferior aos 89,20% da amostra identificada pelo *score* total do AUDIT. Estes valores mostram que se for avaliado apenas o padrão de consumo através do AUDIT-C (quantidade de bebida ingerida, frequência com que é realizado o consumo e frequência do *binge drinking*), a percentagem de consumidores com risco é superior quando comparada com aqueles que apresentam já consequências do consumo e sinais sugestivos de dependência (AUDIT total). Uma vez que o AUDIT-C é utilizado para a primeira fase de triagem é útil que este seja capaz de identificar mais possíveis casos, mesmo que depois não venham a ser confirmados pela avaliação global do AUDIT total. Esta primeira avaliação é fundamental para a divisão entre aqueles que precisam apenas de uma futura avaliação e a definição dos tipos de intervenção a facultar para cada um dos níveis de risco identificados.

Outro padrão de consumo analisado na presente investigação foi o *binge drinking*. Em relação a este tipo de consumo, constatou-se uma percentagem 61,24% de *binge drinkers*. Estes resultados são superiores aos habitualmente encontrados em outras investigações realizadas em território nacional. Por exemplo, os resultados de Alcântara da Silva *et al.* (2015) apontam para uma percentagem de 39,30 % dos respondentes com idades compreendidas entre os 20 e os 22 anos, nos últimos 30 dias. O III Inquérito Nacional de Saúde (Balsa *et al.*, 2014) mostra o consumo tipo *binge drinking* em 30,10% na população consumidora com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos.

A investigação realizada por Carapinha, *et al.*, (2014) em Portugal, em estudantes com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos, refere que 69% dos participantes apresenta *binge drinking*, valores mais próximos dos encontrados na presente investigação. Este estudo refere ainda que 30,50 % opta por este consumo menos do que uma vez por mês e 19,20 % o faz uma a duas vezes por semana.

Os dados referentes ao *binge drinking* da amostra em estudo indicam que esta prática é adotada numa percentagem de 42,58% menos do que uma vez por mês, 12,92% mensalmente e 4,78% dos casos semanalmente. Apesar de serem valores mais gravosos do que os apresentados em investigações realizadas em Portugal, estão próximos dos resultados divulgados pelo SICAD em 2014 (Carapinha *et al.*, 2014) verificando-se, no entanto, divergências entre a periodicidade com que este consumo é realizado. Outra investigação realizada em Portugal aponta para valores inferiores da prática de *binge drinking*, sendo esta de 12,10% na população portuguesa com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (Balsa *et al.*, 2014). É de salientar que a amostra em estudo apresenta uma média de idades de 23 anos e os dados obtidos na população portuguesa referem-se a um intervalo de idades superiores o que poderá influenciar os valores apresentados uma vez que a mesma fonte refere que esta prática de consumo diminui com a idade.

O consumo do tipo *binge drinking* é especialmente prejudicial nos mais jovens pelas repercussões na atividade neural envolvida nos processos de atenção/memória de trabalho que aumentam após dois anos de manutenção deste padrão (Lopez - Caneda, Holguín, Cadaveira & Doallo, 2013). A atividade neural anómala pode refletir disfunção em mecanismos neurofisiológicos e nos recursos de atenção/memória de trabalho para a realização da tarefa de forma adequada o que se poderá traduzir em dificuldades no percurso académico o que é corroborado pelos resultados da presente investigação.

No que se refere ao percurso académico, procurou-se, intencionalmente buscar informação sobre jovens adultos que não se encontrassem a realizar formação académica, no prosseguimento de estudos habitual, uma vez que o consumo de álcool pode interferir no trajeto académico, e porque os indivíduos destas idades que se encontram fora do ensino superior são negligenciados nos estudos nacionais. Os participantes que frequentam o ensino profissional apresentam, frequentemente, um percurso académico marcado pelo insucesso escolar e frequentam um grau de ensino

esperado nas faixas etárias mais jovens. Nestes participantes verificou-se uma percentagem mais elevada de consumidores de risco e de *binge drinkers* quando comparados com os que frequentam o ensino superior, o que pode confirmar a influência do consumo de álcool no baixo desempenho académico (Cardoso, Barbosa, Costa, Vieira & Caldeira, 2015; Nunes, Campolina, Vieira & Caldeira, 2012).

É sabido que o *binge drinking* tem grande popularidade junto dos estudantes do ensino superior, uma vez que na vida académica universitária há inúmeros eventos sociais que favorecem a ingestão de bebidas alcoólicas. A maior capacidade de tolerar o álcool é muito aplaudida pelos pares além de ser tido como uma forma de aceitação no grupo e de diversão. No entanto, a percentagem de estudantes do ensino profissional que opta por este padrão de consumo e a periodicidade com que este consumo é realizado, de acordo com os resultados da amostra, apontam para um novo padrão de consumo, transversal, nesta faixa etária, independentemente da ligação ao meio académico.

O início da vida académica universitária para muitos está associado a importantes mudanças na sua trajetória de vida. É disso exemplo o fato de passarem a viver fora da habitação familiar, o que irá implicar uma semi-autonomia, ou seja por um lado têm necessidade de assumir responsabilidades inerentes ao fato de estarem a viver fora da casa dos pais e da sua autoridade, mas, por outro lado, beneficiam ainda do seu suporte económico, muito embora por vezes não de forma exclusiva, e em muitas situações de apoio afetivo. Na amostra em estudo, a maioria dos participantes ainda vive com os pais verificando-se apenas uma percentagem de 15,80% a residir sozinho durante os períodos letivos. A ausência de supervisão parental, a distância da família, o *homesickness* (saudades de casa), as dificuldades de relacionamento com os colegas, a gestão financeira surge para muitos como desencadadores de *stress* podendo o álcool ser utilizado para lidar com estes eventos (Rodrigues, *et al.*, 2014). Na presente investigação constatou-se que a residência durante os períodos letivos tem influência dos consumos de bebidas alcoólicas. Os dados analisados mostraram que os respondentes que estão afastados da convivência familiar apresentam maior percentagem de consumos de risco e de *binge drinking*, o que é concordante com os resultados de Rodrigues, *et al.*, (2014), e Alcântara da Silva *et al.* (2015).

Estes resultados apontam para a dificuldade dos participantes em lidarem com a autonomia inerente ao fato de viverem sozinhos estando assim também mais vulneráveis

à influência de pares para o consumo de álcool. Por outro lado, mostram a utilização das bebidas alcoólicas como estratégia para lidar com eventos stressores o que irá impedir o desenvolvimento de competências que no futuro sejam utilizadas para lidar com situações adversas. Estes resultados apontam também para o impacto do consumo de álcool no sucesso do desenvolvimento de competências relacionais e pessoais inerentes à etapa de desenvolvimento em que se encontram os participantes.

O estudo do consumo *binge drinking* nos grupos de risco identificados pelo AUDIT mostrou que o grupo dos participantes com consumos nocivos e/ou dependência é o que apresenta médias mais elevadas de *binge drinking*. Apesar de há algumas décadas se verificar que a dependência poderia cursar sem ocorrência de *binge drinking*, pois o consumo de bebidas alcoólicas acontecia ao longo do dia, a percentagem de *binge drinkers* no grupo de consumidores nocivos e/ou dependência mostra que outra tendência se tem vindo a verificar. O consumo de elevadas doses de bebidas alcoólicas nos consumidores mais jovens ocorre num curto período de tempo, culminando muitas vezes em embriaguez. Contata-se assim que os consumos ficam concentrados em algumas horas não se verificando a ingestão de álcool nos outros períodos do dia.

A pesquisa dos estudos sobre o *binge drinking* foi dificultada pelos espaços temporais considerados na avaliação deste consumo e pelo modo como este foi avaliado. Ao analisar os diferentes estudos que avaliam o consumo *binge drinking* constata-se que em alguns a avaliação refere-se aos últimos 30 dias enquanto outros se referem aos últimos 12 meses. Por outro lado, verifica-se também que a avaliação deste consumo não é realizada de forma congruente com a operacionalização do conceito, uma vez que a diferença de critério para o sexo masculino e feminino não é considerada no instrumento de avaliação mais utilizado (AUDIT).

#### *Sinais sugestivos de dependência e consequências do consumo de álcool*

As consequências que o consumo de álcool acarreta, assim como a presença de sintomas sugestivos de dependência, foram também avaliadas na presente investigação através das respostas ao AUDIT. Os comportamentos sugestivos de dependência de álcool identificados foram a dificuldade em interromper consumos (7,73%), a necessidade de beber uma bebida alcoólica pela manhã para se poder sentir bem após ter bebido bastante no dia anterior (3,40%) e o fato de não ser capaz de cumprir tarefas por ter consumido bebidas alcoólicas (14,80%). As percentagens de participantes com

comportamentos sugestivos de dependência são superiores às encontradas por Rocha, Lopes, Martelli, Lima & Martelli-Junior (2011), numa amostra maioritariamente constituída por participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, no que se refere à percentagem de participantes que não conseguiam interromper os consumos de álcool (4,10%) e daqueles que não cumpriam as tarefas esperadas devido a ingestão de bebidas alcoólicas (2,70%). Estes dados remetem-nos para a iliteracia dos participantes no que respeita às consequências do consumo de álcool, nomeadamente na possibilidade de este assumir um padrão de dependência, uma vez que a percentagem de sintomas sugestivos de dependência tais como a necessidade de ingerir bebidas alcoólicas pela manhã para alívio de mau estar após ter ingerido bebidas alcoólicas no dia anterior, dificuldade em interromper consumos e dificuldade no cumprimento de tarefas é superior aos 10,80% de consumidores de risco identificados na amostra em estudo. A desvalorização dos sintomas sugestivos de dependência poderá estar relacionada com as expectativas associadas ao consumo de álcool e à aceitação cultural deste comportamento (Landeiro, 2011).

As consequências do consumo de álcool identificadas foram a existência do sentimento de culpa pelos consumos realizados, a ocorrência de *blackouts*, o fato de terem ocorrido ferimentos no próprio ou em terceiros devido à ingestão de bebidas alcoólicas e a existência de crítica de terceiros sobre o consumo.

Na amostra em análise encontramos uma percentagem de 22,45% que referem que “não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido”. Estas situações ocorrem quando a quantidade e a rapidez de consumo de bebidas alcoólicas interfere na aquisição e armazenamento de novos conhecimentos ou sejam os *blackouts*. Estes podem ocorrer no mesmo indivíduo, com diferentes quantidades e tipos de bebidas. Os consumidores por vezes são surpreendidos com a ocorrência deste fenómeno uma vez que não conseguem prever a forma como se verifica o aumento da taxa de alcoolémia. Da mesma forma também não é possível determinar como esta vai variando ao longo do tempo. Por vezes, apesar da ingestão de álcool ser feita ao longo de várias horas, os *blackouts* podem ocorrer a partir do momento em que se verifica a ingestão da bebida que leva à intoxicação. Quando da nova ingestão, e por não ser tida em consideração o valor já existente da taxa de alcoolémia são realizados novos consumos que por contribuírem para o aumento de álcool no organismo favorecem a ocorrência de *blackouts*. Durante

estes episódios a tomada de decisões está comprometida, o que terá reflexo nos comportamentos apresentados.

Na presente investigação constatou-se que 17,33% dos participantes já se sentiram culpados ou com remorsos por terem bebido e 7,65% dos casos participantes referiram que já algum “familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber”. Um estudo realizado no Brasil, em estudantes de medicina, mostrou resultados mais elevados dos encontrados na amostra em análise no que se refere à percentagem de “familiar, amigo ou médico” que manifestou preocupação pelo consumo, que foi de 9,90%, e na percentagem de culpa pela ingestão de bebidas alcoólicas (25,90%) (Rocha *et al.*, 2011). Contudo, nesta amostra também é mais elevada a percentagem de consumidores de risco (23,30%) e de risco nocivo (1,90%). A percentagem de participantes que referem sentir-se culpados pelos consumos e a de familiares, amigos ou profissionais de saúde que já fizeram alguma advertência para os consumos desta substância alertam para a dificuldade que os participantes apresentam em alterar o seu comportamento de ingestão de bebidas alcoólicas e para a possibilidade de aumentar a percentagem de consumidores de risco.

No que se refere às consequências do consumo é ainda de salientar que são em maior número os homens que dizem já ter tido consequências relacionadas com o consumo. A elevada percentagem de *binge drinking* nas mulheres, aliada ao fato de para estas ser necessário ingerir menores quantidades de álcool comparativamente ao sexo masculino para obter o mesmo efeito, e a baixa percentagem de consequências do consumo por elas identificadas, poderão indicar a existência de diferentes comportamentos entre os sexos quando se verificam as situações de embriaguez.

O consumo de álcool na sociedade atual continua a ser melhor tolerado quando observado no sexo masculino comparativamente ao feminino. Assim será também mais fácil assumir pelos rapazes que já foram feitas críticas ao seu consumo. Por outro lado, as mulheres, pela condenação social de que são alvo poderão não estar a assumir a existência de críticas ao seu comportamento de consumo.

A não identificação das consequências de consumo permite que os consumos se perpetuem assumindo padrões mais prejudiciais para a saúde e conseqüentemente para que seja mais difícil a sua interrupção.

## Sexo

O consumo de bebidas alcoólicas além das variáveis de contexto é também influenciado por fatores pessoais, sendo referido o papel do género, tanto em investigações recentes realizadas a nível nacional (Carapinha *et al.*, 2014; Balsa *et al.*, 2014) como internacional (WHO, 2014). Esta influência foi confirmada na amostra em estudo na avaliação realizada pelo AUDIT-C, *score* total do AUDIT e *binge drinking*.

No padrão de consumo de bebidas alcoólicas (AUDIT-C) foram encontradas diferenças entre os sexos uma vez que a percentagem de consumidores de risco do sexo feminino é superior à do sexo masculino, apesar de o *score* total do AUDIT identificar a relação inversa. De salientar que o AUDIT-C tem em consideração os valores de referência para homens e mulheres para o consumo de álcool, pelo que será de esperar que identifique uma maior percentagem de mulheres uma vez que o valor de referência para estas é mais baixo do que nos homens.

A avaliação do *score* total do AUDIT mostrou existir um predomínio do sexo feminino nos consumidores de baixo risco e do sexo masculino nos participantes com risco médio e elevado de consumo de bebidas alcoólicas. O predomínio do sexo masculino nos participantes com risco médio e elevado de consumo de bebidas alcoólicas é concordante com estudos realizados em território nacional por Feijão e Lavado (2006), Feijão (2010), Rocha (2011), Tereso *et al.*, (2014) e Alcântara da Silva *et al.* (2015) e internacional de Lopes *et al.*, (2015) e com os de Mattila *et al.*, (2011), Anderson e Baumberg (2006), Hibell *et al.*, (2000).

O *score* total do AUDIT identifica uma maior percentagem de consumidores de risco no sexo masculino o que confirma o maior número de consequências do consumo identificadas nestes participantes.

Dados revelados pelo ESPAD (2011) - Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas – mostram que entre 1995 e 2007 existiu um aumento acentuado do consumo do tipo *binge drinking* ou “beber pesado episódico” especialmente em indivíduos do sexo feminino em vários países (Feijão *et al.*, 2011). Em Portugal, a mesma fonte, revela que entre 2003 e 2007, nos jovens entre os 13 e os 18 também se verificou esta tendência apesar de se verificar o oposto quando comparados os consumos realizados entre 2007 e 2011 nesta faixa etária (Feijão *et al.*, 2011). A evolução do

consumo de tipo *binge drinking* ocorreu de modo diferente entre os sexos entre os 13 e os 18 anos desde 2003 até 2011. Apesar de ser um fenômeno ainda mais prevalente nos homens, o incremento relativo no sexo feminino é maior, com um aumento de 4 pontos percentuais na faixa etária dos 17 e dos 18 anos. Esta é uma das alterações ao padrão de consumo mais relevante nas últimas décadas.

Neste estudo, quando comparados os sexos no que se refere ao *binge drinking* verificou-se a existência de uma maior percentagem de indivíduos do sexo feminino (40,90% das mulheres *versus* 34,70% dos homens) com este tipo de consumo, no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas. A percentagem comparada do sexo feminino neste tipo de consumo na amostra da presente investigação confirma a tendência das mulheres também para a prática do *binge drinking*.

Estes dados são corroborados pelos de Tereso *et al.* (2014) que referem que 32,00% dos rapazes e 50,00% das raparigas são *binge drinkers*, no entanto são contrariados pelos apresentados por Alcântara da Silva *et al.* (2015) referem existir cerca de 48,50% de indivíduos do sexo masculino e 31,50% do sexo feminino com este consumo.

Tendo em consideração a igualização da idade de experimentação de álcool por indivíduos de ambos os sexos, e os resultados da amostra estudada, parece evidente que a forma como rapazes e raparigas desenvolvem a relação com o álcool não progride da mesma maneira, uma vez que passado cerca de uma década da idade da experimentação, se verifica a predominância do sexo masculino nos consumos com riscos para a saúde apesar da maior percentagem de *binge drinkers* no sexo feminino. Este aumento de *binge drinkers* nas mulheres é particularmente preocupante considerando que estas podem precisar de consumir menos álcool do que os homens para obter os mesmos efeitos, e por outro lado elas são mais vulneráveis aos seus efeitos até mais tarde na vida (WHO, 2005; WHO, 2014).

#### *Sentido de Coerência*

Os resultados encontrados mostram a existência de uma percentagem de abstinentes do consumo de álcool e dos que não apresentam consumos com riscos para a saúde superior aos de outras investigações realizadas. Assim importa compreender não só o que influencia o consumo de álcool, mas também o que leva os participantes a adotarem estilos de vida que não incluem comportamentos que coloquem a saúde em risco de que

é exemplo o consumo de bebidas alcoólicas. A forma como a pessoa se relaciona com o meio, como o percebe e como com ele estabelece relações de significado e de capacidade de gestão é designada por sentido de coerência, sendo este reconhecido como uma característica individual influenciadora do estilo de vida adotado. É durante as primeiras décadas de vida que, segundo Antonovsky (1987), o indivíduo se começa a posicionar na forma como vai encarar os estímulos provenientes do meio, a identificar os recursos disponíveis para lidar com os acontecimentos do dia-a-dia e a distinguir destes, quais os que são merecedores do seu investimento e empenho. Para este autor o indivíduo está num processo contínuo, no qual, ao longo da sua vida irá defrontar-se com dois polos desse contínuo sendo um polo a saúde e o outro a doença. Por estarmos continuamente expostos a estímulos oriundos do meio no qual estamos inseridos é necessária a realização de escolhas de nos permitam permanecer mais próximo do polo saúde. Sendo nesta fase da vida que se verifica a escolha de comportamentos de saúde relacionados com a escolha da dieta alimentar, prática de exercício e comportamentos de vigilância de saúde.

No que diz respeito à medida do sentido de coerência verificámos que a média do *score* global foi de 139,74 para um máximo de 206,00 e um mínimo de 73,00 o que representa um elevado SC. Os valores de SC podem ser agrupados em baixo, médio ou elevado. Os valores abaixo de 113 são considerados de baixo SC, os valores médios estão compreendidos entre 113 e 136 e os valores elevados são considerados a partir de 136 (Binkowska-Bury & Januszewicz, 2010). Os valores encontrados na presente investigação para o valor total de SC e de todas as dimensões que o constituem são superiores aos encontrados por Binkowska-Bury e Januszewicz (2010) e por Chu, Jahn, Khan, e Kraemer (2016) em amostras de estudantes universitários com uma média de idades idênticas à da amostra em estudo. Um elevado SC é preditor da adoção de comportamentos protetores de saúde o que é confirmado na presente amostra uma vez que uma percentagem de 89,20% não apresenta consumos de risco de bebidas alcoólicas. Os resultados encontrados mostram que os estudantes portugueses comparativamente com outras amostras estão mais sensibilizados para a adoção de estilos de vida saudáveis.

A constituição do SC acontece durante as primeiras décadas de vida sendo por isso influenciado por diversas variáveis de que é exemplo a idade e o sexo. Para Antonovsky (1987) o SC estabiliza por volta dos 30 anos mantendo-se estável ao longo da vida. No

entanto encontram-se vários estudos que apontam para o aumento do SC com o aumento da idade (Nilsson, Holmgren & Westman, 2009; Erikson & Lindstrom, 2006).

Na amostra em estudo assim como na investigação realizada por Merakou *et al.* (2013), não se encontraram correlações entre a idade e o SC total nem com nenhuma das dimensões que o constituem. Este achado poderá ser explicado pelo fato de a média de idades dos participantes ser de 24 anos, uma idade correspondente a adulto jovem em que, apesar de, de acordo com Arnett, ainda se poder considerar uma idade “no meio”, um sentido de relação da pessoa com o contexto e a vida já se encontram razoavelmente desenvolvidos.

Antonovsky ao longo da sua investigação não se dedicou especialmente ao estudo das diferenças de género na constituição do SC (Volanen, 2011), contudo a diferença entre sexos no reconhecimento e nos recursos utilizados para lidarem com os fatores stressores irá condicionar a sua formação (Slack, 1998). Na amostra estudada encontraram-se valores mais elevados de SC total e nas dimensões compreensibilidade e significabilidade nos indivíduos do sexo feminino, apesar de esta ser apenas estatisticamente significativa na dimensão significabilidade. Estes dados são corroborados por Suraj e Singh (2011). Por outro lado, os resultados de investigações realizadas por Lindstrom e Eriksson (2005), Neuner *et al.* (2006), Ferreira (2007) e Chu *et al.* (2016) não encontraram diferenças entre homens e mulheres, no que se refere ao valor do SC. Read, Aunola, Feldt, Leinonen e Ruoppila (2005) e LindmarkUlf, Wärnberg e Hugoson (2010), referem que o SC é influenciado pelo género e pela idade pois concluíram que em homens e mulheres da mesma faixa etária, o SC é mais elevado nos homens, nos indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos o que será explicado por outras variáveis ao longo da vida.

Os resultados da amostra em estudo corroboram a influencia do género no SC pois verifica-se que são as participantes do sexo feminino que parecem adotar mais comportamentos protetores da saúde uma vez que é maior a percentagem destas participantes no grupo de baixo risco. Por outro lado, a análise do SC mostra que os indivíduos do sexo masculino têm mais dificuldade em encontrar razões que mereçam o seu interesse e investimento, sendo a percentagem destes mais elevada nos consumidores com risco nocivo e dependência.

O SC de acordo com a literatura é influenciado por diversas variáveis pessoais, mas também de contexto. Assim foi também averiguada a influência do tipo de ensino frequentado no SC. Na literatura analisada não foram encontrados estudos realizados em estudantes do ensino profissional no que respeita ao SC uma vez que as investigações realizadas incluíram alunos do ensino académico em diferentes graus de ensino.

Em relação ao nível educacional/grau de ensino frequentado os diferentes estudos analisados não são concordantes. Nilsson *et al.* (2009) e Holmberg, Thelin, e Stiernstrom (2004) referem não existir relação entre o nível educacional e o SC. No entanto, as investigações realizadas por Callahan e Pincus, (1995), Svartvik *et al.*, (2000), Richardson, Adner e Nordström (2001) encontraram uma correlação positiva entre o nível educacional e o SC. Estes resultados são corroborados neste estudo uma vez que nos estudantes que frequentam o ensino superior se encontraram valores mais elevados de SC, sendo esta diferença estatisticamente significativa nas dimensões maneabilidade e significabilidade. Estes dados parecem indicar que os estudantes que frequentam o ensino superior apresentam mais recursos para lidarem com os acontecimentos assim como mais facilidade em encontrar os que merecem o seu investimento.

Na amostra em estudo verificou-se que o SC e as dimensões que o constituem são influenciados por variáveis de micro e mesossistema de acordo com o Modelo de Brofenbrenner tais como o género e o tipo de ensino frequentado o que será preditor de diferentes escolhas de comportamentos de saúde e conseqüentemente de trajetórias de consumo de álcool.

#### *Consumo de álcool e Sentido de Coerência*

O SC é uma importante variável a considerar na escolha dos comportamentos de saúde e das situações que a possam comprometer de que é exemplo o consumo de bebidas alcoólicas (Antonovsky, 1987). Na amostra em estudo, não se encontrou correlação entre o padrão de consumo de álcool (AUDIT-C) e o valor de SC total. No entanto, ao analisar o valor do SC e os grupos definidos pelo AUDIT verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo I ou seja os participantes que apresentam consumos de álcool sem riscos para a saúde e o Grupo III que inclui os respondentes com consumos de álcool considerados nocivos e/ou dependência. Estes achados são corroborados por Poppius, Virkkunewn, Hakama e Tenkanenb (2008), Neuner *et. al.* (2006), Coutinho e Heimer (2014), Mattila *et al.* (2011), Aslund, Larm Starrin e Nilsson

(2014) e por Midanik, Soghikian, Ransom e Polen (1992) que encontraram uma correlação negativa entre o SC e o consumo de álcool.

Na análise das diferentes dimensões do SC e os grupos definidos pelo AUDIT verificámos que a “compreensibilidade” e a dimensão “significabilidade” são diferenciadoras dos grupos quanto aos níveis risco no consumo. Também na análise da correlação entre o padrão de consumo (AUDIT-C) e as diferentes dimensões do SC se encontrou uma correlação negativa entre a compreensibilidade e o consumo de álcool. Os participantes com risco elevado e critérios de dependência são os que apresentam um sentido de coerência mais baixo, assim como nas dimensões compreensibilidade e significabilidade.

A correlação negativa entre o padrão de consumo de álcool e a dimensão compreensibilidade, ou seja, a capacidade com que o indivíduo apreende os estímulos emanados dos meios internos ou externos como estruturados previsíveis e explicáveis, remete para a importância que a informação sobre o consumo de álcool e suas consequências têm como obstáculo à progressão dos consumos para padrões prejudiciais para a saúde.

Apesar de cada componente do SC por si só, não ser suficientemente explicativa, Antonovsky confere centralidades diferentes a cada uma, sendo a capacidade de investimento a mais importante. Esta componente é vista como o elemento motivacional referindo-se à forma como a pessoa sente que na sua vida faz sentido a nível cognitivo e emocional. Os valores encontrados indicam a existência de dificuldades nos sujeitos estudados em darem sentido às suas experiências de vida e por isso, de encontrarem razões para nelas investirem energia e interesse.

A análise da relação entre o SC e o *binge drinking* revelou a existência de uma correlação negativa. Estes resultados são apoiados por Kouvonen *et al.* (2008) que encontraram valores mais elevados de SC em não praticantes de *binge drinking* sendo a diferença estatisticamente significativa. No entanto este estudo foi realizado numa amostra constituída apenas por indivíduos do sexo masculino o que dificulta a comparação com os dados da presente investigação uma vez que a amostra é constituída por indivíduos de ambos os sexos. Neuner *et al.* (2006) também encontraram correlação negativa entre o *binge drinking* e o SC, salientado que o consumo de álcool é realizado nos indivíduos com reduzidas estratégias de *coping*.

Os resultados do SC mostram que os indivíduos do sexo feminino e que frequentam o ensino superior são os que apresentam um SC mais elevado particularmente nas dimensões compreensibilidade e significabilidade sendo também nestas participantes que se encontra a percentagem maior de consumidores de álcool de baixo risco para a saúde. Estes dados apontam para uma importante relação entre o SC e os comportamentos protetores de saúde. Por outro lado, os consumidores de risco e com valores mais reduzidos de significabilidade são predominantemente do sexo masculino e frequentadores do ensino profissional. É também nos participantes do ensino profissional que encontramos uma maior prevalência de *binge drinking*. Nestes participantes parece existir dificuldade em encontrar razões que mereçam investimento e a utilização do consumo de álcool como estratégia para lidar com situações stressoras.

A análise da relação do SC com os consumos de álcool mostra também que o *binge drinking* está correlacionado com um baixo SC o que é concordante com a análise da relação entre o SC e os padrões de consumo e grupos de risco identificados pelo AUDIT. No entanto esta prática de consumo é mais frequente no sexo feminino. Nestes participantes o valor de SC e da dimensão compreensibilidade são mais elevados, o que na avaliação do grupo de risco parece ser um obstáculo à progressão dos consumos. Porém, no que se refere à prática de *binge drinking* não mostram assumir o mesmo papel pois este tipo de consumo parece ser sido integrado como um comportamento característico da faixa etária e etapa de vida (Lyons & Willott, 2008), não existindo a consciência das suas consequências e da possibilidade de este evoluir para a dependência.

#### *Estádio de desenvolvimento*

A amostra agora estudada encontra-se no início da adultez ou, como refere Arnett, estão situados no *emerging adulthood*, com uma média de idade de cerca de 24 anos.

Para Arnett (2000) o *emerging adulthood* caracteriza-se por ser a idade das explorações de identidade tanto nos relacionamentos amorosos como no trabalho, pela instabilidade marcada pela mudança de emprego e estatuto educacional, de focar-se em si mesmo deixando de lado os valores familiares, e por se sentirem como estando a meio, entre a adolescência e a adultez. Nesta fase os indivíduos têm a possibilidade explorar diferentes opções de vida e experienciar diversos papéis. É ainda muito relevante a influência do grupo e amigos, o que corrobora com os dados obtidos neste estudo, uma vez que se

verifica que este ainda é extenso como é característico da adolescência, numa média de 15 amigos que se pode estender de nenhum até a um máximo de 100. Por outro lado, em conformidade com a faixa etária estudada, a maioria refere ter uma relação afetiva estável (78,3%).

Também no que diz respeito à independência económica encontramos resultados que confirmam a classificação nesta fase desenvolvimental. Assim, embora ainda a frequentar o ensino, uma percentagem de 20,80% já tem experiência do mundo laboral, referindo que é esta a fonte do seu suporte económico. Uma percentagem semelhante (22,8%) refere como fonte de rendimento uma bolsa de estudos. Apesar disso, a maior percentagem diz-se dependente de apoios familiares. Há participantes que dizem ter mais de uma fonte, pois há referência a bolsa de estudos além dos apoios familiares. Ou seja, a autonomia económica é ainda relativa, muitas vezes suplementada pelos apoios económicos dos seus familiares. As atividades laborais desempenhadas surgem como um meio de aumentar o aporte económico, mas também de alargar as suas experiências de vida (Arnett, 2000) não garantindo por si só a sua subsistência.

O *emerging adulthood* é uma fase da vida em que a responsabilidade individual pelos hábitos alimentares, de exercício e estilos de vida em geral está cada vez mais dependente das suas escolhas individuais. As pessoas nesta fase da vida constroem a sua autonomia e desenvolvem uma visão global dos seus objetivos de vida (Santana & Negreiros, 2008). Assim, este é um período em que às condições facilitadoras para o consumo, tal como a maior autonomia, se pode contrapor um maior sentido de responsabilidade, menor influência dos pares e uma ação mais fundamentada nas suas próprias convicções. Na amostra estudada ficou evidenciado que nesta faixa etária há ainda muitos comportamentos exploratórios de risco, como por exemplo o *binge drinking*, o que não seria espetável se a transição para a adultez já se tivesse verificado.

No entanto como refere Maggs & Schulenberg (2005), o *binge drinking* é realizado por um maior número de indivíduos no início da década dos vinte, sendo de esperar que este padrão de consumo diminua quando os jovens assumirem os papéis inerentes à idade adulta tais como o casamento e a parentalidade. Os mesmos autores salientam que o consumo de álcool pode assumir diferentes trajetórias uma vez que existem múltiplas causas para o consumo assim como diferentes consequências. Estes autores realçam que

além de fatores pessoais, como a idade do início do *binge drinking* também outras variáveis de contexto vão influenciar a trajetória de consumo.

***Síntese:***

As alterações reveladas em diversos estudos quanto à idade, sexo e padrão de consumo de bebidas alcoólicas, identificadas desde 1999, manifestaram-se, neste estudo com a existência de dois comportamentos de consumo distintos.

Por um lado, verificou-se uma percentagem de abstinentes e de consumidores sem riscos para a saúde superior ao de outras investigações realizadas em território nacional. Por outro, verificamos um comportamento de consumo de *binge drinking*, com predominância do sexo feminino e em percentagens superiores às encontradas em outros estudos.

Outro aspeto importante a realçar é o papel que o sentido de coerência pode desempenhar nestas diferenças. Neste estudo, os participantes também apresentam valores de sentido de coerência mais elevados do que o descrito para a população portuguesa, o que pode, em parte, explicar o primeiro tipo de comportamento. Contudo, aqueles que possuíam um padrão de consumo de risco nocivo e/ou dependência apresentaram um valor mais baixo de SC e em particular nas dimensões compreensibilidade e significabilidade.

Os fatores pessoais (sexo e sentido de coerência) e os de contexto (tipo de ensino frequentado e residência durante os períodos letivos) mostraram-se diferenciadores do consumo de bebidas alcoólicas dos participantes.

## CAPÍTULO V - ESTUDO B

I see you change the water into wine  
I see you change it back to water too  
I sit at your table every night  
I try but I just don't get high with you

Leonard Cohen

### *Consumo de álcool - As trajetórias de vida dos consumidores de risco*

A relação dos mais jovens com o consumo de bebidas alcoólicas é muito diversificada assumindo por vezes um consumo com consequências para a saúde. Desde a experimentação até à identificação de consumos considerados de risco cada um apresenta uma trajetória de vida e de consumo que lhe é própria. Apesar de diferentes, no sentido que cada uma reflete uma história de vida individual, a sua análise pode permitir o conhecimento do sentido que estas experiências realizam e a forma como vão sendo integradas nos projetos de vida individuais. Conhecer estas trajetórias poderá dar, assim, contributos para a identificação de estratégias que impeçam os consumos de risco de evoluírem para nocivos e/ou dependência.

Este estudo teve como objetivo compreender como se desenvolve a relação de cada um com as bebidas alcoólicas desde a sua experimentação ao consumo de risco, o papel que o consumo de álcool assume e o modo como este foi integrado na vida dos participantes.

Considerando que queríamos compreender singularidades relacionadas com as pessoas e os seus modos de interação, numa perspetiva ecológica, optou-se pelo método qualitativo, com recurso a entrevistas narrativas. Estas permitem a combinação de histórias de vida com contextos do tempo e espaço social, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores que motivam e justificam as ações dos informantes. O método qualitativo, de acordo com Leininger (1994), pode constituir a forma inicial de descobrir fenómenos e de explicar fatos desconhecidos de certos comportamentos, permitindo captar em profundidade, detalhe e especificidade dos fenómenos que se pretendem estudar.

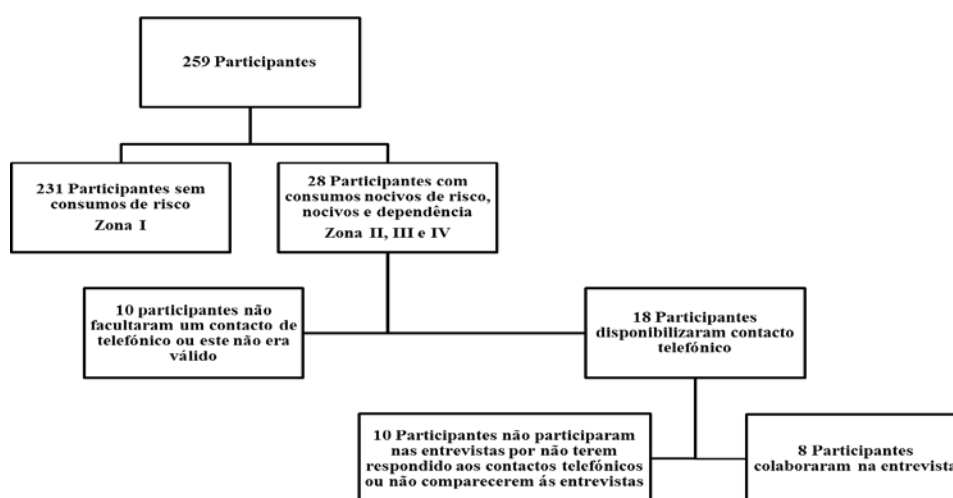
## 5.1 METODOLOGIA

### 5.1.1 Participantes

Os participantes são indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos em processo educativo formal, profissional ou académico, do concelho de Lisboa, que no preenchimento do AUDIT apresentaram *scores* iguais ou superiores a 8. Da amostra total constituída por 259 participantes constatou-se que 28 participantes apresentaram um *score* igual ou superior a 8, isto é, estavam acima do consumo sem riscos. No entanto, apenas 18 dos 28 participantes identificados declararam querer ser contactados posteriormente, fornecendo o número de telemóvel nos questionários.

Todos os participantes que disponibilizaram o número de telemóvel foram contactados. Quando foram realizados os contactos telefónicos verificou-se que alguns números não existiam ou não atendiam. De modo a contornar limitações impostas por compromissos académicos e laborais, os contactos telefónicos foram realizados em diferentes horários. Sempre que a chamada não foi atendida, foi enviada uma mensagem a explicar o motivo do contacto telefónico e realizadas novas tentativas de contacto. Com alguns participantes não foi possível agendar um dia, hora e local para a realização da entrevista, ou pouco tempo antes da realização da entrevista o participante enviou uma mensagem a desmarcar não sendo possível agendar uma nova data. Apesar das diferentes estratégias utilizadas só foi possível realizar entrevistas com oito indivíduos identificados com *scores* iguais ou superiores oito, conforme explicitado na Figura 22.

Figura 22 - Processo de constituição do grupo de participantes



### 5.1.2 Processo de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada, uma vez que é a fonte de dados mais adequada neste tipo de estudo. Através da sua realização torna-se possível clarificar os temas centrais nas experiências e sentimentos de um grupo sobre um assunto ou circunstância particular (Hutchinson, Wilson & Wilson, 1994) A entrevista fornece informações que acolhem as reflexões do próprio participante sobre a realidade que vivência, como ideias, formas de atuar, condutas, projeções, razões conscientes ou inconscientes e determinadas atitudes e comportamentos. Como explicitam Bogdan e Biklen, (1994, p. 134), “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”. A técnica da entrevista torna-se, assim, útil para recolher dados sobre as crenças, as opiniões e as ideias dos sujeitos.

Para facilitar a condução da entrevista foi elaborado um guião para orientação do investigador. Procurou-se explorar aspetos referentes ao episódio de experimentação tais como a idade em que ocorreu, o tipo e quantidade de bebida ingerida, o contexto situacional e relacional e o comportamento sentido nesta primeira experiência.

Durante a entrevista procurou-se captar as experiências sobre os episódios de consumo dos últimos doze meses no que respeita a tipo e quantidades de bebidas alcoólicas ingeridas e contextos relacionais e situacionais em que se verificaram os consumos.

Foi pedido para relatarem experiências de consumo, efeito sentido com a ingestão de bebidas alcoólicas e os sentimentos perante a crítica aos consumos. Os participantes foram também interrogados sobre acontecimentos de vida que surgiram durante os anos que decorreram entre a experimentação e o consumo atual.

Anteriormente à realização do trabalho de campo foi feita uma experiência prévia da utilização do guião, para avaliação da sua eficácia e para treino da investigadora, com duas participantes, o que permitiu clarificar e precisar a lista de indicadores a serem abordados nas entrevistas.

Aos participantes que aceitaram participar nas entrevistas foi explicado o objetivo da pesquisa, pedido o consentimento para a gravação áudio e garantido o anonimato e a confidencialidade.

### 5.1.3 Processo de análise de dados

Após a sua realização, cada uma das entrevistas foi transcrita para papel para seguidamente se realizar a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo de acordo com Berelson (citado por Bardin, 2004) é definida como uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifestado nas comunicações tem por finalidade a sua interpretação. De acordo com o mesmo autor esta deve respeitar a regra da homogeneidade, ser exaustiva (esgotar a totalidade do texto), ser exclusiva (o mesmo elemento de conteúdo não pode ser classificado em duas categorias diferentes), objetivas (codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais) e adequadas ou pertinentes (adaptadas ao conteúdo e ao objetivo).

Bardin (2004) refere que a análise de conteúdo deve iniciar-se pela pré-análise. Esta consiste na fase de organização, ou seja, corresponde a um período de intuições que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise. Pode ser flexível (permite a introdução de novos procedimentos no decurso da análise) no entanto deve ser precisa. Esta primeira fase inclui a escolha de documentos a serem submetidos a análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Estes fatores não se sucedem segundo uma ordem cronológica apesar de se manterem estreitamente ligados uns aos outros. Assim, e respeitando estas diretrizes, a análise das entrevistas iniciou-se pela realização de uma leitura flutuante de todas as entrevistas com o objetivo de se obter o sentido do todo.

Nas leituras seguintes e sistematicamente procedemos a “uma microanálise, referida como “uma análise linha-a-linha” por Strauss e Corbin (1998, p 57), identificando e codificando, linha a linha, as frases que geram códigos e posteriores categorias e subcategorias (Anexo 3). Estas frases correspondem ao que Bardin (2004) designa como unidades de registo. Para este autor a unidade de registo é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base visando a categorização.

Após a identificação das “unidades de registo” foi realizada a codificação aberta. Estas foram agrupadas em códigos e posteriores categorias e subcategorias (Flick, 2002).

A codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas dos dados em bruto do texto, transformação esta que por recorte (escolha das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem), classificação e agregação (escolha das categorias) permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (Bardin, 2004).

## 5.2 Resultados

Aos participantes identificados pelo AUDIT com *scores* iguais ou superiores a 8 foi realizada entrevista de modo a compreender a sua trajetória de consumo. As entrevistas foram realizadas a participantes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos, com trajetórias de consumo que vão desde os seis aos dezanove anos. Destes, seis tinham um consumo considerado de risco, um tinha um *score* de AUDIT correspondente a um consumo nocivo e uma participante com consumo considerado de dependência (tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização dos participantes aos quais foi realizada entrevista

|                                | <b>E1</b> | <b>E2</b> | <b>E3</b> | <b>E4</b> | <b>E5</b> | <b>E6</b> | <b>E7</b> | <b>E8</b> |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Sexo</b>                    | Fem       | Fem       | Masc      | Fem       | Masc      | Fem       | Fem       | Fem       |
| <b>Idade</b>                   | 24        | 26        | 23        | 24        | 21        | 22        | 30        | 20        |
| <b>Idade de Experimentação</b> | 17 Anos   | 16 Anos   | 12 Anos   | 12 Anos   | 13 Anos   | 14 Anos   | 11 Anos   | 14 Anos   |
| <b>Nº anos de consumo</b>      | 7 Anos    | 10 Anos   | 11 Anos   | 12 Anos   | 8 Anos    | 8 Anos    | 19 Anos   | 6 Anos    |
| <b>AUDIT</b>                   | 8         | 8         | 11        | 10        | <b>17</b> | 8         | <b>26</b> | 14        |

A todos os participantes identificados com consumo de risco foi disponibilizado aconselhamento simples sobre o consumo de álcool. Aos participantes que apresentaram *scores* iguais ou superiores a 16 (dezasseis), ou seja, com consumos nocivos e/ou dependência foi realizada intervenção de acordo com a Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 da DGS.

A leitura das entrevistas teve como objetivo compreender como se desenvolve a relação de cada um com as bebidas alcoólicas desde a sua experimentação ao consumo de risco, o papel que o consumo de álcool assumiu e o modo como este foi integrado na vida dos participantes. De modo a atingir este objetivo, a informação recolhida nas entrevistas foi organizada em três categorias distintas, correspondendo cada uma a um espaço temporal diferente em que ocorreram os consumos de álcool. A ordenação dos dados permitiu a

caracterização do primeiro consumo de álcool ou “experimentação”, a caracterização do consumo realizado nos últimos doze meses designado por “consumo atual” e, ainda, do “percurso” realizado entre a experimentação e o consumo atual.

Os dados continham também informações relativas às experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas, consequências que trouxeram à vida de cada um e acontecimentos de vida que permearam as suas trajetórias. De modo a relacionar os dados com as categorias foi necessário a realização de memorando seguindo as indicações de Strauss e Corbin (1998) e Charmaz (2008). Estes processos foram demorados e alvo de muitas reformulações que obrigaram a várias leituras das entrevistas. As categorias identificadas foram a “Experimentação”, o “Percurso” e o “Consumo atual”. As categorias e subcategorias estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Grelha de análise: Etapas da trajetória de consumo de álcool

| Categoria      | Subcategoria         | Indicadores   |
|----------------|----------------------|---|
| Experimentação | Idade                | Nº de anos  |
|                | Contexto Situacional | Habitação familiar<br>Locais públicos<br>Casa de amigos   |
|                | Contexto Relacional  | Família<br>Amigos   |
|                | Tipo de Bebida       | Bebidas fermentadas<br>Bebidas destiladas   |
|                | Quantidade de Bebida | Objetiva<br>Subjetiva   |
|                | Efeito Experimentado | Desinibição /Socialização<br>Emancipação<br>Desagrado com o sabor da bebida<br>Mau estar físico |
| Percurso       | Contexto Situacional | Habitação familiar<br>Locais públicos<br>Casa de amigos<br>Contexto laboral                     |
|                | Contexto Relacional  | Família<br>Amigos   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | Tipo de Bebida  | Bebida fermentada<br>Bebida destilada   |
|  | Quantidade de Bebida                                  | Objetiva<br>Subjetiva   |
|  | Frequência  | Semanal; Dias de semana; surge vontade  |
|  | Horário   | Diurno<br>Noturno   |
|  | Efeito Experimentado                                  | <i>Blackouts</i><br>Alívio da tensão/ Suportar horário de trabalho<br>Mau estar físico<br>Socialização<br>Diversão<br>Desinibição/relação com o sexo oposto |
|  | Experiências vividas sob efeito de bebidas alcoólicas | Perder orientação<br>Quedas<br>Alteração do ambiente familiar<br>Comportamento apelativo<br>Violência   |
|  | Estar exposto a riscos                                | Condução<br>Beber com desconhecidos<br>Beber na Gravidez  |
|  | Esforço para lidar com o consumo                      | Racionalização<br>Culpa<br>Crítica de terceiros<br>Atribuição de influência de familiares<br>Manutenção da sensação de controle                             |
|  | Acontecimentos de Vida                                | Ser mãe<br>Ingressar na Universidade  |

|                        |   |   |
|------------------------|---|---|
|                        |   | Início da atividade laboral<br>Período de tempo sem consumos                |
| Consumo Atual          | Frequência  | Fim-de-semana; Férias;  |
|                        | Horário   | Diurno<br>Noturno   |
|                        | Contexto Situacional                                  | Habitação familiar<br>Locais públicos<br>Casa de amigos<br>Contexto laboral |
|                        | Contexto Relacional                                   | Família<br>Amigos   |
|                        | Tipo de Bebida  | Bebida fermentada<br>Bebida destilada                                       |
|                        | Quantidade de Bebida                                  | Nº de doses de álcool<br>Não quantificável                                  |
|                        | Esforço para lidar com o consumo                      | Manutenção da sensação de controlo  |
|                        | Efeito experimentado                                  | Alívio tensão /Suportar horário de trabalho<br>Desinibição<br>Diversão      |
|                        | Experiências vividas sob efeito de bebidas alcoólicas | Problemas com a Justiça<br>Prazer   |
| Estar exposto a riscos | Condução  |   |

### 5.2.1 Como se inicia: A experimentação

A primeira categoria que será descrita é a “experimentação” através da qual se caracterizará as primeiras experiências de consumo tendo em consideração a idade, o contexto situacional - ou seja, locais em que aconteceram os consumos, contexto relacional - que se refere ao fato de os consumos serem realizados sozinhos ou acompanhados, e qual a companhia com quem ocorreram, a quantidade, tipo de bebida

ingerida e o comportamento apresentado sob o efeito do álcool. Nesta categoria será considerada não só a primeira vez, mas as primeiras experiências de consumo de álcool.

Assim, constatou-se que a idade de experimentação das bebidas alcoólicas ocorreu entre os 11 e os 17 anos. O participante que mais precocemente fez a experimentação de bebidas alcoólicas tinha 11 anos, enquanto o que fez uma experimentação mais tardia já tinha 17 anos. 3 dos participantes realizaram a primeira experiência na idade média que tem sido identificada pelos diversos estudos (12-13 anos) e dois fizeram essa experiência um pouco mais tarde (14 anos).

Para a compreensão do significado que esta experimentação teve na trajetória dos participantes importa analisar em que contexto relacional e situacional esta teve lugar.

Neste estudo todos os participantes informaram que o primeiro contacto com as bebidas alcoólicas aconteceu na companhia de amigos ou familiares. Enquanto alguns referiram que este aconteceu “com amigos” (E<sub>1</sub>), com as “amigas” (E<sub>2</sub>), “em casa de um colega que tinha uma prima com mais de 18 anos...” (E<sub>5</sub>), outros assumiram que o mesmo ocorreu “em casa com os pais” (E<sub>3</sub>), com uma “ex-cunhada (E<sub>4</sub>), com “o cunhado” (E<sub>7</sub>). O primeiro contato, em vários participantes ocorreu no seio da família nuclear e apoiado pela mesma “foi em casa com os meus pais (...) já tens idade ... já podes beber (E<sub>3</sub>), “aquelas vezes em que as pessoas mais velhas como o meu avô que diziam “bebe um gole”, “prova aqui uma cerveja” (E<sub>5</sub>), “eu venho de uma geração de vinicultores (...) Eu desde pequena que aprendi a provar (E<sub>6</sub>).

Por sua vez o contexto situacional dos consumos, ou seja, os locais em que estes aconteceram, pode dividir-se entre os locais públicos e a habitação familiar ou de amigos. No primeiro caso, os locais referidos foram “quando saía” (E<sub>1</sub>), “no café” (E<sub>2</sub>), “festa” (E<sub>7</sub>). De entre os segundos (i.e., casa de amigos), destacamos como exemplos “em casa” (E<sub>3</sub>), “em casa de um colega” (E<sub>5</sub>).

Conjugando a idade de experimentação e os contextos relacional e situacional percebe-se que a experimentação ocorrida na família se verificou em idades mais precoces do que quando aconteceu com os amigos. Também se identifica que a experimentação com amigos esteve frequentemente associada a espaços públicos, enquanto a experimentação com familiares parece estar associada ao domicílio familiar. Em conformidade, a experimentação no espaço familiar é realizada de forma integrada numa refeição, mesmo

que a propósito de alguma comemoração, enquanto aquela que é realizada no grupo de amigos está mais associada a um tipo de recreação noturna.

Diferenças também podem ser identificadas quanto ao tipo e quantidade de bebida utilizada nesta experimentação. No que diz respeito ao tipo de bebidas, verifica-se que as referências oscilam entre bebidas fermentadas e bebidas destiladas. Assim, alguns referem ter optado por bebidas ditas mais fracas “a cerveja, a bebida mais fraca...” (E<sub>1</sub>), outros parecem ter optado por bebidas açucaradas como por exemplo “bebemos Moscatel” (E<sub>2</sub>), “vinho com seven-up” (E<sub>3</sub>), “Pisang ambon e safari” (E<sub>5</sub>), “cocktail de frutas mas tinha champagne com álcool” (E<sub>7</sub>); um terceiro grupo diz ter optado por bebidas destiladas “whisky” (E<sub>4</sub>), “vodka” (E<sub>5</sub>), “shot” (E<sub>6</sub>), “sei que era uma bebida branca mas não me recordo do que foi” (E<sub>8</sub>).

A quantidade ingerida no primeiro contacto foi muito diferente entre os participantes não tendo, todavia, sido quantificada de forma objetiva. Assim, ao mesmo tempo que alguns dos participantes referiram “um bocadinho” (E<sub>3</sub>) ou “bebe um gole” (E<sub>6</sub>), outros falaram de um consumo de “2 ou 3 copos” (E<sub>4</sub>), “um copo” (E<sub>2</sub>), e outro disse terem sido “15 copinhos” (E<sub>5</sub>), “tiraram-me uma garrafa de safari da mão e eu estava a beber pela garrafa. Acabei por perder a noção da quantidade” (E<sub>5</sub>). Predomina, portanto, uma razoável heterogeneidade, não sendo claro qual o efeito do tempo nesta memória concreta. É, no entanto, possível constatar que o contexto situacional família é aquele em que se verificou a ingestão de menores quantidades de álcool.

O efeito experimentado após a ingestão de bebidas alcoólicas pela primeira vez é descrito pelos participantes como uma experiência de emancipação independentemente do contexto situacional e relacional em que ocorreu. Outros referem que o consumo de álcool que levou à desinibição e facilitou a sua interação com terceiros, ou seja, a socialização. Para estes, as primeiras experiências de consumo são recordadas pelos aspetos positivos vividos. No entanto, os primeiros contatos com as bebidas alcoólicas são também recordados pelos episódios de mau estar físico apresentado após o consumo e por relatos de participantes que referem não ter gostado das bebidas alcoólicas quando provaram pela primeira vez, “não gostava nada daquilo, como é óbvio, há bebidas que não prestam ...” (E<sub>8</sub>).

As descrições predominantes são as referentes à desinibição e socialização. Alguns dos participantes dizem “Ficava mais extrovertida, mais solta” (E<sub>7</sub>). Outra, quando

questionada se o consumo a deixou mais desinibida disse que tinha sido nesse dia que deu o seu primeiro beijo (E<sub>6</sub>). O mau estar físico associado à ingestão de bebidas alcoólicas foi narrado apenas por um dos participantes, sendo de realçar que este teve dificuldade em quantificar as bebidas alcoólicas ingeridas, uma vez que descreveu uma situação de embriaguez. Assim, relatou que foi observado em urgência hospitalar após o consumo “estava muito mal, uns colegas meus tiveram que me dar banho” (E<sub>5</sub>), “os meus pais quando chegaram a casa, eu estava a vomitar na sanita e pronto, na altura disse que tinha batido com a cabeça, não sei se foi do álcool, mas foi aquilo que me saiu”, “quando cheguei ao hospital ela teve que lá passar uma noite comigo” (E<sub>5</sub>).

A emancipação é assinalada pela participante em que o seu primeiro contato com as bebidas alcoólicas foi com o grupo de amigos “ficamos a pensar que éramos muito crescidas” (E<sub>2</sub>) e também quando esta aconteceu com familiares “já tens idade ... já podes beber” (E<sub>3</sub>).

*Em resumo:*

Pode, assim, dizer-se que a “experimentação” se inicia entre a idade precoce de 11 anos e os 17 anos, mas existindo um predomínio da idade dos participantes de 12 e 13 anos. A iniciação ao consumo aconteceu sempre na companhia de terceiros, sendo estes amigos ou familiares, em locais públicos ou em casa respetivamente. De destacar que nos casos em que a experimentação foi em idades mais precoces, ocorreu no seio familiar e nos que se verificou mais tardiamente ocorreu em locais públicos na companhia de amigos. Constata-se uma grande heterogeneidade em relação às bebidas escolhidas assim como às quantidades ingeridas, sendo de realçar que na experimentação já é relatada uma situação de embriaguez.

### 5.2.2 A trajetória: Percurso

A categoria “Percurso”, ou seja, o período de tempo que vai desde as primeiras experiências de consumo de bebidas alcoólicas até ao último ano, caracterizar-se-á através do contexto situacional, contexto relacional, tipo e quantidade de bebida ingerida, frequência e horário de ingestão de bebidas alcoólicas bem como pela descrição do efeito experimentado, das experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas, esforços para lidar com os consumos, da exposição a riscos e dos

acontecimentos de vida que marcaram este período. Estas constituem-se como subcategorias que seguidamente serão descritas.

Após as primeiras experiências de contato com o álcool, o seu consumo passou de formas variadas, a fazer parte de múltiplos momentos das vidas destes participantes. De um modo mais esporádico ou regular, em diferentes contextos relacionais e situacionais, o consumo de álcool passou a fazer-se, progressivamente, de um modo cada vez mais problemático. No que diz respeito ao contexto situacional verificámos que os consumos passaram a realizar-se em locais públicos (e.g., cafés, bares, restaurantes), ou privados, mas não familiares, como nas casas de amigos onde se realizem jantares, mas também nos locais de trabalho.

Na trajetória de vida de certos participantes, há uma alteração nos seus percursos académicos, pois os cursos que vinham a frequentar passam a não ser uma atividade exclusiva, uma vez que alguns iniciaram uma atividade laboral. Esta, por vezes, é realizada em locais onde o acesso a bebidas alcoólicas está facilitado. São exemplo dessas atividades laborais, o empregado de balcão em bares, cafés ou discotecas. Outros participantes referem ter abandonado o percurso escolar durante um período de tempo sendo mais tarde retomado.

Também em relação ao contexto relacional, ou seja, à companhia com a qual se realizam os consumos, continua a verificar-se que estes ocorrem, ainda, mas de forma cada vez menos representativa, entre família e cada vez mais entre amigos e o grupo de colegas de escola. Nas narrativas dos participantes, é de realçar um relato de um consumo realizado sozinho: “Estava sozinha e estava triste por fazer anos. Foi um episódio isolado” (E<sub>2</sub>).

Das bebidas alcoólicas escolhidas pelos participantes destacam-se as bebidas fermentadas em especial a cerveja, sendo o fator mais comumente apontado para esta escolha o fato de ser a bebida mais barata. Todavia, também as bebidas destiladas estão indicadas por vários participantes como opção de consumo sendo frequente a ingestão de mais de um tipo de bebida no mesmo episódio.

Relativamente à quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas, e apesar de alguns dos participantes não a quantificarem, verificou-se que outros descrevem com precisão as quantidades ingeridas em algumas situações, mas não o conseguem fazer noutras. Quando conseguem quantificar, a descrição objetiva oscilou entre um copo a uma

garrafa de vodka. As descrições subjetivas foram “beber muito “ou seja “beber e quase vomitar” (E<sub>1</sub>), os “bota a baixo” (E<sub>2</sub>), “e pronto foi daquelas bebedeiras parvas de começar a beber à parva e pronto....” (E<sub>8</sub>).

A frequência com que foram realizados os consumos não foi descrita por todos os participantes. Os que falaram sobre a periodicidade com que realizavam a ingestão de bebidas alcoólicas referiam que esta acontecia aquando das saídas com o grupo de amigos. Dois disseram que esta era semanal realçando o fato de não ser diária “Sim, só ao fim de semana. Todos os dias não bebia.” (E<sub>7</sub>). Esta referência parece assumir um autorreforço de sentido de controlo, de negação da sua situação de já dependência em relação ao consumo, como pode ser verificado pelo resultado do AUDIT apresentado na tabela 13.

Ao longo do percurso, e conjugando a análise dos contextos em que se verificou a ingestão de bebidas alcoólicas, da frequência e da quantidade de bebidas ingeridas constata-se um agravamento da trajetória de consumo. Identificam-se descrições não só em que o consumo de álcool acontece em saídas de grupo noturnas parecendo, assim, estar em grande medida, associados a situações recreativas e de lazer, mas também à possibilidade da sua ocorrência em espaços e tempos que não eram desejáveis. É disso exemplo o consumo no local de trabalho. De salientar o consumo de bebidas alcoólicas associado ao fato de estar sozinha e se sentir triste. Nos diferentes contextos identificados verificou-se um predomínio do horário noturno para a ingestão de bebidas alcoólicas, mesmo quando esta acontece em contexto laboral.

Todavia, há uma diferença notória nas quantidades ingeridas em função do contexto em que estas ocorrem. Assim, os participantes quando se referiram aos consumos realizados em família falaram apenas da ingestão de um copo de vinho às refeições não sendo os familiares apontados como parceiros habituais de consumo. Também não houve referência a episódios de alcoolização realizados no seio familiar. Por outro lado, quando se referem a consumos semanais e em contextos não familiares, são mencionadas grandes quantidades de álcool tendo em consideração a descrição das quantidades ingeridas.

O relato dos “efeitos experimentados” confirma a existência de grandes consumos de bebidas alcoólicas pois é salientado por vários participantes a ausência de memórias de alguns episódios de consumo, “agora que a gente se lembra no dia seguinte o que

fizemos na noite anterior muitas vezes só contado por outras pessoas que não consumiam álcool” (E<sub>5</sub>). No entanto, os *blackouts*, ou seja, a perda de memória temporária causada pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, não são mencionados por todos os participantes, “nunca aconteceu apanhar uma bebedeira que seja de tal forma que não me lembro do que aconteceu ontem” (E<sub>1</sub>); “já bebi bastante, mas consigo lembrar-me de tudo” (E<sub>1</sub>).

A gravidade que os consumos de álcool foram assumindo na vida dos participantes é confirmada pela narrativa dos episódios de mau estar físico associado ao consumo. Vários participantes descrevem estas experiências, “estar a vomitar na rua” (E<sub>2</sub>); “no dia a seguir sentia-me mal...” (E<sub>3</sub>); “lembro-me que vomitei, quando comi qualquer coisa vomitei. Não sei se vomitei na noite anterior, mas acho que não” (E<sub>3</sub>); “não... às vezes ficava a ver as coisas à roda” (E<sub>4</sub>); “no dia seguinte é pior.... E cada vez mais esses efeitos no dia seguinte são mais acentuados. A sede, a prostração, duram um ou dois dias. Era se calhar quando abusava mais” (E<sub>5</sub>); “Quando bebo num dia, no dia seguinte não posso sentir nem o cheiro da bebida” (E<sub>7</sub>).

No entanto, estes efeitos são por vezes desvalorizados. O fato de não terem passado por nenhuma experiência de mau estar físico que implicasse observação em meio hospitalar, problemas com terceiros ou mesmo com a justiça é salientado por alguns dos participantes, pois caso tivessem ocorrido poderia significar que o consumo de bebidas alcoólicas constituía um problema: “nunca tive necessidade de ir a meio da noite para o hospital” (E<sub>1</sub>); “Não sei... nunca aconteceu nada trágico... nada de horrível” (E<sub>6</sub>). Este menosprezo pelas consequências físicas do consumo de álcool confirma a negação dos seus efeitos nocivos. Paralelamente à desvalorização das consequências do consumo constata-se que a ingestão de bebidas alcoólicas assumiu um papel cada vez mais significativo nas experiências de socialização e pela desinibição que provoca.

A influência do consumo de álcool na interação social foi salientada pelos participantes. Estes referem que após a ingestão de bebidas alcoólicas têm maior facilidade em interagir ou comunicar com terceiros; “tenho maior facilidade em conhecer pessoas” (E<sub>1</sub>); “ficava mais extrovertida” (E<sub>7</sub>); “quando estamos sob efeito do álcool conseguimos expressarmo-nos muito melhor” (E<sub>8</sub>). Outro efeito experimentado com a ingestão de bebidas alcoólicas é a desinibição. Esta é descrita pelos participantes como uma maior facilidade na aproximação a indivíduos do sexo oposto; “Foi assim que conheci o meu

namorado...” (E<sub>2</sub>); “naquela situação facilitou uma aproximação” (E<sub>3</sub>). Das experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas faz parte a sua utilização como um fator potenciador da diversão “Divertimo-nos mais” (E<sub>1</sub>), “com alguma ingestão tem mais piada” (E<sub>3</sub>).

A análise dos dados evidencia que a integração do consumo de álcool na vida dos participantes ocorreu nas suas experiências de socialização, como estratégia para lidar com diferentes situações de vida tais como o contexto laboral, “Para aguentar o ritmo de trabalho” (E<sub>7</sub>), e com os problemas da vida no geral, “mas às vezes também bebo um bocado para... não sei, para aguentar, às vezes também é psicológico, aguento... penso que aguento mais.” (E<sub>4</sub>), e novos significados, como o lidar com sentimentos “estava sozinha e estava triste” (E<sub>2</sub>).

Progressivamente verificou-se a integração do consumo de bebidas alcoólicas nas trajetórias de vida dos participantes, e assim sendo, um maior número de experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas. A diversidade dos episódios relatados permitiu, ainda identificar nas “experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas” as subcategorias, *perda de orientação, quedas, comportamento apelativo, episódios de violência e alteração do ambiente familiar*.

A *perda de orientação* foi referida por uma das participantes (E<sub>2</sub>) que descreveu uma situação em que de madrugada deixou de saber onde estavam os seus amigos. Outro participante (E<sub>5</sub>) narrou episódios de consumo em que são feitas brincadeiras entre os diferentes elementos que constituem o grupo que incluem a perda de orientação.

A *ocorrência de quedas* foi também retratada “Começa a vacilar e cai... Cai mas antes bate com a cabeça num pau que tinha as cordas e depois cai” (E<sub>3</sub>), “Há o cair...” (E<sub>5</sub>).

Também fazem parte das experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas a existência de *comportamento apelativo*. Um dos participantes referiu que o uso de bebidas alcoólicas para alguns indivíduos é um comportamento apelativo “Mas há muita gente que gosta... Gosta de ter atenção por estar assim...” (E<sub>3</sub>). Há ainda a considerar os episódios de *agressividade e violência* relatados pelos participantes quando estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas “provocar confusões...” (E<sub>3</sub>); “uma luta após a ingestão de bebidas alcoólicas? Não a outra pessoa sim... foi por causa do álcool” (E<sub>5</sub>); “ou ficar agressiva” (E<sub>8</sub>).

Nas narrativas dos participantes a presença do consumo de álcool verifica-se em diferentes dimensões de vida. É descrita a integração desta substância no contexto laboral, a sua forte influência na interação social e as consequências físicas que têm causado. A nível familiar, a integração desta substância na vida de cada um não foi indiferente. Vários participantes descreveram alterações do ambiente familiar associado ao consumo. Uma participante (E<sub>2</sub>) refere que o pai deixou de lhe falar durante algum tempo depois de a ter visto vomitar em locais públicos após a ingestão de bebidas alcoólicas. Outra participante (E<sub>7</sub>) refere que o marido também adotou um comportamento similar quando percebe que se verificam consumos. Há ainda um participante (E<sub>5</sub>) que referiu que a sua mãe o impediu de sair com o grupo de amigos com os quais o consumo tinha acontecido além da relação entre os dois ter ficado alterada.

Todos os participantes mostraram estar conscientes da existência de riscos para sua vida e a de terceiros quando é feita a ingestão de bebidas alcoólicas. Assim sendo, por alguns são adotadas medidas que pretendem minimizar esses riscos apesar de em outras situações nada ser feito para os prevenir. Um dos participantes refere não consumir bebidas alcoólicas com desconhecidos “Em situações que não conhece terceiros (...) não consumo até ao ponto de ficar bêbeda” (E<sub>1</sub>). Outra das situações em que está presente o risco de consequências nocivas é o consumo de álcool na gravidez. Uma das participantes optou por não beber durante este período (E<sub>4</sub>) enquanto outra manteve consumos (E<sub>7</sub>).

No que se refere à condução são várias as opções tomadas sendo uma delas não beber quando se tem de conduzir. “Quando sou eu a levar o carro não bebo” (E<sub>5</sub>). Uns escolhem alguém no grupo que não consome e que leva o carro, “Escolhemos um amigo que leva o carro” (E<sub>1</sub>), ou é tomada a decisão de ir de táxi ou de transporte público. Outros referem que o consumo de bebidas alcoólicas os leva a tomar atitudes que de outra forma evitariam tais como “Tive uma atitude mais perigosa que foi fazer um bocado de estrada em cima de um tejadilho de um carro” (E<sub>3</sub>).

Temos, assim, um discurso que oscila entre o reconhecimento de que há ou houve experiências e consequências negativas do consumo de álcool que influenciaram as suas trajetórias de vida e, simultaneamente, um reafirmar dos aspetos positivos do seu uso.

O impacto do consumo de álcool, nas diferentes áreas de vida dos participantes, permitiu que ao longo da sua trajetória, estes já tivessem ponderado sobre a necessidade de alterar o seu padrão de ingestão de bebidas alcoólicas. Para isso contribuíram os sentimentos de culpa pelos consumos realizados e a crítica de terceiros. A manutenção dos consumos implicou o desenvolvimento de esforços para explicar as suas consequências tendo assim emergido a subcategoria “esforços para lidar com o consumo” que inclui a *racionalização*, a *culpa* e a *crítica de terceiros*.

A *racionalização*, ou seja, a justificação de consumos excessivos de bebidas alcoólicas e os efeitos por estes provocados com argumentos lógicos e racionais está presente em várias entrevistas. São exemplo de justificações apresentadas, o cansaço, a ausência de movimento, a toma de medicação associada ou a maturidade do organismo. Quando questionados sobre o que consideram beber demais uma das participantes respondeu “Uma garrafa quando estou cansada e não comi... isso é beber muito. Quando comi, quando estou bem... sei que não estou cansada, duas garrafas por exemplo” (E<sub>1</sub>). Outra participante justificou o efeito sentido pelo consumo de bebidas alcoólicas com a ausência de movimento. “Quando estávamos sentados a beber e não nos mexemos o efeito não é medido, fui bebendo, bebendo e quando me levantei é que notei que fiquei tonta e aí parei de beber...” (E<sub>6</sub>). Foi relatado outro episódio em que o efeito apresentado pelo consumo de álcool foi explicado pelo fato de estar associado à toma da terapêutica “Tive uma falha... saí com uma pessoa que bebia e estava a tomar medicação” (E<sub>7</sub>), e outra com a imaturidade do organismo para lidar com as bebidas alcoólicas “não é que haja uma altura que seja ideal, mas pronto é má altura pois o nosso paladar não está tão desenvolvido... penso eu... e não aceita tão bem as bebidas fortes” (E<sub>8</sub>).

Um outro aspeto salientado pela análise das entrevistas é a existência da *culpa*, ou seja, o fato de alguns dos participantes se sentirem culpados pelos consumos realizados. “Ando a beber muitas vezes já me passou pela cabeça” (E<sub>1</sub>), “Há sempre o sentimento de culpa por fazer mal a mim mesmo” (E<sub>3</sub>), “Eu dizia não, não bebo, não quero, tenho medo de ficar mal....” (E<sub>5</sub>).

A *crítica de terceiros* sobre os consumos de álcool apresentados é referida por todos os participantes à exceção de um “Nunca senti nenhuma crítica ao seu comportamento? Não...” (E<sub>6</sub>). As críticas surgem de elementos da família tais como os pais, mas também de amigos. Apesar de mencionarem a existência de críticas e preocupações manifestadas

pelos familiares e amigos acerca da ingestão de bebidas alcoólicas, em nenhum dos casos se verificou a interrupção dos consumos por mais de algumas semanas.

Os esforços para lidar com os consumos vêm confirmar o aumento das quantidades de bebidas alcoólicas ingeridas ao longo do percurso de cada um, assim como a consciência que os participantes têm dos danos que esta substância está a causar.

Durante o percurso, o contexto relacional constituído pela família assume um plano secundário para a ingestão de bebidas alcoólicas, no entanto a crítica de familiares pela ingestão de bebidas alcoólicas e alteração do ambiente familiar que o consumo desta substância causou, levou a que os participantes refletissem sobre os consumos realizados e em algumas situações para que fossem temporariamente interrompidos.

Um participante falou de ausência de consumos durante um período de tempo prolongado após a primeira experiência de ingestão de bebidas alcoólicas, devido à influência familiar. Outra participante refere que após o comportamento do marido perante os seus consumos suspendeu durante algumas semanas a ingestão de bebidas alcoólicas. A interrupção dos consumos foi também motivada pela maternidade e amamentação em duas das participantes. Porém os respondentes, após um período de alguns meses sem consumos voltaram a ingerir bebidas alcoólicas.

A influência da família foi também identificada na existência de modelos de consumo. No contexto familiar os participantes encontraram modelos de consumo de bebidas alcoólicas que querem adotar e outros que assumem como modelos a não seguir. Os respondentes falaram de familiares com consumos sendo este o pai (E<sub>3</sub>; E<sub>4</sub>), padrinho (E<sub>5</sub>), marido (E<sub>7</sub>) ou tio (E<sub>8</sub>). Aqueles que disseram ter o pai com consumos criticaram este comportamento salientando que não o queriam repetir. Os outros participantes ao falarem nos familiares com consumos (padrinho e tio), usaram estes exemplos para falarem do seu conhecimento sobre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. A participante que fala do marido com consumos refere-se a este como um exemplo a seguir, uma vez que ele não perde o controlo sobre a ingestão de álcool (E<sub>7</sub>).

Apesar do reconhecimento dos participantes de aspetos negativos associados ao consumo de álcool, verifica-se a sua minimização através da existência de uma narrativa de referenciação às suas capacidades para controlar o fenómeno.

Em alguns casos verificou-se a exaltação da sua competência para a interrupção dos consumos, mesmo que por períodos muito reduzidos como alguns dias ou semanas “não perco o controle do que bebo” (E<sub>1</sub>). Essa sensação de capacidade de autocontrole também se manifesta na avaliação acerca das quantidades ingeridas. Esta competência para controlar a ingestão num determinado momento é, no entanto, reconhecidamente difícil para alguns, como é realçado no seguinte relato: “Estamos a beber, eu estou bem e depois já não. Eu não consigo ter aquela não de chegar a um ponto e dizer que já não vou beber mais. Então evito chegar a esse ponto pois já não consigo voltar atrás...” (E<sub>2</sub>).

A ingestão de bebidas alcoólicas nas diferentes trajetórias foi influenciada tanto pelos contextos situacionais e relacionais como pelos efeitos experimentados e experiências de consumo. Em cada uma, constatou-se a existência de experiências por vezes sentidas como prazerosas, mas também outras vividas como desagradáveis. As trajetórias de consumo dos participantes oscilaram entre os 6 anos e os 19 anos pelo que os acontecimentos de vida que permearam estes percursos são diversificados. Nestes foram identificados acontecimentos que assinalaram o acentuar dos consumos e outros a sua redução.

Os acontecimentos de vida que marcaram este período de tempo, ou seja, os momentos que identificam como marcantes para a sua vida, pois de alguma forma implicaram a existência de mudanças, foram a maternidade, o ingresso na universidade e o início da atividade laboral. Todos estes acontecimentos implicaram a alteração do contexto relacional em que os participantes estavam inseridos.

O ingresso na universidade pelos eventos sociais inerentes à vida académica e o início da atividade laboral, pela facilidade de acesso às bebidas, foram identificados como acontecimentos potenciadores dos consumos.

Como acontecimentos que marcaram a redução dos consumos foi indicado a maternidade e o ingresso na universidade, pois alguns dos participantes referem não se “identificar com a vida académica” (E<sub>3</sub>), ou pela dificuldade em conciliar os compromissos académicos com os consumos “todos têm tempo para festas e eu praticamente não tenho tempo (...) tenho poucas festas” (E<sub>5</sub>).

*Em resumo:*

O “Percurso” caracteriza-se pela integração dos consumos na história de vida destes participantes. Este consumo é alargado a todo o tipo de bebidas alcoólicas, apesar da preferência dos participantes recair na cerveja devido ao seu custo mais reduzido. Os consumos são efetuados habitualmente na companhia de terceiros, passando a ser mais frequente a escolha do grupo de amigos ou de colegas e menos significativa o consumo realizado em contexto familiar. Realçamos, ainda, a existência de um relato de consumo desacompanhado.

As descrições dos “efeitos experimentados” e das “experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas” reforçam a existência de consumos de grandes quantidades de álcool havendo até vários participantes que fazem referência à existência de episódios em que não mantêm o controlo sobre a ingestão de bebidas alcoólicas.

### 5.2.3 Ponto da situação: O consumo atual

A categoria “Consumo Atual” ou sejam os consumos de bebidas alcoólicas realizados no último ano, são caracterizados pelo contexto situacional, contexto relacional, frequência, horário, tipo de bebidas, efeito experimentado, experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas e estar exposto a riscos.

Os contextos situacionais identificados pelos respondentes para a realização de consumos durante os últimos 12 meses foram a habitação familiar, a casa de amigos, onde se realizem jantares ou convívios, “bebemos em casa de um amigo” (E<sub>1</sub>), os locais públicos, “nos bares”, “na discoteca” (E<sub>2</sub>), “agora bebo em festas” (E<sub>5</sub>), “nos jantares de grupo” (E<sub>5</sub>) e o local de trabalho “eu também trabalho à noite e é por isso que eu bebo tanto... assim com mais frequência” (E<sub>4</sub>).

No que se refere ao contexto relacional constatou-se que os consumos de bebidas alcoólicas ocorreram com familiares e amigos não havendo referência a consumos que tivessem acontecido isolados.

Na descrição dos participantes sobre o consumo atual é de realçar a realização de jantares em casa de amigos e familiares em que a bebida consumida é o vinho, estando este integrado numa refeição. Apesar de acontecerem consumos de bebidas alcoólicas na casa de amigos, este consumo verifica-se sem estar associado a situações de consumo

excessivo. As situações de embriaguez estão descritas nas situações em que ocorreu o consumo de álcool em locais públicos.

As bebidas escolhidas são fermentadas e destiladas sendo a escolha nesta fase realizada em função das preferências dos participantes e sem ter apenas em consideração o fator económico “Estamos mais esquisitos no que bebemos” (E<sub>2</sub>). A análise da opinião dos participantes sobre as bebidas alcoólicas permite constatar a ocorrência de um processo de aprendizagem no que diz respeito às características sensoriais das bebidas alcoólicas. Aquando da “experimentação” alguns participantes referem não gostar do sabor das bebidas alcoólicas sendo por alguns adotadas estratégias que facilitam a sua ingestão como a mistura com sumos de fruta. Durante o “percurso” verificou-se a experimentação de um leque mais variado de bebidas que permitiu distinguir as que assumem a sua preferência. No “consumo atual” o consumo é realizado tendo já em consideração o gosto preferencial por algum tipo de bebida, “gosto, se não, não bebia”, “é agradável depois do jantar” (E<sub>3</sub>), “bebo sangria porque é bom, dá-me prazer, gosto do sabor da sangria ao contrário de outras bebidas” (E<sub>8</sub>), e não apenas a ingestão com o objetivo de se atingir a embriaguez. No “consumo atual”, ao contrário do que é descrito na “experimentação” e no “percurso”, a ingestão de bebidas alcoólicas acontece por se gostar, não havendo referência de nenhum participante a de desgosto com o sabor.

A descrição das quantidades é objetiva, mas também subjetiva. As quantidades ingeridas vão desde “uma cerveja” (E<sub>5</sub>) até “uma garrafa de vodka” (E<sub>5</sub>), “sou capaz de beber uma garrafa de vinho sozinha” (E<sub>1</sub>), “dez imperiais” (E<sub>1</sub>), “mas para aí 20 sangrias” (E<sub>8</sub>) “e pronto foi daquelas bebedeiras parvas de começar a beber à parva e pronto...” (E<sub>8</sub>). São também relatados episódios em que são ingeridos diferentes tipos de bebidas: “bebi ½ garrafa de vinho, depois 3 ou 4 imperiais e um copo de whisky” (E<sub>2</sub>). De um modo geral as quantidades descritas no “consumo atual” são superiores às apresentadas nas outras etapas de consumo da trajetória de cada um.

Sobre a frequência do consumo atual de bebidas alcoólicas verifica-se heterogeneidade entre os participantes. Encontram-se alguns que integraram os consumos de bebidas alcoólicas no seu quotidiano referindo que este é semanal (E<sub>4</sub>) ou quando há saídas noturnas com os amigos. Outros, apesar de apresentarem intervalos de tempo sem consumos de álcool, referem consumir bebidas alcoólicas em alguns períodos do ano letivo ou em épocas festivas tais como a passagem de ano (E<sub>6</sub>), sendo pouco habitual a

ingestão de álcool fora destas ocasiões, “as saídas não são frequentes (...) são talvez de 3 em 3 meses ou de 4 em 4 meses” (E<sub>6</sub>). Encontramos ainda aqueles que falam da ingestão de bebidas alcoólicas quando há desejo de o fazer, “o consumo é “quando apetece” (E<sub>1</sub>). A diversidade da frequência de consumo que os participantes apresentaram nos últimos doze meses aponta para a existência de diferentes padrões de consumo de bebidas alcoólicas que foi confirmado pela existência de diferentes *scores* no AUDIT total como esta representado na tabela 13.

Apesar de existirem trajetórias de consumo em que a ingestão de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses parece ser inferior à ocorrida durante o percurso, uma vez que a frequência com que ocorre é inferior à verificada no passado, as quantidades de álcool ingeridas por episódio parecem ser superiores. Estes dados apontam para que os participantes tenham desenvolvido a tolerância a esta substância ou seja necessitem de ingerir quantidades de álcool superiores para atingir o mesmo efeito.

O horário em que se verificam os consumos, à semelhança do que aconteceu no “Percurso”, é a noite “na noite eu bebo sempre, normalmente sempre” (E<sub>4</sub>).

No que se refere ao efeito experimentado com o consumo de bebidas alcoólicas, mantem-se a utilização desta substância para lidar com situações adversas de que é exemplo o alívio da tensão “o momento de me abstrair dos meus problemas” (E<sub>1</sub>) e para conseguir suportar o horário laboral (E<sub>4</sub>). Do mesmo modo que na “Experimentação” e no “Percurso”, a ingestão de bebidas alcoólicas é referida nas experiências de socialização, assim como associada à desinibição “fico mais desinibida” (E<sub>2</sub>) “mais facilmente meto conversa com pessoas que não conheço (E<sub>2</sub>), “gosto para estar a conviver” (E<sub>4</sub>). São também descritas experiências que associam o consumo de álcool à diversão “divertimo-nos mais” (E<sub>1</sub>), “vamos para algum lado para divertir”, (E<sub>3</sub>).

Assim como no “Percurso”, os participantes mantêm “esforços para lidar com o consumo”, de que se destaca a dificuldade em manter a sensação do controlo sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Encontraram-se relatos dos que dizem mantê-lo “já ultrapassei”. Aí sim, sinto claramente e aí paro” (E<sub>3</sub>), “mas com a noção de que já tinha ultrapassado o limite” (E<sub>3</sub>), “É sempre uma coisa bastante controlada” (E<sub>1</sub>). Outros que referem não o conseguir fazer: “não consigo controlar-me, não consigo dizer que não” (E<sub>7</sub>), “chegamos a um ponto que nos descontrolamos e não temos a capacidade de

raciocinar sobre os nossos atos” (E<sub>8</sub>), “a mim já me aconteceu várias vezes não conseguir parar, não saber quando parar” (E<sub>8</sub>).

Constata-se, também, que continua presente a existência de riscos relacionados com a ingestão de bebidas alcoólicas especialmente no que diz respeito à condução de veículos motorizados. Os participantes utilizam diferentes estratégias para poderem beber bebidas alcoólicas sem que isso constitua risco para a condução. É disso exemplo a escolha de um amigo que conduza e não consuma bebidas alcoólicas: “tenho amigos que não podem beber e que gostam de sair; aproveitamos e juntamos o útil ao agradável” (E<sub>8</sub>), ou a utilização de táxi ou transportes públicos “Não, se sair à noite vou de transporte público” (E<sub>2</sub>). Outros referem que se tiverem que conduzir optam por não consumir bebidas alcoólicas “se conduzir não bebo” (E<sub>1</sub>).

Apesar dos esforços para lidar com os consumos, a frequência com que são realizados e a quantidade de álcool ingerida por episódio trouxe consequências diferentes das que tinham sido relatadas no percurso. O consumo de bebidas alcoólicas para algumas participantes provocou graves perturbações na sua organização social, tais como os problemas com a Justiça. Numa das situações descritas implicou a apreensão da carta de condução pelo fato de apresentar taxa de alcoolémia positiva enquanto conduzia (E<sub>8</sub>). Outra participante relatou o fato de ter existido sinalização à Comissão de Proteção de Menores dos seus filhos, após um episódio de ingestão de bebidas alcoólicas (E<sub>7</sub>), em que os deixou esquecidos na escola.

Considerando as consequências que o consumo de álcool trouxe às diferentes áreas de vida e as experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas constata-se que perante a decisão de optar ou não pelo consumo de álcool, tem maior ponderação as suas propriedades hedónicas e o seu efeito nas experiências de socialização do que as consequências que possa trazer.

*Em resumo:*

No “Consumo atual” constatou-se que a integração do consumo de álcool na história de vida dos participantes e que as situações de embriaguez estão descritas nas situações em que ocorreu o consumo de álcool em locais públicos. O consumo é realizado tendo já em consideração o gosto preferencial por algum tipo de bebida e as quantidades descritas no “consumo atual” são superiores às apresentadas nas outras etapas de consumo da

trajetória de cada um. Apesar de existirem trajetórias de consumo em que a ingestão de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses parece ser inferior à ocorrida durante o percurso, uma vez que a frequência com que ocorre é inferior à verificada no passado, as quantidades de álcool ingeridas por episódio parecem ser superiores.

#### 5.2.4 Síntese das entrevistas

A análise das entrevistas permitiu concluir que a experimentação de bebidas alcoólicas ocorreu com maior frequência aos 12/13 anos, normalmente ainda durante o ensino secundário, sempre na companhia de terceiros tais como os colegas de escola ou familiares sendo já relatadas experiências de embriaguez. É apontada por vários participantes como uma experiência de emancipação, independentemente do contexto relacional em que aconteça. Das entrevistas realizadas concluiu-se que a experimentação ocorreu em diferentes contextos relacionais e situacionais não sendo quantificada a bebida ingerida nos episódios relatados. De salientar que a primeira experiência com as bebidas alcoólicas foi recordada tanto pelas experiências prazerosas como por situações menos agradáveis.

De uma forma geral pode dizer-se que os consumos continuaram apesar de se encontrar diferentes trajetórias que culminaram em consumos de risco, consumos nocivos e dependência.

O contexto relacional influenciou a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas uma vez que estas foram em quantidades reduzidas quando ocorreu com a família, tanto na “experimentação”, como no “percurso” e “consumo atual”. As maiores quantidades de bebidas alcoólicas ingeridas verificaram-se nas diferentes etapas sempre com amigos.

O percurso de consumo de cada um dos participantes foi também diversificado no que se refere às experiências de consumo como aos acontecimentos de vida que os permearam. O leque de contextos situacionais foi alargado, assim como o tipo e quantidade de bebidas ingeridas durante o percurso e consumo atual. Os diferentes participantes relatam diversos acontecimentos de vida no seu percurso de que se destaca a maternidade, o início da atividade laboral ou o ingresso na universidade. É feita também referência ao abandono escolar sem que, contudo, tenha sido estabelecida pelos participantes qualquer relação com o consumo de bebidas alcoólicas.

Durante o “percurso” e “consumo atual” de consumos verificam-se várias situações que apontam para o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas tais como a ocorrência de *blackouts*, mau estar físico, dificuldade em interromper os consumos, problemas com a justiça e alteração do ambiente familiar devido aos consumos.

O impacto que o consumo de bebidas alcoólicas causou na vida de cada um, associado à crítica de terceiros fez emergir nos participantes a necessidade de controlar o seu consumo. Para alguns é salientada a manutenção de controlo sobre a ingestão de bebidas alcoólicas apesar de outros referirem que não o conseguem fazer. A competência de controlo sobre a ingestão de bebidas alcoólicas está estreitamente ligada à negação das suas consequências. Por outro lado, a consciência dos riscos do consumo implicou a adoção de medidas que os pretendem minimizar, em especial na condução não sendo, contudo, colocada a hipótese da sua interrupção. Em todos os participantes foram identificados esforços para explicar as consequências dos consumos de que é exemplo a racionalização.

A integração do consumo de álcool nas trajetórias dos participantes foi paulatinamente conquistando mais espaço. Aquando da experimentação o seu uso esteve associado às experiências de socialização de que é exemplo a desinibição e a diversão passando no “percurso” a ser utilizado como recurso para lidar com uma emoção negativa ou com o contexto laboral. No consumo atual constatou-se a ingestão de bebidas alcoólicas pelas suas propriedades hedónicas estando também intrínseca às saídas noturnas e jantares de convívio com familiares e amigos.

Apesar da existência de consequências negativas em diferentes áreas de vida dos participantes, todos referem a utilização do álcool como um fator potenciador das experiências de socialização de que é exemplo a diversão e a desinibição/socialização nas diferentes etapas descritas. No “consumo atual” denota-se a descrição de quantidades de álcool ingeridas superiores às descritas durante o “percurso” de vários participantes, assim como a utilização de bebidas alcoólicas como um “estilo de vida”. Há, no entanto, alguns participantes que referem que no último ano diminuíram a frequência dos episódios em que ingeriram bebidas alcoólicas sendo por isso as quantidades de álcool consumidas inferiores às de outras etapas da vida uma vez que são em menor número os episódios de consumo.

### 5.3 Discussão

Após a experimentação de bebidas alcoólicas os participantes referem ter mantido os consumos de álcool seguindo trajetórias distintas. Seis dos participantes apresentaram um score de AUDIT entre 8 e 15, ou seja, um consumo de baixo risco, um tem consumo de risco elevado ou nocivo e outro apresenta um score de 26, ou seja, com critérios de dependência. Assim optou-se por discutir separadamente as trajetórias de consumo dos participantes de acordo com o padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

A discussão da trajetória de consumo de álcool desde a sua experimentação aos consumos de risco irá ser norteadada pela Teoria da Transições. Será feita referência às condições facilitadoras e inibidoras de caráter pessoal, da comunidade e da sociedade e à existência dos indicadores de processo e de resultado sobre o consumo de álcool. Na trajetória dos participantes será analisada a forma como evoluiu o consumo de bebidas alcoólicas ao longo dos anos, o padrão de ingestão de bebidas alcoólicas, os diferentes papéis que o consumo desta substância assumiu e as consequências causadas. A influência do consumo de bebidas alcoólicas no sucesso das tarefas desenvolvimentais irá também ser analisada.

A análise dos dados obtidos nas entrevistas e no preenchimento do AUDIT vai ser iniciada pelas descrições das primeiras experiências de consumo. Segue-se a discussão dos percursos de consumo e do “consumo atual” de acordo com o padrão de consumo identificado nos últimos 12 meses pelo AUDIT.

#### 5.3.1 Experimentação

Os fatores de ordem pessoal considerados facilitadores da transição que é a passagem do consumo de bebidas alcoólicas sem riscos para a saúde para um consumo com riscos, verificados na experimentação, são a idade e o significado atribuído ao efeito experimentado pelo consumo de álcool.

A idade de experimentação referida pelos participantes oscila entre os 11 e os 17 anos. A revisão sistemática da literatura realizada por Barroso e colaboradores (2006), aponta para a média de início do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal aos 12 anos. Na amostra apesar de existir uma participante que refere ter experimentado as bebidas alcoólicas aos 11 anos, não é possível confirmar esta tendência pois encontram-se participantes em que a experimentação que se verifica mais tardiamente aos 17 anos, e

aos 16 anos. Nos participantes entrevistados a idade de experimentação mais prevalente foi entre os 12 e os 14 anos.

As idades de experimentação mais precoces foram identificadas no sexo feminino o que vai de encontro aos dados apresentados por Barroso *et al.* (2006) que apontam para a igualização da idade de experimentação para ambos os sexos e assim sendo para a experimentação pelos indivíduos do sexo feminino em idades mais precoces. Apesar dos resultados apresentados por Visser & MacDonnell (2012) referirem ser mais precoce o início da ingestão de bebidas alcoólicas no sexo masculino devido à maior pressão para a experimentação e consumo, este fato não se comprovou na amostra em estudo pois a pressão social parece ser idêntica para os dois sexos.

Vários autores alertam para que a experimentação precoce de bebidas alcoólicas é um preditor da dependência (Grant & Dawson, 1997; Chassin, Flora & King, 2004; Flory, Lynam, Milich, Leukefeld & Clayton, 2004; Maggs & Schulenberg, 2005; Zeigler *et al.*, 2005; Rozin & Zagonel, 2012) o que é confirmado pela presente investigação pois os participantes que referem idades de experimentação mais precoce (11 anos e aos 12 anos) são os que apresentam score de AUDIT mais elevados (19 e 26).

No entanto, outros participantes com trajetórias de consumo com menor número de anos já apresentam consumos de risco o que indica que para além da idade de experimentação, a frequência do consumo de álcool é também influenciada por outras variáveis (Rutter, 2007; Takeida *et al.*, 2001; Rozin & Zagonel, 2012; Chartier *et al.*, 2011).

Na amostra em estudo constata-se que o primeiro contato com as bebidas alcoólicas ocorreu em diferentes contextos relacionais. Se para uns esta aconteceu com familiares, para outros foi com os amigos. Nas situações em que ocorreu na família de origem, ou seja, com os pais, ou avós, o beber foi avaliado como uma característica da faixa etária ou como sendo um ato social bem tolerado. Em contexto familiar verificou-se a ingestão de pequenas quantidades de álcool, não havendo referência a episódios de alcoolização o que corrobora com Donovan *et al.*, (2004) e Donovan e Molina (2014) ao referir que os consumos de álcool realizados em contexto familiar são de doses reduzidas de álcool. Nestes casos o consumo de álcool é considerado um fator de emancipação, ou seja, aquele adolescente deixa de ser visto como uma criança.

Assim poderá considerar-se que o fato da experimentação ocorrer em contexto familiar, no que se refere à quantidade de bebidas ingeridas, é um fator inibidor do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, uma vez que se verifica a ingestão de menores quantidades de álcool.

Noutros participantes, a experimentação ocorreu com amigos normalmente mais velhos, em festas ou saídas noturnas, verificando-se a ingestão de quantidades mais elevadas de álcool e em algumas situações a ocorrência de episódios de intoxicação alcoólica ou embriaguez. Nestes casos o consumo de álcool parece ter tido um papel importante na integração com amigos mais velhos e na socialização com os mesmos o que confirma os resultados encontrados por Marcelino (2012) e Matute e Pillon (2008) sobre a importante influência do consumo de álcool nos processos de socialização de que é exemplo a integração no grupo de amigos (Schulenberg & Maggs, 2002). Estes achados são também atestados por Kuntsche, Knibbe, Gmel e Engels (2005) e Varlinskaya e Spear (2015), no que se refere à existência de motivos sociais para o consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens.

A expectativa de que o consumo de álcool facilita a socialização, ou seja, o estabelecimento de relações interpessoais, é salientada pelos participantes. A sua confirmação mostra-se um indicador de que os consumos irão continuar (Fachini & Furtado, 2012) como também é certificado na presente investigação.

Contudo, nem todas as primeiras experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas foram agradáveis. Há participantes que referem desagrado com o sabor da bebida e outros que falam de mau estar físico neste primeiro contato com o álcool. Apesar disso, os consumos continuaram ao contrário do que refere Reynaud *et al.*, (2002) ao mencionar que a passagem da experimentação para um consumo abusivo é fortemente influenciada por experiências sentidas como positivas. A continuação dos consumos parece assim ser maioritariamente influenciada pela importância que esta substância tem nos comportamentos de socialização independentemente do mau estar físico que o seu consumo possa causar.

No que se refere aos fatores facilitadores da sociedade para o consumo de bebidas alcoólicas, constata-se comportamento paradoxal. Por um lado, verifica-se a existência de legislação que proíbe a venda e disponibilização de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, no entanto, vários participantes referem que a experimentação ocorreu em

locais públicos, antes dessa idade, em estabelecimentos de ensino ou em locais de comércio próximos de escolas. Ou seja, apesar de a sociedade ter medidas legais que têm como objetivo diminuir o consumo de álcool por menores de 18 anos, é salientado pelos participantes o fácil acesso às bebidas alcoólicas mesmo em contextos onde não seria de esperar que fosse possível o consumo, tais como, as festas escolares realizadas durante o ensino secundário.

### 5.3.2 Percurso e consumo atual

#### 5.3.2.1 Percurso dos consumos de risco

Após a experimentação de bebidas alcoólicas o consumo de álcool continuou assumindo para seis dos participantes um padrão considerado de risco, ou seja, aquele que acarreta riscos de consequências prejudiciais para a saúde se o consumo persistir, mas ainda sem manifestação clínica. Esta transição saúde/doença em que o consumo de bebidas alcoólicas sem risco passa para um consumo considerado de risco foi facilitada por fatores de ordem pessoal, da comunidade e da sociedade.

Os fatores de ordem pessoal que influenciaram os consumos de risco incluíram o padrão de ingestão de bebidas alcoólicas (quantidade e frequência), a maturidade biológica dos participantes para a metabolização da substância, a sua atuação no funcionamento cerebral, o significado atribuído às experiências vividas sob o efeito de álcool e o estágio de desenvolvimento em que se verificou esta transição.

Nos fatores de ordem pessoal, e no que se refere ao padrão de consumos, constatou-se que a evolução da quantidade e da frequência da ingestão de bebidas alcoólicas não foi igual em todos os participantes identificados com consumos de risco. Para uns verificou-se um progressivo aumento dos consumos de bebidas alcoólicas tanto nas quantidades ingeridas como na frequência com que se realizam os consumos. Para outros, o consumo realizado durante os últimos 12 meses apesar de ser um consumo considerado de risco apresenta já uma diminuição comparativamente a consumos realizados em anos anteriores. Estes achados são atestados por Casswell, Pledger e Pratap (2002), Kosterman *et al.*, (2014) e Percy & Mackay (2015), ao referirem que os jovens que iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas antes dos 15 anos, apresentam um consumo crescente de bebidas alcoólicas até aos 20 anos, verificando-se uma diminuição e estabilização na década seguinte.

Em todos os participantes constatou-se que os consumos foram realizados preferencialmente nas saídas noturnas, de fim-de-semana, sendo também frequente a prática de *binge drinking*. Este padrão de consumo, ou seja, a ingestão de 6 bebidas padrão no homem e 5 bebidas padrão na mulher, numa só ocasião (Rubio *et al.*, 2010; Botelho *et al.*, 2011) culminará na ingestão de doses elevadas de álcool que se vão traduzir em alterações de comportamento causadas pela influência do etanol no funcionamento cerebral.

A região do cérebro onde são mais evidentes as alterações causadas pelo consumo de etanol é o lobo frontal (Cristóvão-Calado *et al.*, 2015; Lezak, 1995; Nassif & Rosa, 2003), uma vez que é notória nesta região uma diminuição da utilização da glicose assim como da circulação sanguínea (Lingford-Hughes *et al.*, 2003; Moselhy, Georgiou & Kahn, 2001; Noel *et al.*, 2003, Adés & Lejoyeux, 2004; Weiss *et al.*, 2014). O lobo frontal está envolvido em funções como os pensamentos criativos e aspetos do comportamento emocional (Damásio, 2013; Moselhy *et al.*, 2001), diminuição da motivação, memória a curto prazo, desinibição e impulsividade (Scheffer & Almeida, 2010), o que poderá explicar os comportamentos descritos de envolvimento em discussões que culminam em agressões físicas.

O lobo frontal é também responsável pela função executiva, ou seja, a capacidade de iniciar uma ação, planear e prever formas de resolver problemas, antecipando consequências e alterando as estratégias adotadas de modo flexível, monitorizando o comportamento e comparando os resultados (Lezak, 1995; Lázaro & Ostrosky-Shejet, 2008; Diamond, 2013). As alterações no córtex pré-frontal causadas pelo consumo de álcool tendem a prejudicar as funções executivas do indivíduo interferindo na sua capacidade de iniciar ações, prever consequências e controlar comportamentos. Assim quando se verifica o consumo de álcool, o processo de tomada de decisões fica comprometido uma vez que o indivíduo adota um comportamento sem ter em consideração as consequências futuras das suas ações (Bechara *et al.*, 2001; Tanabe *et al.*, 2007; Park *et al.*, 2010; Weiss *et al.*, 2014). A ação do álcool nas estruturas pré-frontais poderá explicar em parte os comportamentos descritos de perda de orientação e ocorrência de quedas, uma vez que estes resultaram da interação entre amigos sob o efeito do álcool sendo salientado pelos participantes que não foram avaliadas as possíveis consequências das atitudes adotadas.

Apesar dos episódios descritos de perda de orientação e ocorrência de quedas terem acontecido sob o efeito de bebidas alcoólicas, alguns autores como Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004) referem que estes comportamentos são próprios desta etapa de desenvolvimento pois expressam as características a ela inerentes tais como a crença de estar magicamente protegido de acidentes, sentir-se autônomo nas transgressões. É disto exemplo um episódio descrito pelo participante em que após ter ingerido 11 cervejas teve uma atitude perigosa, “foi fazer um bocado de estrada em cima de um tejadilho de um carro ... foi um bom bocado... um carro cheio... porque ao lado ia um carro com outros amigos”.

Os consumos de álcool, e em especial os episódios em que foi adotado um comportamento de *binge drinking*, foram causadores de mau estar físico o que mostra a vulnerabilidade física dos mais jovens para lidar com doses elevadas de bebidas alcoólicas ingeridas. O álcool é inteiramente absorvido pelo tubo digestivo, sendo cerca de 30% pelo estômago e 65% pelo duodeno. Nos indivíduos em jejum, a absorção faz-se num intervalo de tempo que vai de 15 a 20 min. Esta é condicionada pela concentração de álcool, composição da bebida, estado da mucosa gástrica e duodenal. O álcool ao passar para a corrente sanguínea difunde-se através dela para todo o organismo atingindo em especial os órgãos mais ricamente vascularizados nomeadamente o cérebro e o fígado. A concentração de álcool eleva-se atingindo valores máximos até cerca de hora e meia após a ingestão. Seguidamente, os valores começam a decrescer em função do tempo e a uma velocidade condicionada por vários fatores individuais tais como o sexo e o peso. Apenas 5% a 15% do álcool ingerido é eliminado através dos pulmões, suor ou urina sendo o restante metabolizado pelo fígado a uma velocidade de cerca de 1gr de álcool/Kg peso/dia, sendo que o peso corporal se refere à quantidade de massa muscular e não de tecido adiposo. No indivíduo normal o etanol é oxidado numa primeira fase em acetaldeído e em seguida em acetado. Esta primeira reação é catalisada pela enzima alcooldesidrogenase. A quantidade desta enzima é diferente nos mais jovens sendo a sua ação alterada perante consumos continuados de etanol.

As consequências físicas do consumo, por ser mais lenta a degradação do etanol e consequentemente mais prolongada a sua permanência no organismo serão mais graves nos indivíduos mais jovens (Heckmann & Silveira, 2009). O uso desta substância de forma continuada vai também alterar a produção da enzima alcooldesidrogenase que levará ao desenvolvimento da tolerância ou seja, os participantes necessitam de ingerir

maiores quantidades de álcool para obterem o mesmo efeito (Hart, Lynch, Farrer, Gelernter & Kranzler, 2016).

A ingestão de bebidas alcoólicas além de ter causado diferentes efeitos nos participantes entrevistados, proporcionou também a vivência de diversas experiências. Estas incluem a utilização das bebidas alcoólicas como fator potenciador da diversão por todos os participantes no “percurso” e no “consumo atual”. Divertir-se parece estar associado às saídas noturnas com amigos em ambientes onde se verifica uma ligação intrínseca com o consumo de álcool, o que é salientado por diversos autores noutras investigações realizadas (Calafat *et al.*, 2003; Calafat, Fernandez, Juan & Becona, 2005; Calafat, Fernández, Juan & Becoña, 2007; Lomba, Apóstolo & Mendes, 2009). Além da utilização das bebidas alcoólicas como um fator favorecedor da diversão (Pechansky *et al.*, 2004) e da socialização (Treloar, Piasecki, McCarthy, Sher & Heath, 2015), a sua utilização teve também como objetivo facilitar as relações com o sexo oposto, ou seja, como desinibidor, à semelhança dos resultados encontrados no estudo realizado por Almeida (2011) e Araújo, Silva, Conceição, Santana e Souza (2012). Estas experiências são integradas na trajetória de cada participante como positivas, agradáveis ou prazerosas sendo este fato explicado em parte pela atuação do etanol no funcionamento cerebral.

O álcool vai atuar em diferentes neurotransmissores e em várias regiões do cérebro destacando-se a sua ação no Sistema de Recompensa. O álcool ou outro estímulo ambiental reconhecido como prazeroso vai acionar mudanças nas áreas corticais do cérebro e em algumas vias mesolímbicas. Incluem especialmente partes da área tegumentar ventral que se comunica por neurónios dopaminérgicos ao núcleo acumbens e são responsáveis por intermediar as emoções reconhecidas como gratificantes (Edwards, Marshall & Cook, 1999; Kessler, 2009; Chen, Hopf & Bonci, 2010). Os estímulos recebidos vão contribuir para o aumento da libertação de dopamina no núcleo acumbens. O uso continuado de álcool vai provocar alterações nos sistemas de recompensa e motivação, com um aumento de valor incentivo para esta substância, seus estímulos e contextos associados (Sena & Ferret-Sena, 2004). Estímulos considerados neutros, se associados a estímulos reforçadores, através do condicionamento, vão também exercer propriedades de incentivo (Kessler, 2009). Esta ação leva a que os indivíduos sintam como prazeroso o consumo de bebidas alcoólicas e contextos a ele associados. Assim, é confirmada a expectativa de que a diversão e a socialização só são

possíveis com o consumo de álcool e nos contextos em que este pode acontecer. As expectativas associadas ao consumo são apontadas por diversos autores como potenciadores dos consumos (Agrawal *et al.*, 2008; Kuntsche, Wiers, Janssen & Gmel, 2010; Anderson *et al.*, 2016).

Apesar de não estarem conscientes desse fato, os indivíduos ao ingerirem de forma continuada bebidas alcoólicas estão a adaptar o seu organismo à presença desta substância nomeadamente no que se refere ao funcionamento do sistema nervoso central o que também vai contribuir para a sua continuação.

Nos participantes com consumos de risco verificou-se também a ausência de procura de situações de divertimento e socialização que não implicassem o consumo de bebidas alcoólicas o que poderá interferir com o desenvolvimento das competências relacionais e de interação social.

A experimentação de bebidas alcoólicas ocorreu na adolescência para a maior parte dos participantes. A transição saúde/doença que é a passagem da experimentação das bebidas alcoólicas para o seu consumo de risco ocorre paralelamente à transição desenvolvimental que é a passagem do adolescente para o estágio seguinte, designado por Erikson (1963) como a 6ª idade que designou como Intimidade /Isolamento, ou para o *emerging adulthood* (Arnett, 2000).

Segundo Erikson, durante a adolescência cada indivíduo irá adquirir uma identidade psicossocial, ou seja, compreender a sua singularidade e o seu papel no mundo. Nesta fase os indivíduos estão repletos de novas potencialidades cognitivas que irão utilizar na exploração de papéis e estatutos sociais. Assim, o envolvimento das pessoas à sua volta é determinante no desenvolvimento do sentimento de identidade pessoal. Neste período, os indivíduos experienciam simultaneamente a autonomização da família e a integração em grupos com os quais se identificam sendo por isso exigidas a resolução de várias tarefas psicossociais. Da resolução das tarefas psicossociais resulta o aparecimento das diferentes capacidades psicossociais (Ferreira, 2003). As resoluções vão refletir-se em mudanças qualitativas no relacionamento dos indivíduos consigo próprios e com os outros bem como na forma de pensar, sentir agir e valorizar (Ferreira, 2003). Durante esta fase o grupo de amigos vai adquirindo mais importância e assumindo uma maior influência em detrimento da família.

Na descoberta e integração no grupo de amigos e na resolução das tarefas psicossociais surge o consumo de álcool. As experiências que levam ao crescimento pessoal que envolvem a descoberta, a exploração e a experimentação de diferentes desafios desenvolvimentais acontecem associadas à ingestão de bebidas alcoólicas. O uso continuado de álcool nas experiências de socialização poderá comprometê-las e conseqüentemente o crescimento pessoal (Schulenberg & Maggs, 2002).

Para outros autores, na transição desenvolvimental durante o *emerging adulthood* (Arnet, 2000), os indivíduos vão vivendo novos cenários de relações interpessoais sendo solicitado o desempenho de novos papéis. As experiências de consumo são entendidas como a exploração dos diferentes aspetos da identidade ou como o desejo de obter um maior e mais diversificado número de experiências antes de assumir as responsabilidades inerentes à vida adulta (Arnett, 2002) o que é corroborado pelo discurso de uma participante.

O consumo de álcool iniciado na adolescência vai ser mais facilmente integrado na vida dos adolescentes do que se acontecesse na idade adulta uma vez que é durante este período que se verifica a construção da sua identidade e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais importantes nas etapas de vida seguintes.

A comunidade teve um impacto importante nos consumidores de risco. Durante o “percurso” os participantes estiveram a frequentar o ensino secundário, viviam com os pais e o grupo de amigos era constituído pelos colegas de escola, não havendo referência a outros contextos relacionais de que são exemplo os grupos em que se pratique alguma modalidade desportiva. Os participantes referem que o consumo de álcool foi usado como forma de integração no grupo (Reis *et al.*, 2011), além de melhorar as suas experiências de socialização como se tinha verificado nos primeiros contatos com as bebidas alcoólicas.

A importância da família na ingestão de bebidas alcoólicas foi salientada nas primeiras experiências de consumo tendo esta também uma importante influência ao longo da trajetória de consumo. Apesar de durante o percurso ter maior ponderação a influência do grupo de amigos, a família também marcou a trajetória de consumos através da existência de modelos de consumo, da monitorização parental da ingestão de bebidas alcoólicas e da aprovação do consumo de álcool pelos pais.

No que se refere à existência de modelos de consumo, o ambiente familiar poderá ser potenciador dos mesmos quando na família, em especial na nuclear (pais e irmãos), há modelos de consumos (Hung, Chiang, Chang & Yen, 2011). Os resultados encontrados confirmam estes dados pois dois participantes referem ser filhos de alcoólicos, descrevendo o impacto negativo do consumo de álcool teve na sua vida familiar aquando dos consumos dos progenitores. Apesar de ser referido que o fato de o pai ter tido consumo de álcool ser dissuasor de consumos, este modelo de comportamento foi por eles repetido (Anjos, Santos & Almeida, 2012) verificando-se a consciência deste fato pelos participantes.

A aprovação parental, de acordo com Messel, Quevillon e Simons, (2014), está relacionada positivamente com as consequências do consumo, ou seja, nas famílias em que o consumo não é reprovado é maior a ocorrência de consequências pois a ingestão de bebidas alcoólicas acontece por períodos mais prolongados de tempo e em maiores quantidades (Fairlie, Wood & Robert, 2012). Nas narrativas dos participantes é possível perceber que existe permissividade parental em relação à ingestão de bebidas alcoólicas, pois em várias situações foram descritos episódios de consumo com familiares e do conhecimento que os pais têm sobre a sua existência. Não houve também referência à proibição do consumo de álcool, mas sim o relato de episódios em que ocorreu a crítica pelos consumos associados a situações de *binge drinking* o que é atestado por Fairlie *et al.* (2012), que salientam a associação da aprovação parental da ingestão de bebidas alcoólicas e este tipo de consumo. Outro fator que poderá influenciar os consumos é a qualidade da relação parental. Alguns participantes salientam que a ingestão de álcool foi interrompida durante um período de tempo devido ao comprometimento da relação parental originada pela observação de episódios de embriaguez. Parece assim que a relação parental assume um papel protetor em relação aos consumos de álcool uma vez que é apontada como causa da interrupção da ingestão de bebidas alcoólicas. A existência de crítica familiar em especial dos pais, poderá também prevenir a evolução dos consumos para padrões com maior número de consequências para a saúde.

A trajetória de vida dos participantes com consumos de risco foi permeada por eventos que contribuíram para a diminuição ou interrupção dos consumos e outros para o aumento da ingestão de bebidas alcoólicas. Além da crítica familiar, também as consequências associadas ao consumo, tais como os problemas legais, motivaram a sua suspensão temporária. A integração na vida académica universitária com a consequente

alteração de rede social e o abandono escolar na sequência de gravidez foram outros motivos que estiveram na origem na interrupção ou alteração do padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

O início da atividade laboral ainda durante o secundário foi um fator apontado como impulsionador dos consumos, pelo fácil acesso às bebidas alcoólicas, e por serem desenvolvidas em ambientes noturnos onde era estimulado o consumo de álcool. Para estes participantes a atividade laboral não garantiu a sua subsistência, mas sim um contributo para o seu suporte económico. Em algumas situações houve a necessidade de abandonar a atividade laboral de modo a ser possível prosseguir o percurso académico.

Para a maioria ocorreu o ingresso no ensino superior com as consequentes alterações no grupo de amigos em que cada um estava inserido. A relação com a família de origem também se foi modificando, uma vez que se verificou ao longo do tempo uma autonomização da mesma, motivada por diferentes fatores. É disso exemplo o fato de os participantes estarem a residir fora da residência habitual durante os períodos letivos que implica novas responsabilidades pessoais e académicas assim como o estabelecimento de relações pessoais e sociais diferentes das que tinha até essa altura. O ingresso no ensino superior é conhecido pelos inúmeros eventos académicos onde é facilitado e aplaudido o consumo de bebidas alcoólicas. Para alguns participantes a ausência de supervisão parental associada à experiência de viver com amigos potenciou os consumos de álcool o que é confirmado pelas investigações realizadas por Alcântara da Silva *et al.*, 2015; Rodrigues *et al.*, 2014; Chassin *et al.*, 2004; Windle, 2003; Bot, Engels, Knibbe & Meeus, 2005; Ham & Hope, 2003. Outros participantes referem que o ingresso no ensino superior coincidiu com a diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas dada a modificação da sua rede social onde deixam de estar incluídos os amigos com os quais realizavam os consumos.

Verificou-se uma outra situação que motivou a interrupção dos consumos. A gravidez aos 14 anos de uma participante que resultou na suspensão da ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez e amamentação. Os consumos foram reiniciados quando retoma as saídas noturnas com os amigos e inicia atividade laboral em espaços noturnos onde é facilitado o consumo de álcool.

A comunidade em que os participantes estavam inseridos parece assim ser um dos fatores com maior influência no percurso de consumos, tanto no que se refere à relação

com a família, como com o grupo em que os participantes estão inseridos. As mudanças que ocorreram na relação com a família de origem e com o grupo constituíram marcos importantes nas trajetórias de consumos. Para alguns, a alteração do grupo de amigos resultou num aumento da ingestão de bebidas alcoólicas pela existência de modelos de consumo, aprovação e incentivo da ingestão de álcool. Noutras situações, a relação com a família e amigos resultou na diminuição ou suspensão dos consumos por estes não ingerirem bebidas alcoólicas e pela existência de crítica de familiares aos consumos abusivos desta substância.

A sociedade tem desenvolvido diversas estratégias que promovem a ingestão de bebidas alcoólicas pelos mais jovens tais como a variedade de acontecimentos potenciadores do consumo, facilidade em adquirir bebidas alcoólicas em diferentes estabelecimentos recreativos e comerciais e o preço das bebidas alcoólicas em locais e eventos que têm como público-alvo os mais jovens.

As diferentes formas de apresentação das bebidas alcoólicas cada vez mais apelativas, a criação de um maior número de eventos em que se verificam os consumos, e o fato de nestas ocasiões as bebidas alcoólicas terem um custo mais reduzido do que as que não contêm álcool, assume importante influência na escolha da bebida a ser consumida. Os participantes falaram nas festas de liceu, nos jantares com “bar aberto”, nas “*ladies night*”, as “festas académicas”, e na entrada em recintos noturnos onde está incluído o consumo de bebidas destiladas, como exemplo de eventos facilitadores dos consumos.

O consumo de álcool ao longo do tempo trouxe consequências à vida dos participantes. Estas, de acordo com a teoria das transições, constituem os indicadores de processo que apontam para um consumo com riscos para a saúde. Uma das repercussões do consumo de álcool é a ocorrência de *blackouts*, estando estes estreitamente ligados ao consumo do tipo *binge drinking*. Estes foram identificados por todos os participantes com consumos de risco nos últimos doze meses através do AUDIT, no entanto foram omitidos durante a entrevista. Apesar dos *blackouts* serem o sintoma mais frequente do impacto do álcool no funcionamento cerebral este não é tido em consideração quando os participantes se referem às consequências do consumo de álcool. A sua ocorrência dá-se quando a quantidade e a rapidez de consumo de bebidas alcoólicas foi a necessária para se verificarem interferências na aquisição e armazenamento de novos conhecimentos (Hartzler & Fromme, 2003; Lee, Roh & Kim, 2009). O consumo de álcool que leva à

ocorrência de *blackouts* tem repercussões que poderão ir até várias horas após o consumo nomeadamente no processamento visuoespacial, atenção e memória de trabalho (Hanson, Medina, Padula, Tapert & Brown, 2011; Squelia, Jacobus & Tapert 2009). Squeglia *et al.* (2012), referem que os adolescentes apresentam ativação cerebral diferente antes e após o consumo de doses elevadas de álcool, sendo menos eficiente o processamento de informação após a ingestão de altas doses de álcool, o que aponta para o comprometimento do sucesso das tarefas académicas (McKinney, Coyle & Verster, 2012; Mckinney & Coyle, 2004).

Outra consequência do consumo é a incapacidade de fazer o que era esperado devido a um episódio de consumo. Esta, não foi identificada por todos os participantes com consumos de risco. Aqueles que a reconheceram, apenas a identificaram no preenchimento do AUDIT, tendo sido omitida durante a entrevista. Este aspeto remete para a dificuldade que os jovens têm em associar a existência de consequências negativas ao consumo desta substância o que contribui para o perpetuar deste comportamento.

Um outro indicador de processo encontrado na narrativa das trajetórias de consumo dos participantes com “consumo de risco” é a dificuldade que estes têm em interromper os consumos. Vários participantes referem que após terem iniciado os consumos não os conseguem interromper o que vai culminar na ingestão de doses elevadas de álcool com consequências em diferentes áreas de vida. Perante a consciência deste fato os participantes procuram estratégias que minimizem os efeitos prejudiciais do seu consumo. Outros, no entanto, fazem referência à sua capacidade para controlar a ingestão de bebidas alcoólicas como meio de justificar a existência de uma relação com o consumo de álcool sem problemas. No entanto, estes participantes referem a presença de episódios de *binge drinking* e de *blackouts* na sua trajetória de consumos o que parece contrariar a opinião dos mesmos sobre a ingestão desta substância.

Inicialmente como um fator de emancipação e diversão, desempenha posteriormente uma função importante no estabelecimento de novas relações interpessoais e como estratégia para lidar com situações adversas. Ao longo da trajetória de consumo vão ficando registadas diversas memórias habitualmente recordadas como prazerosas, pelo que em momentos em que se verificam estados emocionais negativos, o consumo mostra-se como uma possível estratégia a utilizar para o seu alívio. Os episódios de

consumo vão também alterando o desenvolvimento e funcionamento cerebral à medida que vão prosseguindo (Ewing, Sakhardande & Blakemore, 2014). Ao fim de alguns anos de consumo, além das alterações no funcionamento cerebral, as consequências pessoais repercutem-se também na existência de um parco repertório de estratégias para lidar com os problemas de vida, uma vez que durante o período em que era esperado que fossem desenvolvidas, o consumo de álcool assumiu esse papel.

O consumo vai progredindo sem que o indivíduo tenha consciência desse fato. Na análise do percurso dos participantes com consumo de risco identificamos como indicadores de processo da transição saúde/doença que é a passagem da experimentação para um consumo de risco de bebidas alcoólicas, a existência de relações interpessoais em que os consumos de álcool estão presentes e a escassez de situações em que as experiências de socialização ocorram sem que se verifique a ingestão de bebidas alcoólicas. Também não há referência à existência de *hobbies* ou qualquer outra atividade em que não ocorra o consumo de bebidas alcoólicas. A existência de consequências do consumo a nível familiar e legais e a incapacidade de interromper os consumos é outro indicador de que o consumo de bebidas alcoólicas está a assumir um padrão nocivo para a saúde.

O indicador de resultado encontrado são os consumos de risco. Estes foram identificados tendo em consideração a frequência com que é realizado o *binge drinking*, da ocorrência de *blackouts* e de que os participantes pontualmente, foram incapazes de fazer o que deles era esperado após o consumo de bebidas alcoólicas.

Alguns dos participantes com consumo de risco, apesar de reconhecem a sua dificuldade em interromper os consumos, a existência de crítica aos consumos de algumas consequências tais como o mau estar físico e problemas legais tencionam continuar a consumir bebidas alcoólicas. De modo a integrarem os consumos nas suas atividades de socialização e como possível estratégia para lidar com os problemas de vida procuram encontrar formas de justificar os consumos sendo disso exemplo a racionalização, negando as consequências que possam ter causado e encontrando meios que permitam continuar a consumir. Pela dificuldade em reconhecer as consequências do consumo parecem estar em negação ou como refere Prochaska e DiClemente (1992), em estágio de pré-contemplação. Nesta fase não é colocada a hipótese de mudanças de comportamento, mas sim a introdução de alterações que os permitam manter. Para

alguns, estes são assumidos como um estilo de vida sendo desvalorizadas todas as consequências a ele associadas.

Para outros, este está planeado para a etapa da vida que está a decorrer, ou seja, durante o seu percurso académico, estando prevista a sua interrupção com o iniciar da vida laboral pois reconhecem ser difícil compatibilizar os consumos com as responsabilidades inerentes à vida profissional. Nestes participantes não há a consciência de que a dependência da substância poderá já ter sido iniciada nem do seu impacto em diversas áreas de vida de que é exemplo a interação social. Estes resultados apontam para a iliteracia sobre as consequências que os consumos de álcool podem assumir e para a possibilidade da interrupção dos consumos não ocorrer de e acordo com as suas expectativas.

De um modo geral podemos constatar que os participantes com consumos de risco evitam assumir que o consumo de bebidas alcoólicas poderá trazer danos às suas vidas. Contribui para esta conclusão o fato de o *screening* dos participantes através do AUDIT ter identificado um número de participantes com score superior ou igual a 8 em maior número do que o dos participantes que aceitou participar nas entrevistas. Vários participantes com consumos de risco não aceitaram colaborar na entrevista, outros não compareceram à entrevista e outros cederam números de contacto errados. Estes comportamentos podem ser explicados pelo fato destes participantes reconhecerem que a relação com o consumo de bebidas alcoólicas poderá não ser a ideal. No entanto, evitam o confronto com esta realidade o que será propício à continuidade dos consumos.

No que se refere aos comportamentos de consumo, constatou-se que tem maior ponderação o papel desta substância na socialização, as expectativas de que vai potenciar o divertimento e a sua utilização como estratégia para lidar com os problemas de vida do que as consequências que possa causar.

#### 5.3.2.2 Percurso do consumo nocivo

Define-se consumo nocivo de álcool como o padrão de consumo que já se traduz em consequências para a saúde, tanto ao nível físico, mental e sociofamiliar. O percurso do consumo nocivo analisado teve a duração de 8 anos. À semelhança da trajetória de alguns participantes com consumos de risco, também no consumo nocivo os consumos realizados nos últimos 12 meses são em número mais reduzido do que em anos

anteriores. Nesta trajetória foram também identificados fatores influenciadores de ordem pessoal da comunidade e da sociedade.

Os fatores facilitadores de ordem pessoal divergem dos apresentados nos consumos de risco no que respeita ao padrão de ingestão de bebidas alcoólicas. Assim constata-se a ingestão de grandes quantidades de bebidas destiladas nos episódios de consumo que ocorrem pelo menos mensalmente sendo a sua frequência maior nos períodos de pausa letiva ou em que se verifiquem mais eventos festivos. Nesta trajetória de consumo a ingestão de bebidas alcoólicas foi apontado como um fator de integração no grupo de amigos o que também foi encontrado em outras investigações (Mendonza & Sagrera, 1990; Gaspar & Matos, 2008; Brito *et al.*, 2015). O consumo de álcool teve como objetivo de potenciar as atividades de diversão, como já tinha acontecido na experimentação. Os episódios de diversão relatados implicaram a ingestão de elevadas quantidades de álcool tendo por vezes resultado em situações de embriaguez e várias vezes em episódios de perda de orientação, quedas, ocorrência de ferimentos e mau estar físico.

Nesta trajetória constatou-se uma grande vulnerabilidade aos fatores da comunidade de que é exemplo a influência da relação parental e do grupo de amigos, sendo este um importante potenciador dos consumos. Contudo, o ingresso na universidade com a sua nova rede social e o afastamento dos amigos de infância com quem eram realizados os consumos contribuíram para a diminuição do número de episódios de consumo.

A relação parental retratada como sendo de qualidade constituiu um obstáculo para que os consumos evoluíssem para padrões mais prejudiciais para a saúde. A crítica dos seus pais aos consumos excessivos foi também importante para que nesta trajetória, nos últimos 12 meses, se tenha verificado a diminuição do número de episódios de consumos excessivo de bebidas alcoólicas.

Na narrativa do percurso com consumo nocivo ficou patente a ambivalência perante esta substância. Por um lado, parece existir informação sobre o consumo de bebidas alcoólicas pois é referido que “o dependente de álcool é uma pessoa que precisa do álcool para estar bem consigo psicologicamente e fisicamente “. Em contradição, e ao falar da existência de um familiar com consumos verificou-se que só é considerado dependente do álcool, aquele em que o consumo interfere com o desempenho laboral,

apesar da existência de vários problemas de saúde relacionados com a ingestão desta substância.

Na descrição da capacidade de controlar a ingestão do consumo de álcool foi também evidente a existência de contradições uma vez que o consumo de álcool é fortemente influenciado pelo grupo em que está inserido. A referência à capacidade de controlar a ingestão de bebidas alcoólicas foi salientada em especial nos últimos 12 meses, quando o consumo aconteceu com amigos da faculdade. No entanto, foram referidos vários episódios de consumo realizados com os amigos de infância em que este controle não foi mantido, o que vem comprovar a importância da influência do grupo nos consumos realizados. Com este grupo de amigos a ingestão de álcool teve como consequências os *blackouts* e a dificuldade em realizar as tarefas dele esperadas.

Dos indicadores de processo que indicam a presença deste padrão de consumo com consequências para a saúde fazem parte a manutenção da rede de amigos com os quais se verifica a ingestão de doses elevadas de álcool, a expectativa de que este é potenciador da diversão e a descrição da ingestão de quantidades de álcool mais elevadas nos últimos doze meses apesar de serem menos frequentes os episódios de consumo.

Como fatores inibidores deste processo constata-se a existência de uma nova rede de amigos com os quais a ingestão de bebidas alcoólicas é reduzida e de vários obstáculos para que se verifiquem momentos propícios à ingestão de bebidas alcoólicas com os amigos de liceu. Outra condição que se mostrou inibidora da transição para os consumos nocivos é o fato de ter de conduzir nas saídas noturnas uma vez que existe a consciência das consequências do consumo de álcool na condução. A dificuldade em conciliar os consumos de bebidas alcoólicas com os objetivos estabelecidos tem também constituído um obstáculo à progressão dos consumos. Como fatores inibidores desta transição temos ainda a consciência de mau estar físico cada vez mais intenso e prolongado após os episódios de consumo.

A trajetória de consumo nocivo ficou marcada pelo sentimento de vergonha e de culpa por comportamentos apresentados sob o efeito de bebidas alcoólicas. Apesar disso os consumos prosseguiram o que nos remete para a importância que a pressão do grupo tem para os consumos e as expectativas a ele associadas.

Como fatores facilitadores da transição saúde/doença que é a passagem da experimentação para o consumo de nocivo de bebidas alcoólicas encontrou-se os significados atribuídos ao consumo como potenciador dos momentos de diversão, fator de identificação com o grupo, as crenças culturais de que a dependência de álcool só se verifica quando há consequências laborais e a aceitação em contexto familiar do consumo de álcool como fator de emancipação.

Os indicadores de resultado que remetem para o consumo nocivo são a ingestão de doses elevadas de álcool que levam à ocorrência de *blackouts*, o *binge drinking*, a incapacidade de interromper o consumo de álcool uma vez este iniciado, a incapacidade de fazer o que era esperado após o consumo, a existência de ferimentos em si e em terceiros devido ao consumo e a presença do sentimento de culpa e de crítica de terceiros para com os consumos de álcool.

Ao analisar as trajetórias de consumos de risco e de risco nocivo encontramos como elementos diferenciadores o padrão de ingestão de bebidas alcoólicas (quantidade e frequência), a existência de consequências desse consumo em si próprio e em terceiros. Foi também evidente o sentimento de culpa e vergonha relacionado com a ingestão de bebidas alcoólicas. Estes fatores contribuem para a ambivalência do participante na sua relação com as bebidas alcoólicas. Identifica desvantagens que o seu comportamento de consumo acarreta e por outro lado reconhece que a abstinência do consumo de bebidas alcoólicas é necessária para a concretização dos seus objetivos pessoais. Encontra-se no estágio de Contemplação como refere DiClemente (2003), ou seja, está a avaliar as consequências do seu comportamento de consumo e as vantagens que um novo padrão possa trazer.

De acordo com a Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 da DGS, aos indivíduos com consumos nocivos deverá ser disponibilizada intervenção breve em que sejam enfatizados os benefícios da mudança, informação acerca dos problemas relacionados com o consumo de álcool e riscos de protelar a mudança. A mesma fonte sugere ainda que seja discutida a forma de escolha de um objetivo ou seja do modo como iniciar esta mudança. Ao participante com consumos nocivos foi dado feedback sobre o resultado do AUDIT e incentivado a prosseguir com os seus objetivos em relação à progressão do percurso académico sendo alertado de que os consumos de álcool poderão impedir a sua concretização. A realização de um estudo longitudinal da trajetória dos consumos destes

participantes seria importante para compreender como evoluiu cada uma das trajetórias apresentadas e também avaliar a efetividade das intervenções breves realizadas.

### 5.3.2.3 Percurso de dependência

A participante que apresenta um *score* de AUDIT compatível com dependência (igual a 26) foi a que apresentou mais precocemente o primeiro contato com as bebidas alcoólicas. Neste percurso constatou-se que a experimentação ocorrida no início da adolescência evoluiu para a dependência alcoólica, como é salientado por Maggs & Schulenberg (2005).

Com o aumento da idade, a variedade de bebidas consumidas foi sendo maior assim como a frequência e quantidade de álcool ingerida. A trajetória de consumos é também a mais extensa pois refere-se a um período de 19 anos. Neste percurso constatou-se que os consumos de álcool começaram quando se verificou a sua independência económica e a autonomizou da família de origem. O afastamento dos pais, nos jovens tem sido referido como um fator favorecedor dos consumos (Crawford & Novak, 2002; Lorant, Nicaise, Soto & d' Hoore, 2013) o que é confirmado nesta investigação.

Ao mesmo tempo ocorreu a integração num grupo de amigos no qual o consumo de álcool era tido como elemento essencial para a socialização e diversão como o que foi encontrado nos percursos de consumo de risco e consumo nocivo. Durante vários anos os consumos aconteceram ao fim de semana ou sempre que saía com os amigos, em especial em espaços de diversão noturnos, culminado frequentemente em situações de embriaguez. O consumo de álcool estava associado à expectativa de que esta substância ajudava a tornar as situações sociais mais agradáveis como referem as investigações realizadas por Brito *et al.*, (2015), MacLatchy-Gaudet e Stewart, (2001) e Stewart, Zeitlin e Samoluk, (1996).

Neste percurso, a experimentação e ingestão de bebidas alcoólicas ocorreu desde o início da adolescência, período no qual se verifica o desenvolvimento do cérebro humano em áreas como o sistema de recompensa e os comportamentos de busca de prazer. Nesta fase os comportamentos orientados pelas emoções e por recompensas imediatas são favorecidos em detrimento daqueles que implicam decisões mais racionais (Pinsky & Pazinato, 2014). Assim o sistema de recompensa que facilmente era ativado na infância, durante a adolescência perde parte da sua capacidade de ativação. Nesta fase, o consumo

de álcool apresenta-se como uma excelente substância estimuladora uma vez que causa prazer imediato tão facilmente encontrado durante a infância. A influência do consumo de álcool no sistema de recompensa, durante esta fase, foi em grande parte responsável para que o consumo de álcool fosse integrado como uma substância causadora de prazer.

A sua utilização como fator essencial ao divertimento e socialização contribuiu para que o comportamento aprendido de consumo se mantivesse inalterado nas etapas de vida seguintes.

Ao analisar a trajetória de consumo de dependência constata-se a influência da condição socioeconômica nos consumos de álcool. Nesta narrativa constatou-se a existência de uma baixa condição socioeconômica. Por este motivo houve necessidade de iniciar precocemente uma atividade laboral passando o percurso acadêmico para um plano secundário e posteriormente ser interrompido. Foi também possível constatar que houve o recurso à emigração como forma de manter a sua subsistência. Depois de residir em Portugal, começa a trabalhar em locais noturnos, em parte por não ter conseguido outro tipo de atividade laboral. Nestes locais o consumo de álcool é facilitado. Estes acontecimentos aliados à expectativa e às memórias criadas de que o álcool favorece a sua interação social, promoveram o seu consumo permitindo também que adquirisse outras funções tais como lidar com os estados emocionais negativos e aguentar o ritmo de trabalho como é salientado em outras investigações realizadas (Kuntsche *et al.*, 2005; Chartier *et al.*, 2011; Kuntsche & Muller, 2012). A utilização desta substância para lidar com problemas de vida é um precursor da dependência (Kassel, Jackson & Unrod, 2000; Stojek & Fischer, 2013) como comprova o caso em análise.

Com o continuar dos consumos as consequências começam a ser evidentes na vida familiar o que é confirmado nesta trajetória onde é referida a existência de problemas conjugais devido à ingestão de bebidas alcoólicas e da alteração do comportamento dos seus filhos quando ocorrem consumos de álcool.

A transição saúde/doença que é a passagem de um consumo de álcool sem riscos para um percurso de dependência foi marcada pela presença de fatores facilitadores de ordem pessoal. Destes destaca-se a idade precoce de início de consumo, as expectativas criadas e confirmadas ao longo dos anos de que o álcool é imprescindível para os momentos de diversão e interação social e a dificuldade em reconhecer as consequências que o consumo de álcool pode trazer em diferentes áreas de vida.

A existência de uma rede de amigos com consumos de bebidas alcoólicas, afastamento da família, a ausência da supervisão parental durante a adolescência e a existência de uma atividade profissional potenciadora da ingestão de bebidas alcoólicas são os fatores facilitadores da comunidade para que a transição se verifique.

No contexto em que estes participantes se relacionam encontram-se vários aspetos que facilitaram os consumos dos quais se destaca o fácil acesso em locais públicos a bebidas alcoólicas independentemente do horário em que ocorram os consumos. A acessibilidade às bebidas alcoólicas, é apontada na literatura como um fator facilitador dos consumos (Brook *et al.*, 2011).

Os indicadores de processo que remetem para a dependência do álcool são a existência de uma rede de amigos com consumos de bebidas alcoólicas, a atribuição ao uso de álcool de diversos papéis tais como o melhorar as suas competências comunicacionais e sociais, lidar com situações adversas e o abandono de compromissos familiares devido à ingestão de bebidas alcoólicas. Pelas quantidades de álcool descritas ao longo do percurso e no consumo atual é possível perceber a existência de tolerância aos efeitos desta substância, uma vez que as quantidades de álcool ingeridas foram aumentando ao longo do tempo para atingir os mesmos objetivos. A tolerância é apontada como um dos critérios que define a dependência (WHO, 2005).

Os indicadores de resultado são a quantidade de bebidas ingeridas num dia normal (8 ou mais), a existência de *binge drinking*, de *blackouts*, a incapacidade de fazer o que é esperado, a existência do sentimento de culpa quase diária por ter ingerido bebidas alcoólicas e a preocupação manifestada por amigos ou familiares com os seus consumos. Nesta trajetória estão também presentes problemas legais causados pelo consumo desta substância.

Ao longo da entrevista foi notória a iliteracia sobre o consumo de álcool assim como a desvalorização das consequências a ele associadas. Esteve presente a racionalização quando tenta justificar as consequências físicas dos consumos e na narrativa do episódio em que se verificaram problemas legais.

O percurso de dependência é permeado por diversos momentos que significaram a alteração da trajetória de consumos de bebidas alcoólicas. Os que contribuíram para o acentuar dos consumos foi o início da atividade laboral, deixando o percurso académico

para um segundo plano, e a emigração uma vez que no novo local de residência construiu uma nova rede de amigos consumidores de bebidas alcoólicas. De modo a ultrapassar as dificuldades económicas com que se deparou ao longo do tempo desempenhou atividades laborais potenciadoras do consumo. Este foi progredindo sem que a participante tomasse consciência de que a dependência se estava a instalar e de que não era capaz de interromper os consumos mesmo em alturas em que era esperada a sua suspensão tais como a gravidez e amamentação. Durante estes períodos a ingestão de bebidas alcoólicas diminuiu, mas não foi totalmente interrompida. Nos últimos 12 meses, na sequência de problemas legais foi imposta a suspensão dos consumos, no entanto os períodos de abstinência que se seguiram foram ainda muito reduzidos.

Na sua trajetória está presente a incapacidade para interromper o consumo de álcool, o que é confirmado pela descrição da quantidade de bebidas ingeridas num dia normal. Assim refere que a suspensão dos consumos só é necessária por não os saber interromper, caso contrário poderia continuar a consumir. Esta participante encontra-se no estágio de Contemplação. De acordo com DiClemente (2003) este período caracteriza-se por uma grande ambivalência uma vez que o indivíduo avalia os prós e contras tanto do comportamento atual quanto da sua mudança. Na narrativa da participante é feita alusão às consequências do consumo e à sua incapacidade de controlar a ingestão de bebidas alcoólicas por outro lado, é salientada a vantagem que esta substância traz na sua interação social.

De acordo com a Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 da DGS, as situações identificadas como de dependência devem ser encaminhadas para tratamento especializado o que se verificou no caso em análise.

### 5.3.3 Em síntese

As diferentes trajetórias analisadas de consumos de risco, consumo nocivo e dependência mostram a importância da relação parental e do grupo de amigos na evolução dos consumos. A existência de boa relação parental e a crítica de familiares (pais) relativa aos consumos excessivos de bebidas alcoólicas impediram que estes evoluíssem para padrões mais graves. A presença de uma rede de amigos com consumos mostrou ser um fator facilitador da evolução dos consumos para padrões prejudiciais para a saúde.

Nos percursos com consumos de risco é feita referência por alguns participantes à capacidade para controlar a ingestão de bebidas alcoólicas apesar de este aspeto ser contrariado pela identificação de *blackouts* e *binge drinking* no AUDIT. Também nestes participantes se verifica uma maior dificuldade no reconhecimento de consequências associadas ao consumo. No percurso com consumo nocivo e no de dependência está assumida a incapacidade de controlar a ingestão de bebidas alcoólicas assim como a atribuição de várias consequências ao consumo de álcool. Mas nestes participantes também é notória a integração desta substância nas atividades de socialização e de lazer. Salienta-se que o reconhecimento de que não é possível controlar o consumo desta substância se verificou nos participantes que têm um comportamento ambivalente em relação ao consumo. Apesar de reconhecerem consequências associadas à ingestão de bebidas alcoólicas tentam manter o consumo através de estratégias que as minimizem. Os participantes com consumo nocivo e dependência estão a ponderar a alteração do padrão de consumos atual, no entanto, não é certa a sua capacidade para realizarem alterações de comportamento eficazes.

## CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO INTEGRATIVA

A presente investigação teve como objetivo compreender como é que a experimentação precoce de bebidas alcoólicas se fazia repercutir em problemas de consumo de álcool nos jovens adultos em formação académica ou profissional com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos na cidade de Lisboa. Considerou-se o tema bastante atual e pertinente tendo em consideração o elevado número de problemas de saúde e sociais associados ao consumo de álcool, às alterações na idade da população que recorre aos serviços de saúde devido ao consumo de bebidas alcoólicas e da necessidade dos profissionais apresentarem respostas/intervenções a estas situações.

Através da realização dos dois estudos verifica-se que, no que respeita ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, a amostra é heterogénea. 1/5 da amostra é abstinentes e os restantes 4/5 apresentam padrões de consumo diversificados. Os participantes que referiram a existência de consumos de álcool apresentaram trajetórias de consumos de risco, consumos nocivos, situações de dependência e a prática de *binge drinking*. Tanto nos dados obtidos no Estudo A como nas narrativas analisadas no Estudo B encontraram-se condicionantes de ordem pessoal, da comunidade e da sociedade que deram subsídios para que o consumo de álcool assumisse diferentes padrões de consumo.

Estes fatores pessoais e ambientais influenciam mutuamente as trajetórias de consumo, tendo cada um deles apresentado uma ponderação diferente ao longo da vida dos participantes. Assim, considera-se fundamental compreender a interação que existe entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente no qual está inserida nas diferentes trajetórias de consumo pelo que a análise integrativa dos resultados obtidos no Estudo A e Estudo B será realizada à luz do quadro conceitual descrito anteriormente. Este baseou-se nos pressupostos sistémicos do modelo ecológico de Bronfenbrenner e na teoria de transições de Meleis. Para aquele autor, toda a pessoa é influenciada pelas interações entre os ecossistemas que se sobrepõem. Em cada um são identificados níveis de influência para a adoção de comportamentos de saúde e também para os que a colocam em risco tais como o consumo de bebidas alcoólicas. Por sua vez, de acordo com a teoria de transições de Meleis, estas experiências são processos dinâmicos em que havendo um

conjunto de fatores que podem ser facilitadores ou dificultadores de uma transição bem-sucedida, as intervenções de enfermagem visam ajudar as pessoas a realizá-las.

Os primeiros contatos com o consumo de álcool, ou seja, a experimentação, tendo em consideração a Teoria das Transições, foram fortemente influenciados por fatores de ordem pessoal de que se destaca a idade, e por fatores da comunidade e sociedade de que é exemplo a relação com a família e o grupo de amigos.

No que se refere à idade, concluiu-se que as idades de experimentação mais precoces (11 e 12 anos), constituem uma condição facilitadora dos consumos pois foram as que se traduziram em padrões de consumo mais graves (consumo nocivo e dependência) como tem vindo a ser salientado pela evidência científica (Prince *et al.*, 2015; Hingson, Heeren & Winter, 2006; Pitkanen *et. al*, 2005; Li, Hewitt & Grant, 2004; Casswell *et al.*, 2002).

A nível dos contextos relacionais verificou-se que as primeiras experiências de consumo foram proporcionadas pelos familiares e grupo de amigos sendo este acontecimento avaliado como um fator de emancipação em ambos os contextos, o que constituiu um risco para a progressão dos consumos. A experimentação de bebidas alcoólicas, foi fortemente influenciada pelos contextos culturais. A interação de cada um com a família ou grupo de amigos pode ser avaliada como uma condição inibidora dos consumos quando estes são realizados no seio da família nuclear, ou facilitadora quando aconteceram com o grupo de amigos. Considerando os pressupostos do Modelo Ecológico poderá dizer-se que a experimentação de bebidas alcoólicas resulta da interação entre o microssistema e o mesossistema sob a influência do macrossistema.

Os resultados encontrados no Estudo A e no Estudo B mostraram que os fatores de ordem pessoal identificados como influenciadores da transição da experimentação para o consumo de risco de bebidas alcoólicas foram o sexo, o papel atribuído ao consumo de álcool, a vulnerabilidade física e o sentido de coerência.

A variável pessoal sexo foi uma das que se mostrou diferenciadora dos consumos de álcool. Constatou-se um predomínio do sexo feminino nos consumidores que não apresentam riscos para a saúde e do sexo masculino nos consumos nocivos e de dependência o que foi confirmado por outros estudos que mostraram uma maior prevalência dos homens do consumo de bebidas alcoólicas (Rocha, 2011; Tereso *et al.*, 2014; Alcântara da Silva *et al.*, 2015; Lopes *et al.*, 2015; Mattila *et al.*, 2011).

A predominância de participantes do sexo feminino nos consumidores sem riscos para a saúde mostra a maior tendência das mulheres na adoção de estilos de vida saudáveis e de comportamentos protetores de saúde (Visser & McDonnell, 2012) como é expetável na sociedade contemporânea. Por outro lado, o predomínio do sexo masculino nos consumos nocivos e de dependência apontam para a desatenção para os estilos de vida saudáveis reconhecida no sexo masculino quando comparado com o feminino (White *et al.*, 2011).

O consumo de bebidas alcoólicas foi visto durante muitos anos como um comportamento tipicamente masculino sendo este reprovado quando adotado pelas mulheres. No entanto, as mudanças sociais das últimas décadas tais como a idade mais tardia do casamento e do primeiro filho e o aumento de mulheres a frequentar o ensino superior têm impulsionado a igualdade entre sexos e a eliminação de alguns estereótipos sociais (Pampel, 2011). Estes fatos têm contribuído para que as diferenças entre sexos no que respeita aos consumos venham a diminuir. A igualização dos sexos no consumo de bebidas alcoólicas que tem vindo a ser identificada nas últimas décadas é corroborada pelo predomínio do sexo feminino no *binge drinking* na amostra estudada.

A percentagem de *binge drinkers* e a frequência com que é realizado indicia que esta forma de consumo está a ser integrada nos comportamentos de socialização dos jovens não sendo apenas um comportamento caraterístico da vida académica (Ahern, Galea, Hubbard, Midanik & Syme, 2008). Os resultados encontrados no Estudo A e Estudo B mostram que este tipo de consumo é realizado pelos participantes dos diferentes tipos de ensino frequentados, ao longo de todo o ano independentemente da existência de eventos festivos académicos.

Constatou-se que frequentemente os jovens associam o consumo de bebidas alcoólicas, incluindo a prática de *binge drinking*, às saídas de fim de semana ou seja aos momentos de convívio social onde se espera que venham a ser desenvolvidas competências pessoais e de interação social. Beber porque o grupo de amigos também bebe ou porque se tem a expetativa de que vai melhorar a interação social, dada a desinibição que provoca, vem estimular o consumo desta substância (Measham, 2006; Szmigin *et al.*, 2008). Esta prática foi integrada pelos jovens de ambos os sexos nas atividades de socialização e divertimento não sendo avaliada como um comportamento de risco no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas.

No entanto, a forma como o *binge drinking* progrediu nas trajetórias dos participantes parece ter sido condicionada pelo gênero. Esta prática de consumo é mais frequente nos consumidores de risco nocivo e dependência, nos quais é predominante o sexo masculino. Este fato aliado à aceitação social que a ingestão de bebidas alcoólicas tem nos homens, contribuiu para que os consumos assumissem padrões prejudiciais para a saúde e naturalmente com um maior número de consequências como mostrou o Estudo A. No sexo feminino, de acordo com os resultados do Estudo A, encontrou-se uma maior percentagem de *binge drinkers* apesar da diferença percentual entre sexos ser reduzida. De acordo com os resultados do Estudo B, é nas participantes do sexo feminino que são mais comuns os problemas legais associados ao consumo de álcool. Para as participantes que são mães, os consumos foram interrompidos ou diminuídos durante o período da gravidez e amamentação. Nas situações em que os consumos foram mantidos ocorreram problemas legais o que aponta para a dificuldade em conciliar os consumos com as novas responsabilidades assumidas.

As diferenças entre sexos foram também encontradas no que se refere ao papel atribuído ao consumo de álcool. Os novos desafios que as mulheres têm que enfrentar como conciliar a maternidade com a vida laboral apresentam-se por vezes como situações causadoras de *stress* sendo o consumo de álcool utilizado como estratégia de *coping*. Mas este consumo poderá culminar na desorganização da mulher no desempenho dos papéis que lhe são tradicionalmente atribuídos (Visser & McDonnell, 2012), o que irá trazer um maior número problemas legais como é confirmado no Estudo B. Apesar de terem vindo a diminuir as diferenças entre sexos no desempenho de vários papéis sociais, continua a ser reprovado no sexo feminino os comportamentos de consumo, especialmente quando a mulher já desempenha os papéis tradicionalmente femininos como é exemplo o cuidar dos filhos.

As consequências do consumo de álcool identificadas no Estudo A e a descrição de episódios de mau estar físico narradas no Estudo B, apontam para a vulnerabilidade física e para o impacto desta substância no funcionamento cerebral dos mais novos. Este é identificado nas narrativas de acontecimentos de consumo através da ocorrência de *blackouts*, do prejuízo no julgamento e avaliação dos episódios que levam os participantes a estarem envolvidos em situações que colocam a sua saúde em risco, tais como a condução sobre o efeito de álcool, quedas ou envolvimento em situações de violência.

A influência do consumo de álcool poderá ser também encontrada noutra variável de ordem pessoal que é o SC. O efeito da ingestão de bebidas alcoólicas na aquisição de novos conhecimentos, na aprendizagem de competências sociais e como estratégia para lidar com os estados emocionais desde as idades precoces poderá ter repercussões na construção do SC, uma vez que se encontrou uma correlação negativa entre o consumo de álcool e o valor de SC.

O consumo de álcool para lidar com estados emocionais mostra a sua utilização como estratégia de *coping*. As estratégias de *coping* deficitárias estão associadas a um baixo SC e são preditoras do consumo de bebidas alcoólicas (Neuner *et al.*, 2006; Coutinho & Heimer, 2014) como foi confirmado pelos resultados encontrados no Estudo A. A importância do SC nos comportamentos protetores de saúde é também confirmada nos resultados encontrados dada a elevada percentagem de consumidores de bebidas alcoólicas sem risco para a saúde.

Concluiu-se também que o SC é diferente entre os dois sexos sendo mais elevado nas participantes do sexo feminino. O SC é também diferenciador dos praticantes de *binge drinking*, dos diferentes grupos de risco identificados e tipo de ensino frequentado. As dimensões que o constituem, “capacidade de compreensão ou compreensibilidade” e a “capacidade de investimento ou significabilidade” são também diferentes de acordo com o grupo de risco. Os participantes com consumos nocivos e com critérios de dependência são maioritariamente do sexo masculino, frequentam o ensino profissional e apresentam um SC mais baixo, em particular na capacidade de investimento ou significabilidade o que remete para a maior dificuldade destes participantes na motivação para encontrarem recursos para lidar com os seus acontecimentos de vida e na identificação de atividades que mereçam o seu investimento. A análise do padrão de consumo e do SC mostrou que apenas existe uma correlação negativa estatisticamente significativa na dimensão compreensibilidade, ou seja, os participantes em que o valor da compreensibilidade foi mais elevado apresentaram padrões de consumo menos nocivos para a saúde.

Nas trajetórias de consumo, além dos fatores de ordem pessoal, também na comunidade e na sociedade se identificaram condições influenciadoras do consumo. A interação entre estes fatores ocorreu no sentido de facilitar a transição da experimentação de bebidas alcoólicas para um consumo considerado de risco. Noutras trajetórias reconheceram-se

condições que impediram a progressão da ingestão de bebidas alcoólicas de consumos de riscos para a saúde para consumos mais graves (nocivos ou dependência).

À luz do quadro concetual, os resultados mostram que existem condições facilitadoras e inibidoras do consumo de bebidas alcoólicas no que se refere ao grupo de amigos e à família.

No grupo de amigos, a ingestão de bebidas alcoólicas é avaliada como um fator integrador e como ponto de união entre os vários elementos que o constituem, pelo que se constatou uma forte influência desta variável nos consumos descritos no Estudo B. Apesar de existirem múltiplos estudos que apontam para a importância do grupo no consumo de substâncias pelos modelos de comportamento apreendidos e como forma de integração, são raros os que salientam a importância do grupo como protetor dos consumos (Mason *et al.*, 2010). A integração num grupo de amigos em que não se verifiquem os consumos é uma medida protetora da ingestão de bebidas alcoólicas (Mason *et al.*, 2010; Mason, 2010). Uma parca rede social e a reduzida participação em atividades na comunidade constituem fatores de risco para o consumo de álcool (Mason, 2010; Head, Stansfeld & Siegrist, 2004). Os resultados apresentados no Estudo B comprovam a importância da rede de amigos nos consumos de álcool pois foi salientado por alguns participantes a alteração do padrão de consumos paralelamente à alteração do grupo de amigos em que estavam inseridos.

Na família, as primeiras experiências de consumo foram para vários participantes avaliadas como fator de emancipação. Além da aprendizagem de um consumo de bebidas alcoólicas sem riscos para a saúde, na família encontram-se também fatores protetores do consumo de álcool tais como a existência de uma boa relação parental (Brooks, Magnusson, Spencer & Morgan, 2012), o que foi confirmado no Estudo B na análise dos percursos de risco e nocivos. Contudo o fato de não existir proibição ou reprovação dos consumos pode ser entendido como uma condição facilitadora dos mesmos (Abar, Abar & Turrisi, 2009; Fairlie, Wood & Laird, 2012) como também ficou evidenciado no Estudo B. A ausência de supervisão e monitorização parental foram outros comportamentos da família identificadas no Estudo B como fatores de risco para o consumo de álcool, salientado na análise da trajetória de dependência, o que corrobora os dados da investigação realizada por Paiva e Ronzani, (2009), Fairlie, Wood e Laird (2012), Rodrigues, *et al.*, (2014) e Alcântara da Silva *et al.*, (2015).

A família pode também constituir um fator de risco quando nesta existem modelos de consumo com riscos para a saúde (Vermeulen-Smit *et al.*, 2012) o que foi confirmado pelos resultados do Estudo B, uma vez que alguns participantes referiram existir familiares (pais) com problemas com álcool.

Os percursos analisados apresentaram diferentes indicadores de processo e de resultado que nos apontaram a existência de diferentes trajetórias de consumo.

Os indicadores de processo identificados na transição da experimentação de bebidas alcoólicas para os consumos de risco são a capacidade de interromper os consumos, e a existência de consequências associadas ao consumo de álcool nomeadamente os *blackouts*. A capacidade de conseguir interromper os consumos está estreitamente ligada à negação das suas consequências. O controlo sobre a ingestão de álcool referido pelos participantes no Estudo B foi pelos mesmos contrariado na identificação de *blackouts* e outras consequências relacionadas com o consumo de álcool no Estudo A. Esta característica é usada para justificar a existência de uma relação sem problemas com o consumo de álcool e para a negação das consequências que este está a causar. Os resultados encontrados no Estudo A salientam também a existência de uma percentagem de consequências do consumo superior à dos participantes que referem não conseguir interromper a ingestão de bebidas alcoólicas. Ou seja, há uma percentagem de participantes com consumos de álcool que apresentaram incapacidade de realizar tarefas ou recordar acontecimentos e que não reconhecem a dificuldade que podem já apresentar na interrupção dos consumos. Estes achados indiciam a negação dos efeitos desta substância pois a existência destes episódios (*blackouts* e incapacidade de realizar tarefas) é avaliada pelo grupo de amigos, como normal para os padrões de consumo adotados não sendo vista como consequência.

Nas trajetórias dos participantes constatou-se que as competências sociais tais como iniciar conversas com desconhecidos ou relacionar-se com o sexo oposto, foram acontecendo sob o efeito de bebidas alcoólicas desde as primeiras experiências de consumo. Este fato implicou o desenvolvimento destas competências associadas à ingestão de bebidas alcoólicas o que parece ter contribuído para o seu comprometimento uma vez que não são referidas em contextos onde não se verificam os consumos. Estes dados corroboram com Pechansky *et al.*, (2004) que referem que os indivíduos que

associam o lazer, tomar iniciativas em experiências afetivas e sexuais com o consumo de álcool sentem-se incapazes de o fazer sem o consumo desta substância.

Na realização do Estudo A constatou-se que os participantes se encontravam no estágio desenvolvimental esperado para a faixa etária em análise, ou seja, o *emerging adulthood*. Os participantes apresentavam algumas responsabilidades características da vida adulta de que é exemplo a atividade laboral, no entanto mantinham outras próprias da adolescência tais como o extenso grupo de amigos. É assim possível que os jovens que já têm uma trajetória de consumo de risco e ou nocivo venham a apresentar dificuldades na passagem ao estágio de desenvolvimento seguinte (adulterez) dado o comprometimento que esta substância traz ao desenvolvimento das competências pessoais e sociais inerentes ao estágio de desenvolvimento analisado (*emerging adulthood*). A manterem-se os mesmos comportamentos de consumo, pode-se esperar que, além das consequências inerentes ao padrão de consumo, também venham a apresentar outro tipo de consequências sociais tais como dificuldade em assumir responsabilidades, nas relações interpessoais e em manter relações afetivas estáveis, tal como mostra a trajetória daqueles que apresentam carreiras de consumo mais pesadas.

Apesar da integração dos hábitos de consumo nas trajetórias de vida dos jovens, constata-se a consciência de que o consumo de álcool poderá acarretar riscos. Assim alguns sentem necessidade de adotar medidas que os minimizem em especial na condução, sem, no entanto, ser equacionada a interrupção dos consumos.

Pelos resultados encontrados no Estudo B parece fundamental a tomada de consciência da dificuldade em interromper consumos como meio de iniciar a alteração no padrão de consumo de bebidas alcoólicas. A análise das trajetórias dos participantes mostra que estes se encontram em diferentes estádios de mudança. Quando levados a refletir sobre as suas experiências com o consumo de álcool a possibilidade de uma mudança é aflorada. A ponderação sobre o processo de mudança e a sua eficácia é, por vezes, muito ténue, e outras vezes francamente desvalorizada. Aqueles que apresentam consumos de risco encontram-se em Pré-contemplação, ou seja, não estão conscientes dos problemas e associados à ingestão de bebidas alcoólicas. Os participantes com consumos nocivos e dependência relatam a sua experiência de uma forma que é compatível com o estágio de Contemplação, isto é, reconhecem consequências no seu padrão de consumo e estão a avaliar as vantagens e desvantagens do seu comportamento.

Durante o percurso de consumo dos participantes verificou-se a existência de trajetórias que se traduziram em diferentes padrões de consumo. Para uns verificou-se um progressivo aumento da ingestão de bebidas alcoólicas tanto nas quantidades ingeridas como na frequência com que se realizaram os consumos. Para outros, o consumo realizado durante os últimos 12 meses apesar de ser um consumo considerado de risco e/ou nocivo, apresenta já uma diminuição comparativamente a consumos realizados em anos anteriores o que é corroborado por outras investigações realizadas (Casswell *et al.*, 2002; Kosterman *et al.*, 2014; Percy & McKay, 2015) que salientam a diminuição e estabilização de consumos a partir dos 20 anos nos jovens que tiveram o período de ingestão de bebidas alcoólicas mais acentuado aos 18 anos. Esta diminuição dos consumos está estreitamente relacionada com a interação entre os fatores do microsistema e exossistema, uma vez que esta mudança no padrão de ingestão de bebidas alcoólicas esteve associada à alteração do contexto relacional e/ou escolar.

O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática comum entre os mais jovens, facilitada por vários fatores do macrosistema em que estão inseridos. É disso exemplo a facilidade de acesso a bebidas alcoólicas existente na sociedade nos mais diversos contextos e horários. Verifica-se também uma grande permissividade ao estímulo do consumo através da publicidade nos vários meios de comunicação social e eventos sociais. A publicidade ao consumo tanto é realizada em anúncios comerciais a bebidas como a locais e eventos onde são estimulados os consumos como por exemplo as *ladies night* onde as mulheres podem consumir bebidas alcoólicas sem custos.

Os resultados encontrados no Estudo B refletem a importância de alguns acontecimentos tais como as *ladies night* e os eventos sociais académicos como potenciadores dos consumos. Apesar de não ter sido salientada pelos participantes o efeito da publicidade a bebidas alcoólicas é reconhecida a sua influência especialmente durante a adolescência (Saffer, 2002; Pinsky & Jundi, 2008) sendo também identificado um impacto positivo na redução à exposição a publicidade no consumo nos mais jovens (Pinsky & Jundi, 2008; Suárez-Acevedo, Trujillo-Maza, Londoño-Martínez & Lema-Vélez, 2015).

Os indicadores de resultado desta transição (experimentação para consumos com riscos para a saúde) são a existência de trajetórias em que são identificados consumos de risco, consumos nocivos e dependência de álcool.

A integração das bebidas alcoólicas nas diferentes trajetórias analisadas resultou da interação entre os diferentes contextos em que cada um estava inserido. Ao longo das trajetórias verificou-se a existência de fatores protetores e de risco em cada um dos sistemas em que os participantes estavam incluídos o que comprova a etiologia multifatorial dos consumos de álcool.

### **6.1 Vulnerabilidade feminina**

A análise dos resultados encontrados no Estudo A e no Estudo B, de acordo com o quadro conceptual adotado, remete-nos para a vulnerabilidade feminina na ingestão de bebidas alcoólicas.

As trajetórias analisadas apresentam condições que facilitaram e outras que inibiram a transição que é passagem da experimentação para um consumo de risco de bebidas alcoólicas. Estas condições, de acordo com Meleis *et al.* (2000), podem ser agrupadas em condições pessoais, da comunidade e da sociedade. A interação entre os vários sistemas (Bronfenbrenner, 1996), em que as mulheres estão inseridas foi também relevante para que a transição saúde/ doença se verificasse.

No que se refere às condições pessoais, de acordo com os resultados encontrados no Estudo B realça-se o papel da condição socioeconómica, o que de acordo com Meleis *et al.* (2000), é um fator influenciador da transição. A análise da condição socioeconómica nas entrevistas das participantes baseou-se no grau de ensino frequentado e atividade laboral desempenhada.

Em relação ao grau de ensino, encontraram-se diferenças entre as participantes. Há as que não completaram o ensino básico e outras que estão a frequentar o ensino superior. É expetável que os trajetos de consumo possam assumir diferentes direções tendo em consideração o grau académico das participantes. As trajetórias serão influenciadas pela atividade profissional a desenvolver e pela rede social em que se vão inserir o que é confirmado na presente investigação.

As participantes que frequentam o ensino profissional interromperam o seu percurso académico ainda na adolescência. Como resultado do abandono escolar, as atividades laborais das participantes foram como bailarinas em discotecas e empregadas de

restauração. Estas implicaram longas jornadas de trabalho o que potenciou a utilização da bebida alcoólica como estratégia para lidar com a situação o que também foi encontrado na investigação de Mendes, Cunha e Nogueira (2011). Estas atividades permitem o fácil acesso às bebidas alcoólicas o que também contribuiu para a progressão do consumo.

No que se refere à atividade laboral, constataram-se duas realidades distintas. Numa das participantes esta visa a totalidade do seu suporte económico, e noutras participantes surge como um apoio, sendo este garantido pelos seus pais. A independência económica de acordo com Lyons e Willott (2008), é dos fatores potenciadores dos consumos nas mulheres o que foi confirmado na presente investigação.

As narrativas analisadas confirmam a integração em grupos de amigos com consumos de álcool como uma condição facilitadora do consumo.

Foi também nos elementos do sexo feminino que o consumo de álcool durante o percurso foi utilizado para lidar com estados emocionais negativos e situações de vida adversas o que é confirmado por outras investigações (Messman-Moore & Ward, 2014) ao contrário do que se encontrou nos participantes do sexo masculino em que o consumo esteve sobretudo associado à diversão.

De acordo com Meleis *et al.* (2000), as condições comunitárias dizem respeito aos recursos que a comunidade tem ao seu dispor e que facilitam ou inibem o decorrer das transições sendo disso exemplo o suporte de companheiros e familiares. Nas trajetórias analisadas constatou-se o prejuízo do ambiente familiar associado aos consumos tanto na relação com os pais, com o cônjuge ou com os filhos pelo que se poderá assumir que manter uma boa relação com a família constituiu um fator inibidor dos consumos.

Nos relatos analisados, o consumo de bebidas alcoólicas foi apontado como causa dos conflitos familiares, no entanto, Souza, Lima e Santos (2008) referem que a desarmonia familiar ou conjugal pode ser o motivo que leva as mulheres a consumirem bebidas alcoólicas.

Os consumos de álcool pelo sexo feminino têm acarretado consequências sociais diferentes das identificadas em outras décadas, dada a idade em que acontecem. A ingestão de bebidas alcoólicas ocorre durante a idade fértil das mulheres o que se irá ter repercussões na diminuição da taxa de natalidade devido ao seu impacto no ciclo

reprodutivo feminino (WHO, 2014). Outro fator que contribui para a diminuição da taxa de natalidade é o fato de as mulheres se sentirem mais livres para o consumo se não forem “mães” pelo que adiam a idade da maternidade ou abdicam deste papel (Lyons & Willott, 2008) pois parece não ser possível conciliar a maternidade com os consumos de bebidas alcoólicas.

Quando se verifica a maternidade, os consumos de álcool podem levar à negligência dos cuidados, como confirmado na presente investigação, o que poderá culminar com a institucionalização das crianças e conseqüente afastamento da família de origem.

O consumo de álcool poderá também estar relacionado à gravidez precoce devido à sua influência nos comportamentos sociais nomeadamente pela sua utilização para estimular a desinibição em especial com os elementos do sexo oposto, como confirmado na presente investigação. Nas participantes entrevistadas encontrou-se o relato da existência de gravidez aos 14 anos. O consumo de bebidas alcoólicas foi interrompido durante o período de gestação e amamentação. Outra participante que foi mãe (22 anos), reduziu os consumos durante a gravidez e amamentação, não interrompendo a ingestão de bebidas alcoólicas. Apesar da função social atribuída às mulheres como cuidadora poder desempenhar um papel importante na interrupção dos consumos, não se confirmou nesta participante por certo explicado pela situação de dependência que se vinha a desenvolver.

A análise dos resultados encontrados, mostraram a existência de condições pessoais da comunidade e sociais que foram potenciadoras do consumo de álcool nas mulheres. Os indicadores de processo e de resultado identificados nas trajetórias de consumo das participantes do sexo feminino comprovam a sua vulnerabilidade para o consumo de bebidas alcoólicas.

Como indicadores de processo, apuraram-se na análise das entrevistas a existência de vários problemas legais causados pelo consumo de álcool. Uma das participantes relatou um episódio em que a sua carta de condução ficou apreendida devido à sua taxa de alcoolémia. Outra participante referiu que os seus filhos foram sinalizados à Comissão de Proteção de Menores, por negligência dos cuidados, devido aos seus episódios de consumo de bebidas alcoólicas. Apenas nas participantes do sexo feminino se verificou o relato destas situações não tendo sido identificados problemas legais associados ao consumo de álcool nos participantes do sexo masculino. Parece assistir-se aquilo que

pode designar-se como um “efeito telescópio social”, pois comparativamente ao sexo masculino, existe um maior número de consequências sociais identificadas para percursos de consumo mais reduzidos o que é confirmado por outras investigações realizadas (Wolle *et al.*, 2011).

Os indicadores de resultado encontrados foram a trajetórias em que se verifica o “Percurso de Dependência” e o percursos mais curto classificado como “Consumos de Risco”.

A percentagem de *binge drinkers* encontrados na amostra e o predomínio do sexo feminino neste padrão de consumo alertam para a possibilidade de vir a aumentar o número de mulheres com consumos com riscos para a saúde. Dada a sua vulnerabilidade física para o consumo de álcool será expetável o aumento de consequências físicas e sociais em indivíduos do sexo feminino. Por outro lado, a maior percentagem de participantes do sexo masculino a identificarem as consequências associadas ao consumo de álcool apontam para a dificuldade que as mulheres têm em identificar e assumir os efeitos do consumo. Também a estigmatização de que a mulher é alvo na sociedade será importante para o atrasar do pedido de ajuda para a interrupção dos consumos e consequentemente o agravamento das consequências associadas à ingestão de bebidas alcoólicas (Khan *et al.*, 2013; Greenfield *et al.*, 2007).

A interação entre o contexto familiar, laboral e o grupo de amigos, na sociedade em as participantes do sexo feminino estão inseridas, mostrou ser importante na transição em análise. Nas narrativas dos percursos de consumo analisados, esta interação revelou ser facilitadora da transição da experimentação para um consumo com riscos para a saúde de bebidas alcoólicas.

## CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO

A realização deste estudo teve como objetivo geral perceber a trajetória de vida e de consumos dos indivíduos que foram alvo das mudanças da idade de experimentação e padrão de consumos identificadas desde o final da década de 90 do século passado, no uso inadequado de álcool. Assim concluiu-se que o consumo de bebidas alcoólicas iniciou-se em idades muito precoces traduzindo-se em trajetórias de consumo distintas. Os diferentes percursos de consumo foram influenciados por diversos fatores de ordem pessoal, da comunidade e da sociedade.

Os resultados do presente estudo mostraram que as idades mais precoces de experimentação (11 e 12 anos), traduziram-se em padrões de consumo mais graves (consumo nocivo e dependência). As primeiras experiências de consumo realizaram-se em diferentes contextos relacionais (família e grupo de amigos) tendo o consumo sido avaliado como uma experiência de emancipação em ambos os contextos. Porém as primeiras experiências mais tardias e em contexto de grupo de amigos parecem ter originado experimentações mais problemáticas, tanto no tipo de consumo como nas suas consequências. Nas narrativas dos efeitos experimentados com o consumo de álcool é predominante a descrição da experiência de desinibição e socialização.

Nas primeiras experiências de consumo, alguns manifestaram o desagrado pelo sabor, no entanto, o uso repetido fruto da interação entre os fatores da comunidade e da sociedade (pressão social, aceitação do consumo e suas consequências e disponibilidade das bebidas) contribuiu para que as bebidas alcoólicas passassem a ser apreciadas e incluídas nos hábitos de vida dos participantes de que é exemplo a ingestão de bebidas alcoólicas nas atividades de socialização dos jovens. Alguns dos participantes fazem referência às propriedades hedónicas das bebidas alcoólicas apreciadas em contexto familiar pelos diferentes elementos da família.

A análise da diversidade dos percursos apresentados permitiu reconhecer que o consumo de bebidas alcoólicas não evoluiu de forma similar em todos os participantes. Em alguns, constatou-se que a partir da experimentação o consumo de álcool foi sempre progredindo através de um aumento da quantidade de bebidas ingeridas, contextos em que se verificou a ingestão de álcool e consequências a este associado. Noutros, apesar

de após a experimentação ter ocorrido durante alguns anos um aumento da quantidade ingerida de bebidas alcoólicas, verificou-se uma redução dos consumos, após a ocorrência de alguns acontecimentos de vida que motivaram a alteração da rede social em que os participantes estavam inseridos.

As trajetórias de consumo analisadas mostraram a existência de condições influenciadoras dos consumos em diferentes contextos. De acordo com a ponderação de cada uma destas condições, a trajetória apresentou diferentes indicadores de processo e de resultado.

Nas condições pessoais concluiu-se que o SC, o sexo e o papel atribuído ao consumo de álcool foram influenciadores do consumo. Atentando a que um elevado SC foi encontrado nos participantes que não consomem bebidas alcoólicas ou que este consumo não representa riscos para a saúde, e que os indivíduos com padrões de consumo de álcool prejudiciais para a saúde apresentavam um baixo SC, considera-se importante o efeito desta variável nos consumos de álcool.

O presente estudo mostra também a influência do sexo no consumo de bebidas alcoólicas. Nos padrões de consumo com mais danos para a saúde foi maior a percentagem de participantes do sexo masculino, no entanto, a maior vulnerabilidade feminina para o consumo desta substância foi evidenciada na percentagem de *binge drinkers* e nas consequências sociais identificadas nestas participantes. O facto de a experimentação ser mais precoce traduz-se em carreiras de consumo em idades diferentes das encontradas em outras décadas. Uma vez que é durante a idade fértil das mulheres que se vão verificar episódios de grande ingestão de bebidas alcoólicas, destaca-se o impacto do consumo sobre a redução da taxa de natalidade (WHO, 2014).

Durante a trajetória de consumos foi possível encontrar a descrição de diferentes papéis atribuídos ao consumo de álcool. Nas primeiras experiências de consumo a sua utilização foi realizada como um fator de emancipação. Posteriormente, e à medida que é integrado nas experiências de socialização, assume um importante papel como facilitador das relações interpessoais, competências comunicacionais e como um catalisador do divertimento. Com o passar do tempo e paulatinamente é também utilizado para alívio da tensão e para lidar com os estados emocionais negativos.

Paralelamente aos consumos de álcool, estão a acontecer na vida de cada um as experiências relativas ao seu estágio de desenvolvimento que incluem a procura de identidade, tornar-se um adulto autónomo capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões e integrar-se na sociedade como um cidadão produtivo, sendo por isso parte integrante deste período as experiências de socialização. A integração do consumo de bebidas alcoólicas nas atividades de socialização implicou o desenvolvimento das competências pessoais e sociais inerentes ao estágio de desenvolvimentos em que os participantes se encontravam (*emerging adulthood*) associadas ao consumo de álcool, o que aponta para o comprometimento na passagem ao estágio de desenvolvimento seguinte (adulter).

Os indicadores de resultado que identificaram a transição da experimentação para um consumo com riscos para a saúde foram a existência de consequências físicas, familiares e legais associadas ao consumo de álcool e a incapacidade de interromper o consumo de bebidas alcoólicas.

Apesar da descrição de situações que apontam para um impacto negativo do consumo de álcool em diferentes áreas de vida, a sua integração nas experiências de socialização como facilitador das relações interpessoais nomeadamente com o sexo oposto e como potenciador da diversão, contribuíram para que se mantivesse a ingestão de bebidas alcoólicas. Perante a hipótese de se interromper os consumos tendo em consideração as experiências vividas sob o efeito do álcool, os sentimentos de culpa vivenciados e a crítica de terceiros, surgem os esforços para lidar com os consumos e justificar as suas consequências de que é exemplo a racionalização.

O aumento do número de situações de consumo e a ingestão de doses mais elevadas de álcool ao longo do tempo, acarretou várias alterações no organismo a nível da metabolização do álcool e do funcionamento cerebral. A sua atuação no sistema de recompensa, motivação, aprendizagem e memória e controlo, traduziu-se nos participantes na integração das experiências de consumo como prazerosas, na vontade de repetir este comportamento e na dificuldade em interrompê-los uma vez iniciados. A capacidade de conseguir interromper os consumos está estreitamente ligada à negação das suas consequências. Concluiu-se que só quando há o reconhecimento da incapacidade de controlar a ingestão de álcool é aflorada a hipótese de alteração do padrão de ingestão de bebidas alcoólicas.

Na sociedade foram identificados vários fatores facilitadores do consumo sendo disso exemplo os diversos rituais culturais tais como as celebrações de aniversários em contextos familiares, que não dispensam a presença de bebidas alcoólicas. Verifica-se também uma grande variedade de locais de consumo e de eventos frequentados pelos mais jovens onde é estimulado e aplaudido o consumo de bebidas alcoólicas, no entanto existem medidas na legislação portuguesa que têm como objetivo diminuir a disponibilidade das bebidas alcoólicas sendo disso exemplo a proibição de venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos a menores de 18 anos. Os resultados apresentados por Carapinha *et al.*, (2014), no relatório sobre o consumo de álcool, um ano após ter entrado em vigor a legislação que penaliza a venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos mostram que neste período não ocorreu uma diminuição expressiva do consumo de bebidas alcoólicas e padrões de consumo nocivos em jovens.

Num país de grande tradição de consumo de álcool, em que este figura diariamente na mesa da maioria das famílias portuguesas, parece pouco provável que o consumo descontrolado entre os jovens, seja impedido através de medidas meramente repressivas. Dada a sua dimensão cultural é fundamental que se aprenda a consumir bebidas alcoólicas sem que estas se traduzam em danos para a saúde.

Para esta aprendizagem será importante a implementação de intervenções em diferentes contextos. Pela importância que a família assumiu na integração do consumo de álcool nas diferentes trajetórias analisadas é fundamental a sua inclusão nas intervenções a serem realizadas.

Os diferentes contextos influenciadores de consumos remetem para a importância de se encontrarem parceiros na comunidade, onde se destaca o contexto escolar para a dinamização de ações/ intervenções de promoção de saúde e prevenção de consumo de álcool. As ações a implementar devem incluir a participação em atividades sentidas como prazerosas, merecedoras de investimento e que não incluam o consumo de bebidas alcoólicas.

O presente estudo alerta para a importância das primeiras experiências de consumo e para o papel que o álcool tem na interação social o que muitas vezes permite que esta substância assumam padrões de consumo prejudiciais para a saúde. Mostra também a maior vulnerabilidade feminina para o consumo desta substância e a importância de

fatores pessoais como o sentido de coerência na prevenção de comportamentos que coloquem a saúde em risco.

### **7.1 Implicações para a prática**

As alterações no padrão de consumo de bebidas alcoólicas das últimas décadas no gênero e idade dos consumidores irão ter repercussões a nível da taxa de natalidade e nos problemas de saúde apresentados pela população (WHO, 2014) o que faz aumentar a necessidade de estratégias que visem diminuir o consumo de álcool. As intervenções de enfermagem devem incidir na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos de risco de que é exemplo o consumo e bebidas alcoólicas sendo para isso importante a construção de um projeto de saúde.

As intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde e da prevenção de comportamentos de risco devem ocorrer em idades precoces, pois como mostram os resultados do presente estudo, as idades mais precoces de experimentação vão repercutir-se em percursos de consumo com riscos para a saúde. Assim, deverão ser desenvolvidas intervenções que tenham como objetivo atrasar a idade de experimentação (Barroso *et al.*, 2006), iniciadas na infância, uma vez que as primeiras experiências de consumo são relatadas a partir dos 11 anos.

A nível dos fatores de ordem pessoal, serão importantes intervenções de enfermagem que promovam a construção de um projeto de saúde que inclua recursos que permitam aos indivíduos evitar as situações que coloquem a sua saúde em risco. O projeto de saúde deverá incluir os recursos que cada um vai utilizar para lidar com os acontecimentos de vida que vão ocorrendo. Nesta perspetiva, quanto mais e melhores recursos disponíveis existirem, melhor preparados estarão os indivíduos para lidar com situações que possam comprometer a sua saúde de que é exemplo o consumo de bebidas alcoólicas. De acordo com o Modelo Salutogénico (Antonovsky, 1996), um elevado SC relaciona-se positivamente com o modo como a pessoa se relaciona com o meio, como o percebe e como com ele estabelece relações de significado e de capacidade de gestão, sendo este o responsável pela escolha das estratégias de gestão do *stress* mais adequadas para fazer face às exigências dessas situações. Assim, considera-se importante a implementação de medidas que promovam o desenvolvimento de estratégias de *coping*

eficazes como forma de prevenir o consumo de bebidas alcoólicas e que visem fortalecer o SC dada a sua relevância na promoção dos comportamentos de saúde e prevenção do consumo de bebidas alcoólicas (Moutinho, Mendes & Lopes, 2015).

As alterações que têm vindo a ser identificadas no género dos consumidores de bebidas alcoólicas e confirmadas na presente investigação apontam para a necessidade de intervenções que considerem esta variável. Assim deverão ser implementadas intervenções tendo em consideração o sexo. Por um lado, pela maior percentagem de consumidores com riscos para a saúde no sexo masculino, e por outro, pela vulnerabilidade feminina não só para as consequências físicas do consumo, mas também para as consequências sociais que estas têm de enfrentar (Khan *et al.*, 2013; Ait-Daoud, Blevins, Khanna, Sharma & Holstege, 2017).

Na comunidade, mais concretamente no sistema família e amigos, cada um dos participantes teve a possibilidade de obter a aprendizagem de um modelo de consumo de bebidas alcoólicas. Em contexto familiar, os consumos são permitidos, mas em doses reduzidas de álcool, sendo por isso este um contexto onde se poderá estimular a aprendizagem de um consumo de álcool sem riscos para a saúde dada a importância do modelo parental na aprendizagem de estilos de vida e da aquisição dos comportamentos de saúde (Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008).

Nas últimas décadas tem-se assistido a um consumo descontrolado de bebidas alcoólicas entre os jovens, evidenciado na presente investigação pela percentagem de *binge drinkers* e pela integração do consumo de bebidas alcoólicas nas suas atividades de socialização. De modo a que este comportamento seja alterado será importante a implementação de medidas que “ensinem” os jovens a beber sem abusarem da ingestão de álcool. Esta aprendizagem deve incluir programas de prevenção baseados no Modelo de Influência Social que integrem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que incluam entre outros, a aquisição de conhecimentos acerca das substâncias e suas consequências, a resistência à pressão social, o treino de competências pessoais e sociais e a construção de atitudes e expectativas seguras acerca da substância (Barroso *et al.*, 2006; Barroso *et al.*, 2013; Brito *et al.*, 2015). Deverá também contemplar a participação em atividades prazerosas que não incluam o consumo de álcool. Assim e perante uma sociedade em que o acesso às bebidas alcoólicas é facilitado, compete aos técnicos de

saúde e em especial aos enfermeiros a implementação de estratégias que dotem os indivíduos de competências para lidar com esta substância.

O conhecimento sobre o impacto das bebidas alcoólicas a nível físico, psicológico e social é importante para que cada um possa escolher de forma consciente a sua integração ou não nos seus hábitos de vida. Mostra-se por isso fundamental a disponibilização de informação, através de estratégias psicoeducativas sobre o impacto desta substância nos diferentes padrões de consumo, e em particular no *binge drinking*. As intervenções psicoeducativas deverão também incluir informação sobre a possibilidade de o consumo assumir o padrão de dependência e sobre as diferentes áreas de vida que podem ser afetadas pela ingestão de bebidas alcoólicas. A psicoeducação tem-se mostrado eficaz na redução do consumo de álcool (Andretta & Oliveira, 2008; Andretta & Oliveira, 2011).

Os indivíduos, deverão ter conhecimentos que permitam identificar o que é um consumo sem riscos para a saúde e quando este já está a ter repercussões. Para que este objetivo seja alcançado é também fundamental a triagem dos padrões de consumo. Esta é fundamental para que possam ser implementadas intervenções que impeçam a progressão dos consumos para padrões prejudiciais para a saúde. Também as intervenções a realizar com vista à alteração do padrão de consumos devem ter em consideração o estágio de mudança em que cada um se encontra. A identificação dos padrões de consumo e as intervenções breves adequadas a cada padrão e ao estágio de mudança (Anderson *et al.*, 2005), têm mostrado ser eficazes nos consumos de risco e nos consumos nocivos apresentando elevada relação custo-benefício (Anderson *et al.*, 2005; Kaner *et al.*, 2007; Willenbring, Massey & Gardner, 2009).

Os diferentes contextos influenciadores de consumos remetem para a importância de encontrar líderes informais na comunidade onde se destaca o contexto escolar para a dinamização de ações/ intervenções de promoção de saúde. Pela importância que a família tem na construção do projeto de saúde, na experimentação e evolução dos consumos de álcool é fundamental que esta seja incluída nas intervenções planeadas que visem a redução do consumo de bebidas alcoólicas (Guillermo-Ramos, Jaccard, Turrisi & Johansson, 2005).

Os resultados desta investigação são também um importante contributo para a implementação de intervenções de enfermagem na transição doença-saúde que é a

interrupção dos consumos de bebidas alcoólicas com riscos para a saúde. A identificação de um grupo de amigos sem consumos, a participação em atividades prazerosas que promovam a socialização e que não incluam o consumo de álcool mostram-se importantes medidas a ter em consideração nos programas de tratamento para a dependência alcoólica.

## **7.2 Limitações do Estudo**

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na análise e interpretação dos resultados, mas também como orientadoras de futuras investigações com o objetivo de as minimizar. Estas incluem:

- O número de estabelecimentos de ensino em que foi realizada a colheita de dados não é representativo da população de jovens do concelho de Lisboa, pelo que não são possíveis generalizações;
- A amostra, apesar de incluir participantes de ambos os sexos, é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino o que dificulta a comparação entre sexos nas diferentes variáveis analisadas (consumo de álcool e SC);
- As diferenças percentuais significativas entre os participantes dos diferentes tipos de ensino (participantes que frequentam o ensino superior e o ensino profissional) dificultaram a comparação das diferentes variáveis analisadas (consumo de álcool e SC);
- O número de participantes que aceitaram participar no Estudo B (participantes com consumos de risco) foi reduzido;
- A entrevista, em momento único, impediu que fossem aprofundados alguns aspetos relacionados com o consumo de álcool.

## **7.3 Sugestões para futura investigação**

- É importante que em futuras investigações a proporção entre indivíduos do sexo masculino e feminino seja garantida, de modo a melhor serem averiguadas as diferenças entre sexos no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas e SC.

- O trabalho inicial deste estudo sugere a existência de uma importante percentagem de consumidores em estudantes do ensino profissional. Esta população deverá ser alvo de novas investigações de modo a melhor ser compreendido o consumo de álcool, dada a escassez de estudos realizados com esta amostra.
- Seria desejável a realização de um estudo longitudinal dos participantes com consumos de risco de modo a conhecer como evoluiu os diferentes padrões de consumos e os fatores que irão influenciar essas trajetórias.
- Será conveniente em investigações futuras a análise dos percursos dos que optam por não consumir bebidas alcoólicas de modo a perceber o que influencia a adoção de comportamentos protetores de saúde.

Considera-se que esta investigação representa um contributo na identificação das alterações e das implicações dos novos padrões de consumo de álcool que são fundamentais para a implementação de estratégias que previnam a ocorrência destes comportamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adés, J. & Lejoyeux, M. (2004). Comportamentos alcoólicos e seu tratamento (2.ed.).

Lisboa: Climepsi Editores.

Agrawal, A., Dick, D., Bucholz, K., Madden, P., Cooper, M., Sher, K.,... Heath, A.

(2008). Drinking expectancies and motives: a genetic study of young adult women. *Addiction*, 103, 194-204. Doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02074.x

Agarwal, D. & Goedde, H. (1992). Pharmacogenetics of alcohol metabolism and

alcoholism. *Pharmacogenetics and Genomics*, 2(2), 48-62. Acedido em 23-03-2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1302043>

Agarwal, D. (1997). Molecular genetic aspects of alcohol metabolism and alcoholism.

*Pharmacopsychiatry*, 30, 79-84. Doi: 10.1055/s-2007-979487

Agarwal, D. (2001). Genetic polymorphisms of alcohol metabolizing enzymes.

*Pathologie Biologie*, 49(9), 703-709. Doi:10.1016/S0369-8114(01)00242-5

Ahern, J., Galea, S., Hubbard, A., Midanik, L. & Syme, S. (2008). "Culture of drinking"

and individual problems with alcohol use. *American Journal of Epidemiology*, 167(9), 1041-1049. Doi: 10.1093/aje/kwn022.

Ait-Daoud, N., Blevins, D., Khanna, S., Sharma, S., & Holstege, C. (2017). *Women*

*and Addiction*. *Psychiatric Clinics of North America*, 40 (2), 285-297.

Doi: 10.1016/j.psc.2017.01.005.

Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V., Lavado, E., Melo, R., Jussara, R., ...

Truninger, M. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa – 2012*. Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lisboa. Editorial do Ministério da Educação e Ciência.

- Almeida, N. (2011). Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. *Psicologia Argumento*, 29(66), 295-302.
- Acedido em 17-05-2016. Disponível em:  
<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=5288&dd99=view&dd98=pb>
- (APA) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5<sup>th</sup> ed). Arlington, VA. American Psychiatric Association.
- Anderson, K., Garcia, T. & Dash, G. (2016). Drinking Motives and Willingness to Drink Alcohol in Peer Drinking Contexts. *Emerging Adulthood*, 5 (1), 16-26.  
Doi:10.1177/2167696816636503
- Anderson, P., Gual, A. & Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*: Department of Health of the Government of Catalonia. Barcelona.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective a report for the European Commission*. London. Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P., Moller, L. & Galea, G. (2012). Alcohol in the European Union, Consumption, harm and policy approaches. *World Health Organization*. Copenhagen. Dinamarca.
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2008). Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 25 (1), 45-53. Acedido em 16-07-2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/estpsi/v25n1/a05v25n1.pdf>
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2011). A Entrevista Motivacional em Adolescentes Usuários de Droga que Cometeram Ato Infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 218-226. Acedido em 15-07-2016. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000200002>

- Anjos, K., Santos, V. & Almeida, O. (2012). Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36 (2), 418-431. Acedido em 17-04-2017. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/468/pdf\\_149](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/468/pdf_149)>.
- Antonovsky, A. (1987) *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36 (6), 725-733. Acedido em 17-04-2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8480217>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 1-18. Oxford University Press.
- (ANSR) Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2014). *Relatório Nacional Anual de Sinistralidade Rodoviária*, Ano de 2013. Lisboa: ANSR. Acedido em 14-05-2016. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Pages/default.aspx>
- Araújo, J., Silva, S., Conceição, V., Santana, M. & Souza, R. (2012). A bebida alcoólica no contexto laboral: um diálogo mediado pelas representações sociais. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 6 (3), 217-233. Doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Arnett, J. (1992). Reckless Behavior in Adloescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373. Doi:10.1016/0273-2297(92)90013-R
- Arnett, J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, 295-315. Doi:10.1159/000022591

- Arnett, J. (2000). Emerging Adulthood a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. Doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. (2002). The psychology of globalization. *American Psychological Association*, 57 (10), 774-783. Doi: 10.1037//0003-066X.57.10.774
- Arnett, J. (2006). The emergence of “emerging adulthood” the new life stage between adolescence and young adulthood. In A. Furlong. *Handbook of Youth and Young Adulthood new perspectives and agendas*. 39- 45. Nova York. Routledge.
- Aslund, C., Larm, P., Starrin, B. & Nilsson, K. (2014). The buffering effect of tangible social support on financial stress: influence on psychological well-being and psychosomatic symptoms in a large sample of the adult general population. *International Journal for Equity in Health*, 13:85.  
  
Doi: 10.1186/s12939-014-0085-3
- Babor, T., Fuente, J., Saunders, J. & Grant, M. (1992). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. 1st ed: World Health Organization.
- Babor, T., Higgins-Biddle, .J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization.
- Bachmann, J., Johnston, L., O’Malley, P. & Schulenberg, J. (1996). Transitions in drug use during late adolescence young adulthood. In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context*, pp. 111-140. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2014). *III Inquérito Nacional ao consumo de Substâncias Psicoativas na População geral Portugal 2012*. CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (3ª Edição). Lisboa. Edições 70.
- Barnes, G. & Welte, J. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-12<sup>th</sup> grade students in New York State. *Journal of studies on Alcohol*, 47 (1). 53-62.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1986.47.53>
- Barnow, S., Schultz, G., Lucht, M., Ulrich, I., Preuss, U. & Freyberger, H. (2004). Do alcohol expectancies and peer delinquency/substance use mediate the relationship between impulsivity and drinking behavior in adolescence? *Alcohol and Alcoholism*, 39 (3), 213-219. Doi: 10.1093/alcalc/agh048
- Barroso, T., Barbosa, A. & Mendes, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (3), 33-44. Acedido em 17-03-2015. Disponível em:  
<http://www.index-f.com/referencia/2006pdf/33-2006-dec.pdf>
- Barroso, T., Barbosa, A. & Mendes A. (2009). Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17(3), 347-53.  
Acedido em 23-05-2006. Disponível em:  
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4009/4720>
- Barroso, T., Barbosa, A. & Mendes, A. (2010). Os meus colegas bebem álcool? Consumo de álcool e percepção do consumo em adolescentes – estudo realizado com estudantes do 3º ciclo de escolas públicas de Coimbra. *Psychologica*, 2 (52), 673-86. Doi: [http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606\\_52-2\\_29](http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_29)

- Barroso, T., Mendes, A. & Barbosa, A. (2012). Adaptação cultural e a validação da versão portuguesa da Escala de Expectativas acerca do Álcool: versão adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*, III (8), 17-27.
- Doi: 10.12707/RIII1242
- Barroso, T., Mendes, A. & Barbosa, A. (2013). Programa de prevenção do Uso/Auso de álcool em adolescentes em contexto escolar: Parar para pensar. *Escola Anna Nery*, 17 (3), 466-473. Acedido em 27-07-2016. Disponível em:
- <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0466.pdf>
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S. & Nathan, P. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39 (4), 376 - 389. Acedido em 14-08-2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0028-3932\(00\)00136-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0028-3932(00)00136-6)
- Bengel, J., Strttmatter, R. & Willmann, H. (1999). What keeps people healthy? Antonovsky's Salutogenic Model; State of discussion and Importance. (Vol 4). Cologne: Federal Centre for Health Education.
- Benites, A. & Schneider, D. (2014). Famílias e consumo de álcool em adolescentes do sexo feminino: uma revisão sistemática. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (1), 145-152. Acedido em 15-06-2016. Disponível em:
- <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722014000100016>
- Berger, K. (2003). O Desenvolvimento da Pessoa da infância à adolescência. 5ª Edição. LTC.
- Bienvenu, O., Davydow, D. & Kendler, K. (2011) 'Psychiatric "diseases" versus behavioral disorders and degree of genetic influence'. *Psychological Medicine*, 41 (1), 33-40. Doi: 10.1017/S003329171000084X.

- Binkowska-Bury, M., Januszewicz, P. (2010). Sense of coherence and health –related behavior among university students: a questionnaire survey. *Central European Journal of Public Health*, 18 (3), 145-150. Acedido em 23-04-2016. Disponível em: <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2010-3-04-full.pdf>
- Blos, P. (1985). Adolescência. Uma interpretação psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicada em 1962).
- Blume, A., Lostutter, T., Schmalings, K. & Marlatt, G. (2003). Beliefs about Drinking Behaviour Predict Drinking Consequences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35 (3), 395-399. Doi: 10.1080/02791072.2003.10400025
- Boffetta, P. & Hashibe, M. (2006). Alcohol and Cancer. *Lancet Oncology*, 7 (2). 149-156. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(06\)70577-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70577-0)
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). Características da investigação qualitativa. In: *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. 336p. Porto, Porto Editora.
- Bonomo, Y., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. & Patton, G. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99, 1520-1528. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00846.x
- Bot, S., Engels, R., Knibbe, R. & Meeus, W. (2005). Friend's drinking behaviour and adolescent alcohol consumption: The moderating role of friendship characteristics. *Addictive Behaviors*, 30, 929-947.  
Doi: 10.1016/j.addbeh.2004.09.012
- Botelho, R., Engle, B., Mora, J. & Holder, C. (2011). Brief interventions for alcohol misuse. *Primary Care: Clinics in office practice*, 38, 105-123.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2010.11.008>

- Brady, K. & Randall, C. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Addictive Disorders*, 22 (2), 241- 252. Acedido em 16-07-2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70074-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70074-5)
- Bravo de Medina, R., Aizpiri, J. & Echeburúa, E., (2010). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Adicciones*. Acedido em 23-05-2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122897008>> ISSN 0214-4840
- Brewer, R. & Swahn, M. (2005). Binge Drinking and Violence. *JAMA*, 294 (5), 616-618. Doi:10.1001/jama.294.5.616
- Brito, I., Precioso, J., Correia, C., Albuquerque, C., Samorinha, C., Cunha-Filho, H. ... Becoña, E. (2015). Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência, em função do género. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (3), 392-410. Acedido em 12-06-2016. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862015000300010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300010&lng=pt&tlng=pt).
- Britton, A., Ben-Shlomo, Y., Benzeval, M., Kuh, D. & Bell, S. (2015). Life course trajectories of alcohol consumption in the United Kingdom using longitudinal data from nine cohort studies. *BMC medicine*, 13 (1), 47. Doi: 10.1186/s12916-015-0273-z
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M.A. Veríssimo, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979).

- Brown, S., Goldman, M., Inn, A. & Anderson, L. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol : Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (4), 419-426. Acedido em 26-06-2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.48.4.419>
- Brown, S., Tapert, S., Granholm, E. & Delis, D. (2000). Neurocognitive Functioning of Adolescents: Effects of Protracted Alcohol Use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24: 164-171. Doi:10.1111/j.1530-0277.2000.tb04586.x
- Cabral, A. & Salomone, P. (1990). Chance and Careers: Normative versus contextual development. *The Career Development Quarterly*, 39 (1) 5-17.  
Doi: 10.1002/j.2161-0045.1990.tb00230.x
- Calafat, A., Fernández, C., Montserrat, J., Anttila, A., Arias, R., Bellis, M. ... Zavatti, P. (2003). *"Enjoying the nightlife in Europe: The role of moderation"*. Valencia, IREFREA.
- Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M. & Becona, E. (2005). "Gestión de la vida recreativa: un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas?" *Adicciones*, 17 (4), 337-347. Acedido em 28-03-2016. Disponível em: [http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al\\_2005\\_Gestion%20vida%20recreativa.pdf](http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al_2005_Gestion%20vida%20recreativa.pdf)
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. & Becoña, E. (2007). Weekend nightlife recreational habits: prominent intrapersonal risk factors' for drug use? *Substances Use & Misuse*, 42 (9), 1443-1454.  
Doi: 10.1080/10826080701209044
- Callahan, L. & Pincus, T. (1995). The sense of coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 8, 28-35. Acedido em 12-05-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7794978>

- Carapinha, L., Calado, V., Lavado, E., Dias, L. & Ribeiro, C. (2014). *Os jovens o álcool e a lei, Consumos, atitudes e legislação*. Lisboa. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).
- Cardoso, F., Barbosa, H., Costa, F., Vieira, M. & Caldeira, A. (2015). Fatores associados à prática do binge drinking entre estudantes da área da saúde. *Revista CEFAC*, 17 (2), 475-484. Acedido em 23-05-2016.
- Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-021620158914>
- Casswell, S., Pledger, M. & Pratap, S. (2002). Trajectories of drinking from 18 to 26 years: identification and prediction. *Addiction*, 97(11), 1427-1437.
- Doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00220.x
- Charmaz, K. (2008). Grounded theory. In J. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, 2ª ed. (p81 -110) London: SAGE.
- Chartier, K., Hesselbrock, M. & Hesselbrock, V. (2010). Development and Vulnerability Factors in Adolescent Alcohol Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 493-504. Acedido em 12-04-2016.
- Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.004>
- Chartier, K., Hesselbrock, M. & Hesselbrock, V. (2011). Alcohol problems in young adults transitioning from adolescence to adulthood: The association with race and gender. *Addictive Behaviors*, 36, 167-174.
- Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.10.007
- Chassin, L., Flora, D. & King, K. (2004). Trajectories of Alcohol and Drug Use and Dependence From Adolescence to Adulthood: The Effects of Familial Alcoholism and Personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483-498.
- Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.483>

- Chen, B., Hopf, W. & Bonci, A. (2010). Synaptic plasticity in the mesolimbic system therapeutic implications for substance abuse. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187(2), 129-139. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05154.x
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.). (1986). *Nursing research methodology*. (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Choi, I., Son, H., Yang, B., Kim, S., Lee, J., Chai, Y. ..., Shin, H. (2005). Scanning of genetic effects of alcohol metabolism gene (ADH1B and ADH1C) polymorphisms on the risk of alcoholism. *Human Mutation*, 26, 224-234. Doi:10.1002/humu.20209.
- Christiansen, B., Smith, G., Roehling, P. & Goldman, M. (1989). Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 93-99. Acedido em 15-06-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.1.93>.
- Chu, J., Jahn, H., Khan, M. & Kraemer, A. (2016). Alcohol consumption among university students: a Sino-German comparison demonstrates a much lower consumption of alcohol in Chinese students. *Journal of Health Population and Nutrition*, 11, 35:25. Doi: 10.1186/s41043-016-0062-0.
- Claussen, J. (1991). Adolescent competence and the shaping of the life course. *American Journal of Sociology*, 96, 805-842. Acedido em 17-03-2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/229609>
- Clemens, S., Grant, B. & Matthews, M. (2009). A review of the impacts of health and health behaviors on woman's alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 33(4), 400-415. Doi: <https://doi.org/10.5993/AJHB.33.4.6>

- Comasco, E., Berglund, K., Orelund, L. & Nilsson, K. (2010). Why do adolescents drink? Motivational patterns related to alcohol consumption and alcohol related problems. *Substance Use & Misuse*, 45 (10), 1589-1604. Acedido em 15-04-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/10826081003690159>
- Coutinho, V. & Heimer, M. (2014). Sense of coherence and adolescence: an integrative review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 819- 827. Acedido em 26-05-2016. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.20712012>
- Cox, R. (2003). Meeting the Needs of people with alcohol related brain damage: a literature review on the existing and recommended service provision and models of care. *A literature review on the existing and recommended service provision and models of care*. Dementia Services Development Centre. Scotland.
- Cristóvão-Calado, J., Broche-Pérez, Y. & Rodríguez-Méndez, L. (2015). Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central. (Spanish) *Archivos De Neurociencias*, 20 (1):79-85. Acedido em 27-04-2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane151i.pdf>
- Cupic, B., Stefulj, J., Zapletal, E., Matosic, A., Bordukalo-Niksic, T., Cicin-Sain, L. ... Gabrilovac, J. (2013). Opioid system genes in alcoholism: A case-control study in Croatia population. *Neuropeptides*, 47, 315-319.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.npep.2013.08.002>
- Cunha, A. (2014) Bullying e o consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes da Universidade do Minho-Um estudo no context do Marketing Social. Tese de Mestrado Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão. Braga.

- Cunha J. (2002). Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Curran, P., Stice, E. & Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use peer alcohol use: a longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 130-140.  
Doi: 10.1037/0022-006X.65.1.130.
- Damáσιο, A. (2013). O sentimento de si: Corpo, emoção e consciência. Lisboa: Temas e Debates.
- Dawson, D., Li, T. & Grant, B. (2008). A prospective study of risk drinking: At risk for what? *Drug & Alcohol Dependence*, 95 (1), 62-72.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.12.007>
- Denne, J. & Thompson, N. (1991). The experience of transition to meaning and purpose in life. *Journal of Phenomenological Psychology*, 22, 109-133.  
Doi: 10.1163/156916291X00091
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.  
Acedido em 27-04-2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- DiClemente, C. (2003). *Addiction and Change How Addictions Develop and Addicted People Recover*. Guilford Press.
- Dick, D. & Kendler, K. (2012). The impact of gene-environment interaction on alcohol use disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34 (3), 318-324. Acedido em 16-02-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3606909/>

Diehl, A., Croissant, B., Batra, A., Mundle, G., Nakovics, H. & Mann, K. (2007).

Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men?  
*European Archives Psychiatry Clinical Neurosciences*, 257, 344-351

Doi: 10.1007/s00406-007-0737-z

Direcção Geral da Saúde (DGS) (2012). Norma nº 030/2012. Detecção Precoce e  
Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool.

Donovan, J., Sharon, L., Zucker, R., Loveland-Cherry, C., Jester, J., Fitzland, H.

... Looman, W. (2004). Really Underage Drinkers: Alcohol Use among  
Elementary Students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28 (2),  
341-349. Doi: 10.1097/01.ALC.0000113922.77569.4E

Donovan, J. & Molina, B. (2014), Antecedent Predictors of Children's Initiation of

Sipping/Tasting Alcohol. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 38: 2488-  
2495. Doi:10.1111/acer.12517

Dunn, M. & Goldman, M. (1996). Empirical modeling of an alcohol expectancy

memory network in elementary school children as a function of grade.  
*Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4 (2), 209-217.

Acedido em 17-03-2015. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1037/1064-1297.4.2.209>

Dunn, T. & Merriam, S. (1995). Levinson's age thirty transition: Does it exist? *Journal*

*of Adult Development*, 1, 213–224. Doi:10.1007/BF02251259

Edenberg, H. & Foroud, T. (2006). Review: The genetics of alcoholism: identifying

specific genes through family studies. *Addiction Biology*, 11, 386–396.

Doi:10.1111/j.1369-1600.2006.00035.x

Edwards, G., Marshall, E. & Cook, C. (1999). *O tratamento do alcoolismo*. Porto

Alegre: Artes Médicas.

- Elbreder, M., Laranjeira, R., Siqueira, M. & Barbosa, D. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 9-15. Acedido em 17-05-2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100003>
- Erikson, E. (Ed.). (1963). *Youth: Change and challenge*. New York. Basic books.
- Eriksson, C., Fukunaga, T., Sarkola, T., Lindholm, H. & Ahola, L. (1996). Estrogen-Related Acetaldehyde Elevation in Women during Alcohol Intoxication. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 1192-1195. Doi:10.1111/j.1530-0277.1996.tb01110.x
- Erikson, M. & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal Epidemiol Community Health*. 2006; 60(5):376-81. Doi:10.1136/jech.2005.041616
- Esper, L., Corradi-Webster, C., Carvalho, A. & Furtado, E. (2013). Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34 (2), 93-101. Acedido em 18-05-2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso)
- European School Survey on Alcohol and Other Drugs - ECTAD (2011). Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas. Grupos etários dos 13,18 anos. Portugal Continental/2011.IDT/NEI. Consultado em 7 de Março de 2012 em <http://www.dependencias.pt>
- European School Survey Project on Alcohol and other drugs - ESPAD (2015). *ESPAD Report 2015, Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs*. Luxemburgo. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Doi: 10.2810/86718

Ewing, S., Sakhardande, A. & Blakemore, S. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *Neuroimage Clinical*. 5(5).420- 437. Doi: 10.1016/j.nicl.2014.06.011.

Fachini, A. & Furtado, E. (2012). Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 39 (2), 68-73.

Acedido em 18-08-2016. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000200005>

Fachini, A. & Furtado, E. (2013). Uso de álcool e expectativas do beber entre universitários: uma análise das diferenças entre os sexos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (4), 421-428. Acedido em 16-05-2016. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000400008>

Fairlie, A., Wood, M., & Laird, R. (2012). Prospective Protective Effect of Parents on Peer Influences and College Alcohol Involvement. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26 (1), 30-41. Acedido em 25-03-2016.

Disponível em: <http://doi.org/10.1037/a0023879>

Feijão F. & Lavado, E. (2006). Os Adolescentes e o Álcool – Portugal 2003: estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga, em alunos do ensino público - Portugal continental – 2003. Lisboa: Observatório de Droga e Toxiocodpendência. IDT. Acedido em 24-03-2015. Disponível em:

[http://www.sicad.pt/pt/publicacoes/paginas/detalhe.aspx?itemId=11&lista=sicad\\_publicacoes&bkUrl=/bk/publicacoes](http://www.sicad.pt/pt/publicacoes/paginas/detalhe.aspx?itemId=11&lista=sicad_publicacoes&bkUrl=/bk/publicacoes)

- Feijão F. (2010) Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista Toxicodependências*, 16, 29-46. Acedido em 20-05-2015. Disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/110/Resultados\\_definitivos\\_artigo\\_na\\_revista\\_toxicodepend%C3%A2ncias.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/110/Resultados_definitivos_artigo_na_revista_toxicodepend%C3%A2ncias.pdf)
- Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2011). European School Survey on Alcohol and other Drugs / Portugal (ESPAD-Portugal/2011). Instituto da Droga e Toxicodependência. Relatório. Lisboa.
- Feijão, F. (2015). (ECATD-CAD) Estudo sobre o consumo de álcool, Tabaco, Drogas e outros comportamentos aditivos e dependências/2015. ECTAD\_CAD/2015. Sínteses de resultados: A situação em 2015 Análise comparativa 2003/2007/2011/2015. SICAD/DMI/DEI
- Ferreira, I. (2003). Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. 159.94/113 (ESEC) – 00000021127. Coimbra.
- Ferreira, M. (2007). Sentido Interno de Coerência relações entre o sentido interno de coerência, bem-estar subjectivo e depressão em Idosos. Tese de Doutoramento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Flick, U. (2002). *A Introduction to Qualitative Research*. Lisboa.SAGE.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C. & Clayton, R. (2004). Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: Early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Development and Psychopathology*, 16, 193-213. Acedido em 24-03-2016.
- Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15115071>

- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lusodidacta, Loures.
- Freire, T., Machado, J., Melo, E. & Melo, D. (2005). Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (7), 376-381. Acedido em 25-03-2015.
- Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000700002>
- Gallant, D. (1990). The female alcohol abuser: Vulnerability to multiple organ damage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 260-260.
- Doi:10.1111/j.1530-0277.1990.tb00483.x
- Gaspar, T. & Matos, M. (2008). Consumo de substâncias e saúde/bem-estar, em crianças e adolescents portugueses. In M. Matos, *Consumo de substâncias Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* (pp. 45-70). Portugal: Instituto de Droga e Toxicodpendência. I.P.
- Geadá, M. (1990). O Modelo de Saúde Positiva Salutogénico de A. Antonovsky: Resultados Preliminares de um Estudo com Toxicodependentes. In *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (I. Botelho, J.P. Almeida, M. Geada & J. Justo, Eds.), pp.135-145, Lisboa: APPORT.
- Geadá, M. (1994). Sentido Interno de Coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de Drogas na adolescência. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 315-321. Acedido em 14-05-2015. Disponível em: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3101/1/1994\\_23\\_315.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3101/1/1994_23_315.pdf)
- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 191-201. Acedido em 23-06-2016.
- Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/3836>

- Goldman, M., Greenbaum, P. & Darkes, J. (1997). A confirmatory test of hierarchical expectancy structure and predictive power: Discriminant validation of the alcohol expectancy questionnaire. *Psychological Assessment*, 9, 145-157. Acedido em 24-05-2015. Disponível em: [http://scholarcommons.usf.edu/psy\\_facpub/1608/](http://scholarcommons.usf.edu/psy_facpub/1608/)
- Goldman, M., Del Boca, F. & Darkes, J. (1999). Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. In K.E. Leonard & H.T. Blane (eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. 2ª Edição. New York: Guilford Publications.
- Graber, J. & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32, 768-776. Acedido em 20-08-2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.768>
- Grant, B. & Dawson, D. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM –IV alcohol abuse dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110. Acedido em 25-06-2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9494942>
- Greene, A., Wheatley, S. & Aldava, J. (1992). Stages on life's way: Adolescents implicit theories of the life course. *Journal of Adolescent Research*, 7, 364-381. Doi: 10.1177/074355489273006.
- Greenfield, S., Brooks, A., Gordon, S., Green, C., Kropp, F., McHugh, R. ... Miele, G. (2007). Substance Abuse Treatment Entry, Retention, and Outcome in Women: A Review of the Literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1–21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>

- Grennfield, S., Back, S., Lawson, K. & Brady, K. (2010). Substance abuse in women. *The Psychiatry Clinics North America*, 33 (2), 339-355.  
Doi:10.1016/j.psc.2010.01.004
- Grob, A., Krings, F. & Bangerter, A. (2000). Biographies of people from three Swiss cohorts. *Berichte und Arbeiten aus dem Institut für Psychologie der Universität Basel* nr 71.
- Grob, A., Krings, F. & Bangerter, A. (2001). Life markers in biographical narratives of people from three cohorts: A life span perspective in its historical context. *Human Development*, 44 (4), 171-190. Doi:10.1159/000057057
- Grucza, R., Bucholz, K., Rice, J. & Bierut, L. (2008). Secular Trends in the Lifetime Prevalence of Alcohol Dependence in the United States: A Re-evaluation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(5), 763-770.  
Doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00635.x.
- Gual, A., Segura, L., Montserrat, C., Heather, N. & Colom, J. (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 591-596.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/37.6.591>
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Turrisi, R., & Johansson, M. (2005). Parental and school correlates of binge drinking among middle school students. *American Journal of Public Health*, 95, 894-899. Doi: 10.2105/AJPH.2003.018952
- Ham, L. & Hope, D. (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 719-759. Acedido em 25/05/2016.  
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00071-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00071-0)

- Hanson, M. & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 263-285. Doi:10.1007/s10865-007-9098-3
- Hanson, K., Medina, K., Padula, C., Tapert, S. & Brown, S. (2011). Impact of Adolescent Alcohol and Drug Use on Neuropsychological Functioning in Young Adulthood: 10-Year Outcomes. *Journal of Child Adolescent Substance Abuse*, 1, 20(2), 135-154. Doi:10.1080/1067828X.2011.555272
- Hartzler, B. & Fromme, K. (2003). Fragmentary blackouts: their etiology and effect on alcohol expectancies. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 27(4), 628-37. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2003.tb04399.x
- Hart, A., Lynch, K., Farrer, L., Gelernter, J. & Kranzler, H. (2016). Which alcohol use disorder criteria contribute to the association of ADH1B with alcohol dependence?. *Addiction Biology*, 21(4), 924-938. Doi:10.1111/adb.12244
- Hawkins, J., Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), Julho, 64-105. Aedido em 23/05/2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Head, J., Stansfeld, S. & Siegrist, S. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 219-224. Doi:10.1136/oem.2002.005256
- Heather, N. (2004). Brief Interventions. In N. Heather & T. Stockwell (Eds), *The essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. (pp. 117-138). England: John Wiley & Sons Ltd.

- Heckmann, W. & Silveira, C. (2009). Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri (SP): Minha Editora.
- Herring, R., Bayley, M. & Hurcombe, R. (2014). “But no one told me it’s okay to not drink”: a qualitative study of young people who drink little or no alcohol. *Journal of substance use*, 19 (1-2), 95-102. Acedido em 12/06/2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/14659891.2012.740138>
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2000.
- Higgins, E., Loeb, I. & Ruble, D. (1995). The four A’s of life transition effects: Attention, accessibility, adaptation, and adjustment. *Social Cognition*, 13, 215-242. Doi: 10.1521/soco.1995.13.3.215
- Hingson, R., Heeren, T. & Winter, M. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives & Pediatrics Adolescent Medicine*, 160 (7), 739-746. Doi: 10.1001/archpedi.160.7.739
- Holmberg, S., Thelin, A. & Stiernstrom, E. (2004). Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 227-236. Doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759.20.4.227>
- Hser, Y., Longshore, D. & Anglin, M. (2007). The Life Course Perspective on Drug Use: A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. *Evaluation Review*, 31, 6, 515 – 547. Doi: <https://doi.org/10.1177/0193841X07307316>
- Hung, C., Chiang, Y., Chang, H. & Yen, L. (2011) Path of socialization and cognitive factors' effects on adolescents' alcohol use in Taiwan. *Addictive Behaviors*, 36(8), 807-813. Doi: 10.1016/j.addbeh.2011.03.004

Hutchinson, S., Wilson, M. & Wilson, H. (1994). Benefits of Participating in research interviews. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 161-166.

Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00937.x

Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT), (2009). *Relatório anual 2008 – A situação do país em matérias de drogas e toxicoddependências*. Acedido em 22-02-2015. Disponível em:

<http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/SituacaodoPais.aspx>.

(INE) Instituto Nacional de Estatística, IP - INE. (2014) *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa. Portugal.

Jager, J., Schulenberg, J., O'Malley, P. & Bachman, J. (2013). Historical variation in drug use trajectories across the transition to adulthood: The trend toward lower intercepts and steeper, ascending slopes. *Development and Psychopathology*, 25 (2), 527-543. Doi: 10.1017/S0954579412001228.

Johnson, E., Amatetti, S., Funkhouser, J. & Johnson, S. (1988). Theories and models supporting prevention approaches to alcohol problems among youth. *Public Health Reports*, 103 (6), 578-586. Acedido em 12-06-2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1478154/>

Johnston, L., O'Malley, P. & Bachman, J. (2000). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-1999. Volume II: *College students and adults ages 19-40* (NIH Publication No. 00-4803). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kandel, D. & Andrews, J. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *The International Journal of Addictions*, 22(4), 319-342. Acedido em 10-07-2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3583481>

- Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C. ...  
Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 18 (2), No:CD004148. Doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub3
- Kaplan, H., Grebb, J. & Sadock, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª Edição. Editora Artmed.
- Kassel, J., Jackson, S. & Unrod., M. (2000). Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), 332-40. Acedido em 13-04-2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.332>
- Kessler, F. (2009). Do “acaso” do uso de drogas ao “descaso” dos comportamentos de risco. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31 (3), 135-137. Acedido em 15-02-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a01v31n3>
- Keyes, K., Martins, S., Blanco, C. & Hasin, D. (2010). Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 969-76.  
Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081161
- Khan, S., Okuda, M., Hasin, D., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K.-H. ... Blanco, C. (2013). Gender Differences in Lifetime Alcohol Dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 37(10), 1696-1705.  
Doi: 10.1111/acer.12158
- Kittrell, D. (1998). A comparison of the evolution of men's and women's dreams in Daniel Levinson's theory of adult development. *Journal of Adult Development*, 5, 105–115. Doi:10.1023/A:1023039611468

Kosterman, R., Hill, K., Lee, J., Meacham, M., Abbott, R., Catalano, R. ... Hawkins, J.

(2014). Young adult social development as a mediator of alcohol use disorder symptoms from age 21 to 30. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28 (2), 348-358. Acedido em 23-06-2016. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1037/a0034970>

Kouvonen, A., Väänänen, A., Woods, S., Heponiemi, T., Koskinen, A. & Toppinen-

Tanner, S. (2008). Sense of coherence and diabetes: A prospective occupational cohort study. *BMC Public Health*, 8, 46. Doi: 10.1186/1471-2458-8-46

Kraus, L., Baumeister, S., Pabst, A. & Orth, B. (2009). Association of Average Daily

Alcohol Consumption, Binge Drinking and Alcohol-Related Social Problems: Results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 44 (3) 314-320. Doi: 10.1093/alcalc/agn110

Kuntsche, E., Rehm, J. & Gmel, G.(2004). Characteristics of binge drinkers in Europe.

*Social Science & Medicine*, 59 (1). 113-127.

Doi: 10.1016/j.socscimed.2003.10.009

Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G. & Engels, R. (2005). Why do young people

drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841 – 861. Doi: 10.1016/j.cpr.2005.06.002

Kuntsche, E., Knibbe, R. & Gmel, E. (2006). Who drinks and why? A review of socio-

demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviors*, 31, 1844-1857.

Doi:10.1016/j.addbeh.2005.12.028

Kuntsche, E., Kuendig, H. & Gmel, G. (2008). Alcohol outlet density, perceived

availability and adolescent alcohol use: a multilevel structural equation model. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (9), 811-816.

Doi:10.1136/jech.2007.065367

- Kuntsche, E., Wiers, R., Janssen, T. & Gmel, G. (2010). Same wording, distinct concepts? Testing differences between expectancies and motives in a mediation model of alcohol outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(5):436-44. Doi: 10.1037/a0019724.
- Kuntsche, E. & Müller S. (2012). Why Do Young People Start Drinking? Motives for First-Time Alcohol Consumption and Links to Risky Drinking in Early Adolescence. *European Addiction Research*, 34–39. Doi: 10.1159/000333036
- Lanadeiro, E. (2011). De Baco a farrapo... As expectativas e o consumo de álcool. [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt). Documento produzido em 24-03-2011. Acedido em 17-04-2015. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0559.pdf>
- Lancet (2008). Calling time on young people's alcohol consumption. *Lancet*, 371, 871. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60386-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60386-4)
- Lázaro, J. & Ostrosky-Solis, F. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 8 (1):47-58. Acedido em 24-03-2015. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/277271008\\_Neuropsicologia\\_de\\_Lobulos\\_Frontales\\_Funciones\\_Ejecutivas\\_y\\_Conducta\\_Humana](https://www.researchgate.net/publication/277271008_Neuropsicologia_de_Lobulos_Frontales_Funciones_Ejecutivas_y_Conducta_Humana)
- Le Strat, Y., Grant, B., Ramoz, N. & Gorwood, P. (2010). A new definition of early age at onset in alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 108 (0), 43-48. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.011>
- Lee, E., Mickle-Kawar, B., Reinke, L. & Gallucci, R. (2012). Estrogen suppresses hepatic IκB expression during short-term alcohol exposure. *Inflammation Research: Official Journal Of The European Histamine Research Society ... [Et Al.]*, 61(10), 1053-1061. Doi:10.1007/s00011-012-0497-8
- Leigh, B. & Stacy, A. (2004). Alcohol expectancies and drinking in different age groups. *Addiction*, 99, 215-227. Doi:10.1111/j.1360-0443.2003.00641.x

- Leininger, M. (1994). Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In: J. MORSE (ed.), *Critical issues in qualitative research methods*. Newbury Park, Sage Publications.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13. Acedido em 5-08-2016. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.1.3>
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Li, T., Hewitt, B. & Grant, B. (2004). Alcohol use disorders and mood disorders: a National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism perspective. *Biological Psychiatry*, 56 (10), 718-720. Doi: 10.1016/j.biopsych.2004.03.006
- Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H. ...Memish, A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224 –2260. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
- Lindmark, U., Stenstrom, U., Warnberg, E. & Hugoson, A. (2010). The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (1), 1-6.
- Lindström, M. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal Epidemiological Community Health*, 59, 440-442. Doi:10.1136/jech.2005.034777
- Lingford-Hughes, A., Davies, S., McIver, S., Williams, T., Daghli, M. & Nutt, D. (2003). Addiction imaging in clinical neuroscience. *British Medical Bulletin*, 65 (1), 209-222. Doi: 10.1093/bmb/65.1.209

- Lomba, L., Apóstolo, J. & Mendes, F. (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*, 21 (4), 309-326. Doi: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.222>
- Lopes, C., Quinteiro, I., Matos, L., Mendes, F., Martins, E., Fonseca, S. & Fernandes, R. (2015). O consumo de álcool numa amostra portuguesa em idade adulta jovem. E. Martins, F. Mendes, R. Fernandes, & S. Fonseca (Coords.) In *Modelos e projectos de inclusão social*. Escola Superior de Educação de Viseu.
- Lopez- Caneda, E., Holguín, S., Cadaveira, F. & Doallo, M. (2013). Impact of alcohol use on inhibitory control (and vice versa) during adolescence and young adulthood: a review. *Alcohol and Alcoholism*, 49 (2), 173-181.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agt168>
- Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V. & d' Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 13, 615. Doi: 10.1186/1471-2458-13-615
- Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R. & Oliveira, N. (2013). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portuguesas sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17 (3), 474-481.  
Doi: 10.1590/S1414-81452013000300010
- Lydall, G., Bass, N., McQuillin, A., Lawrence, J., Anjorin, A., Kandaswamy, R. ... Gurling, H. (2011). Confirmation of prior evidence of genetic susceptibility to alcoholism in a genome wide association study of comorbid alcoholism and bipolar disorder. *Psychiatric Genetics*, 21(6), 294–306.  
Doi: 10.1097/YPG.0b013e32834915c2
- Lyons, A. & Willott, S. (2008). Alcohol consumption, gender identities and womens' s changing social positions. *Sex Roles*, 59: 694-712.  
Doi: 10.1007/s11199-008-9475-6

- Ma, H. & Zhu, G. (2014). The dopamine system and alcohol dependence. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26 (2), 61–68.
- Doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2014.02.002
- MacLachy-Gaudet, H. & Stewart, S. (2001). The context-specific positive alcohol outcome expectancies of university women. *Addictive Behaviors*, 26, 31-49. Doi: 10.1016/S0306-4603(00)00080-0
- Maggs, J. & Schulenberg, J. (1998). Reasons to drink and not to drink: Alternating trajectories of drinking through an alcohol misuse prevention program. *Applied Developmental Science*, 2 (1), 48-60 . Acedido em 23-07-2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1207/s1532480xads0201\\_4](http://dx.doi.org/10.1207/s1532480xads0201_4)
- Maggs, J. & Schulenberg, J. (2005). Trajectories of alcohol use during the transition to adulthood. *Alcohol Research & Health*, 28(4), 195- 201.
- Acedido em 26-03-2016. Disponível em: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/195-201.pdf>
- Mangueira, S. & Lopes, S. (2014). Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (1), 149-154.
- Doi: 10.5935/0034-7167.20140020
- Marcelino, P. (2012). Universidade e Consumo de álcool: o uso e abuso entre os discentes de enfermagem. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa. Niterói.
- Marchitti, S., Brocker, C., Stagos, D. & Vasiliou, V. (2008). Non-P450 aldehyde oxidizing enzymes: the aldehyde dehydrogenase superfamily. *Journal Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 4(6), 697–720.
- Doi: 10.1517/17425250802102627

Mares, S., Vorst, H., Engels, R. & Lichtwarck-Aschoff, A. (2011). Parental alcohol use, alcohol-related problems, and alcohol-specific attitudes, alcohol-specific communication, and adolescent excessive alcohol use and alcohol-related problems: An indirect path model. *Addictive Behaviors*, 36, 209-216.

Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.10.013

Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. Dossier: problemas ligados ao álcool. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 293-300.

Marsiglia, F., Kulis, S., Yabiku, S., Nieri, T. & Coleman, E. (2011). When to Intervene: Elementary School, Middle School or Both? Effects of keepin' It REAL on Substance Use Trajectories of Mexican Heritage Youth. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 12 (1), 48–62. Acedido em 24-08-2016. Disponível em:

<http://doi.org/10.1007/s11121-010-0189-y>

Mason, J. (2010). Mental Health, School Problems, and Social Networks: Modeling Urban Adolescent Substance Use. *The Journal of Primary Prevention*, 31 (5-6), 321-331. Acedido em 26-04-2016. Disponível em:

<http://doi.org/10.1007/s10935-010-0227-3>

Mason, M., Valente, T., Coatsworth, D., Mennis, J., Lawrence, F. & Zelenak, P. (2010). Place-Based Social Network Quality and Correlates of Substance Use Among Urban Adolescents. *Journal of Adolescence*, 33 (3), 419-427. Acedido em 23-08-2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.07.006>

Masten, C., Telzer, E., Fuligni, A., Lieberman, M. & Eisenberger, N. (2010). Time spent with friends in adolescence relates to less neural sensitivity to later peer rejection. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(1), 106-114.

Doi: 10.1093/scan/nsq098

- Mattila M., Rautava P., Honkinen P., Ojanlatva, A., Jaakkola S., Aromaa M. ....
- Sillanpää, M. (2011). Sense of coherence and health behaviour in adolescence. *Acta Paediatrica*; 100(12), 1590-1595. Doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02376.x.
- Matute, R. & Pillon, S. (2008). Uso de bebidas alcoólicas em estudantes de enfermagem em Honduras. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, Maio-Junho; 16 (especial). Acedido em 16-07-2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_13.pdf)
- McAllister, I. (2003). Alcohol consumption among adolescents and young adults. Melbourne, Victoria, Report commission by the Distilled Spirits Industries Council of Australia.
- McGue, M., Sharma, A. & Benson, P. (1996). Parent and sibling influences on adolescent alcohol use and misuse: evidence from a U.S. adoption cohort. *Journal of Studies on Alcohol*, 57 (1), 8-18. Doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1996.57.8>
- McHugh, R., Hofmann, S., Asnaani, A., Sawyer, A. & Otto, M. (2010). The serotonin transporter gene and risk for alcohol dependence: a meta-analytic review. *Drug Alcohol Dependence*, 1, 108 (1-2). Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.017>
- McKinney, A. & Coyle, K. (2004). Next day effects of a normal night's drinking on memory and psychomotor performance. *Alcohol and Alcoholism*, 27 (6), 509-513. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agh099>
- McKinney, A., Coyle, K. & Verster J. (2012). Direct comparison of the cognitive effects of acute alcohol with the morning after a normal night's drinking. *Human Psychopharmacology*, 27(3), 295-304. Doi: 10.1002/hup.2225.

- MacLachy-Gaudet, H. & Stewart, S. (2001). The context-specific positive alcohol outcome expectancies of university women. *Addictive behaviors*, 26, 31-49. Acedido em 16-07-2016. Disponível em:  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00080-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00080-0)
- Measham, F. (2006). 'The New Policy Mix: Alcohol, Harm Minimisation, and Determined Drunkenness in Contemporary Society'. *International Journal of Drug Policy*, 17, 258–268. Doi:10.1016/j.drugpo.2006.02.013
- Meleis, A. (1991). *Theoretical Nursing: development and progress*. 2ª ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-3975-4823-1.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing – development and progress*. 3ª Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing – development and progress*. 4ª Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory. In M. Smith & M. Parker. *Nursing Theories and Nursing practice*. 361- 380. Estados Unidos da America. Davis company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. Smith & M. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (4<sup>th</sup> ed., pp. 361-380). Philadelphia, USA: FA Davis Co.
- Meleis, A., Saweyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. Acedido em 28-03-2015. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259. Acedido em 28-03-2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7885855>
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mello, N., Mendelson, J. & Teoh, S. (1989), Neuroendocrine Consequences of Alcohol Abuse in Women. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 562: 211-240. Doi:10.1111/j.1749-6632.1989.tb21020.x
- Mendes, A., Sousa, C., Pessoa, L. & Fontes, T. (2007). A festa e o álcool: protorepresentações na infância, Suplemento *ACTAS E COMUNICAÇÕES II Congresso de Investigação em Enfermagem de Coimbra*, UICISA:E, pág. 146
- Mendes, M., Cunha, J. & Nogueira, A. (2011). A mulher e o uso de álcool. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33 (11), 323-327. Acedido em 23-04-2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100001>
- Merakou, K., Koutsouri, A., Antoniadou, E., Barbouni, A., Bertias, A., Karageorgos, G., & Lionis, C. (2013). Sense of coherence in people with and without type 2 diabetes mellitus: an observational study from Greece. *Mental Health in Family Medicine*, 10(1), 3–13. Acedido em 23-05-2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3822667/>

- Messman-Moore, T. & Ward, R. (2014). Emotion dysregulation and coping drinking motives in college women. *American journal of health behavior*, 38 (4), 553-559. Doi: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.38.4.8>.
- Messler, E., Quevillon, R. & Simons, Jeffrey, S. (2014). The effect of perceived parental approval of drinking on alcohol use and problems. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 58, 1, 44-59. Acedido em 22-05-2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262046958\\_The\\_Effect\\_of\\_Perceived\\_Parental\\_Approval\\_of\\_Drinking\\_on\\_Alcohol\\_Use\\_and\\_Problems](https://www.researchgate.net/publication/262046958_The_Effect_of_Perceived_Parental_Approval_of_Drinking_on_Alcohol_Use_and_Problems)
- Meyers, J. & Dick, D. (2010). Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 465-477. Doi: 10.1016/j.chc.2010.03.013.
- Midanik, L., Soghikian, K., Ransom, L. & Polen, M. (1992). Alcohol problems and sense of coherence among older adults. *Social Science and Medicine*, 34(1), 43-48. Doi:10.1016/0277-9536(92)90065-X
- Miller, P., Smith, G. & Goldman, M. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: a possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 5 (1), 343-349. Doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1990.51.343>
- Mogro-Wilson, C. (2008). The influence of parental warmth and control on latino adolescent alcohol use. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30 (1), 89-105. Doi: 10.1177/0739986307310881
- Moselhy, H., Georgiou, G. & Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol and alcoholism*, 36(5), 357- 368. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/36.5.357>

- Moutinho, L., Mendes, A. & Lopes, M. (2015). O consumo de álcool e o sentido de coerência em jovens em formação educativa . *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição em Português), 11 (4), 208-216.  
Doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p208-216>
- Muñoz, X., Amiano, P., Celorrio, D., Dorronsoro, M., Sánchez, M., Huerta, J. ...  
Bujanda, L. (2012). Association of alcohol dehydrogenase polymorphisms and life-style factors with excessive alcohol intake within the Spanish population (EPIC- Spain). *Addiction*, 107 (12), 2117-2127.  
Doi:[10.1111/j.1360-0443.2012.03970.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03970.x)
- Nassif, S. & Rosa, J. (2003). Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas. 1ª ed. São Paulo: Vetor.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA. (1995). The physician’s guide to helping patients with alcohol problems. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA. (2003). Alcohol Alert. Underage Drinking: A Major Public Health Challenge, 59.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA (2005). Helping patients who drink too much: a clinician’s guide. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIH Publication nº 05-3769.
- Neuner, B., Miller, P., Maulhardt, A., Weiss-Gerlach, E., Neumann, T., Lau, A. ..., Spies, C. (2006). Hazardous alcohol consumption and sense of coherence in emergency department patients with minor trauma. *Drug Alcohol Dependence*, 82, 143-150. Doi: [10.1016/j.drugalcdep.2005.09.001](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.09.001)

- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C. & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latino americana de Enfermagem*.16(1), 142-50. Acedido em 24-06-2016. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100022>
- Nilsson, B., Holmgren, L. & Westman, G. (2009). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden – Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of primary health Care*, 18, 14-20. Acedido em 23-05-2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430050202497>
- Nixon, S. (2013). Executive functioning among young people in relation to alcohol use. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 305–309.  
Doi: 10.1097/YCO.0b013e328361ea3c
- Nóbrega, M. & Oliveira, E. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista Saúde Pública*, 39 (5), 816-23. Doi: S0034-89102005000500018
- Noel, X., Sferrazza, R., Van Der Linden, M., Paternot, J., Verhas, M., Hanak, C., ..., Verbanck, P. (2003). Contribution of frontal cerebral blood flow measured by (99m) Tc-Bicisate spect and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37 (4), 347-54.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/37.4.347> 347-354
- Nunes, J., Campolina, L., Vieira, M. & Caldeira, A. (2012). Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39 (3), 94-99. Acedido em 20-06-2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000300005>
- Nunes, L. (1999). O sentido de coerência. Escola Nacional de Saúde Pública.  
Dissertação de Tese de Mestrado em Saúde Pública, ministrado pela ENSP, UNL. Lisboa.

Nunes, L. & Jólluskin, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social.

*Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 230-237.

Oliveira, M., Werlang, B. & Wagner, M. (2007). Relação entre o consumo de álcool e

hábitos paternos de ingestão alcoólica. *Boletim de Psicologia*, 57 (127), 205-214.

São Paulo. Acedido em 16-03-2015. Disponível em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432007000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432007000200007&lng=pt&tlng=pt).

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*. Conselho de Enfermagem Dezembro 2001.

Organização Mundial da Saúde – OMS, 2010. International Statistical Classification of

Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version 2010.

Paiva, F., & Ronzani, T. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre

adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em estudo*, 14 (1), 177- 183.

Doi: 10.1590/S1413-73722009000100021

Paiva, P., Paiva, H., Lamarnier, J., Ferreira, E., César, C., & Zarzar, P. (2015). Consumo

de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(11):3427-3435.

Doi: 10.1590/1413-812320152011.18792014

Paljärvi, T., Martikainen, P., Pensola, T., Leinonen, T., Herttua, K. & Mäkelä, P.

(2015). Life Course Trajectories of Labour Market Participation among Young Adults Who Experienced Severe Alcohol-Related Health Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *PLoS ONE* 10 (5): e0126215.

Doi:10.1371/journal.pone.0126215

- Pampel, F. (2011). Cohort change, diffusion, and support for gender egalitarianism in cross-national perspective. *Demographic research*, 25 (21), 667-694.  
Doi: 10.4054/DemRes.2011.25.21
- Park, S., Kahnt, T., Beck, A., Cohen, M., Dolan, R., Wrase, J., & Heinz, A. (2010). Prefrontal cortex fails to learn from reward prediction errors in alcohol dependence. *Journal of Neuroscience*, 30 (22), 7749-53.  
Doi: 10.1523/JNEUROSCI.5587-09.2010.
- Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V., Malini, S. & Rehm, J. (2011). Dose–response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *BJOG*, 118:1411-1121.  
Doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x.
- Patrick, M., Schulenberg, J., Martz, M., Maggs, J., O’Malley, P. & Johnston, L. (2013). Extreme Binge Drinking Among 12th-Grade Students in the United States Prevalence and Predictors. *JAMA Pediatrics*. 167(11):1019-1025.  
Doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2392
- Pechansky, F., Szobot, C., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 14-17. Acedido em 25-07-2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500005>
- Percy, A. & McKay, M. (2015). The stability of alcohol consumption between age 16 and 26: Evidence from a National Birth Cohort Study. *Journal of Adolescence*, 44, 57-69. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.07.005>

- Perez-Aranibar, C., Broucke, V. & Fontaine, J. (2005). Validation of the Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ-A) for Peruvian University Students. *Journal Alcohol Drug Education*, 49 (3), 63-84. Acedido em 23-03-2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1854/LU-344396>
- Peterson, C. & Hektner, J. (2008). Change in drinking motives from adolescence through emerging adulthood: Examining the role of secondary motives. Poster session presented at the *Annual Meeting of the Society for Prevention Research*. San Francisco.
- Pettersson, P., Ellsinger, B., Sjoberg, C. & Bjorntorp, P. (1990). Fat distribution and steroid hormones in women with alcohol abuse. *Journal of Internal Medicine*, 228, 311–316. Doi:10.1111/j.1365-2796.1990.tb00238.x
- Pimentel, M., Mata, M. & Anes, E. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 185-204. Acedido em 09-03- 2017. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000100012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100012&lng=pt&tlng=pt).
- Pinsky, I. & Jundi, S. (2008). O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (4), 362-374. Acedido em 25-03-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/213.pdf>
- Pinsky, I. & Pazinato, C. (2014). *Álcool e drogas na adolescência*. Editora Contexto. São Paulo. Brasil.

- Pombo, S., De Quinhones Levy, P., Bicho, M., Barbosa, A., Ismail, F. & Cardoso, N. (2008). Associação entre o polimorfismo funcional do promotor ligado ao transportados da serotonina (5-HTTLPR), agressividade externalizada e internalizada e abuso de álcool. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 539-546. Acedido em 14-05-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19331786>
- Popova, S., Lange, S., Burd, L., Chudley, A., Clarren, S. & Rehm, J. (2013). Cost of fetal alcohol spectrum disorder diagnosis in Canada. *PLoS ONE*, 8 (4), Doi:10.1371/journal.pone.0060434.
- Poppius, E. Virkkunewn, H., Hakama, M. & Tenkanenb, L. (2008). The sense of coherence and risk of injuries: role of alcohol consumption and occupation. *Journal of Epidemiology Community Health*, 62, 35-41. Doi:10.1136/jech.2006.057232
- Prince, D., Adrian, M., Storer, H., Namkung, N., Thompson, K., McCauley, E. & Stoep, A. (2015). Contextualizing Change Points in Alcohol Use from Early Adolescence through Young Adulthood. *Social Work Research*, 39 (2), 94-106. Doi: 10.1093/swr/svv007
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214).Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Raistrick, D., Heather, N. & Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. The National Treatment Agency for Substance Misuse. London.
- Raphaelli, C., Nakamura, P., Azevedo, M. & Hallal, P. (2015). Comportamentos de risco à saúde de irmãos e sua influência nos adolescentes. *Revista Brasileira de Actividade Física & Saúde*, 19 (6),744-754. Doi: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.19n6p744>.

- Read, S. Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R. & Ruoppila, I. (2005). The Relationship Between Generalized Resistance Resources, Sense of Coherence, and Health Among Finnish People Aged 65–69. *European Psychologist*, 10, 244-253.  
Doi: 10.1027/1016-9040.10.3.244
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C. (2003), The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98, 1209-1228.  
Doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00467.x
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y. & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373 (9682). 2223-2233. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
- Reis, A., Barros, J., Fonseca, C., Parreira, L., Gomes, M., Figueiredo, I. & Matapa, S. (2011). Prevalência da Ingestão de Álcool no Adolescentes – Estudo PINGA. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 27, 338-346. Acedido em 15-06-2015.  
Disponível em:  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0870-71032011000400004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-71032011000400004)
- Reynaud, M., Parquet, P. & Lagrue, G. (2002). Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives: rapport remis au secrétaire d'État de à la santé. France.
- Richardson, A., Adner, N. & Nordström, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 758-763. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01717.x
- Rocha, A. (2011). Álcool e substâncias psicoativas no estudante universitário. Tese de Mestrado. Universidade e Aveiro. Aveiro.

- Rocha, L., Lopes, A., Martelli, D., Lima, V. & Martelli-Júnior, H. (2011). Consumo de álcool entre estudantes de faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35 (3), 369-375. Acedido em 15-07-2016. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300010>
- Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I., Santos, I. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*; 4 (22), 453-466. Doi: 10.14417/ap.789
- Rönkä, A., Oravala, S. & Pulkkinen, L. (2003). Turning Points in Adults' Lives: The Effects of Gender and the Amount of Choice. *Journal of Adult Development*, 10, 203. Doi:10.1023/A:1023418414709
- Room, R., Schmidt, L., Rehm, J. & Makela, P. (2008). International regulation of alcohol. *BMJ*, 337- 2364. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a2364>
- Rozin, L. & Zagonel, I. (2012). Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (2): 314-318. Acedido em 15-06-2016- Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023884024>>
- Rubio, G., Jimenez-Arriero, M., Martinez, I., Ponce, G. & Palomo, T. (2010). Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *The American Journal of Medicine*, 123, 72-8. Doi: 10.1016/j.amjmed.2009.08.012.
- Rutter, M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 603-626. Doi:10.1177/016502549601900309
- Rutter, M. (2007). Gene-environment interdependence. *Developmental Science*, 10, 12-18. Doi: 10.1111/j.1467-7687.2007.00557.x

- Saffer, H. (2002). Alcohol advertising and youth. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 14, 173-181. Doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.173>
- Saitz, R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review*, 29 (6), 631-640. Doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x
- Santana, S. & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), 17-24. Acedido em 16-07-2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6901/2/83808.pdf>
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De La Fuente, J. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88: 791-804. Doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Scali, D. & Ronzani, T. (2007). Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool . *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD) Ribeirão Preto*, 3 (1), 01-16. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v3i1p01-16>.
- Scheffer, M., & Almeida, R. (2010). Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Neuropsicologia Latino Americana*, 2 (3), 1-11. Acedido em Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2075-94792010000300001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792010000300001&lng=pt&nrm=iso)

- Scholte, R., Poelen, E., Willemsen, G., Boomsma, D. & Engels, R. (2008). Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings and friends. *Addictive Behaviors*, 33, 1-14.  
Doi: 10.1016/j.addbeh.2007.04.015
- Schulenberg, J. & Maggs, J. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*. 14, 54-70.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54>
- Schumacher, K., Jones, P. & Meleis, A. (1999). *Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice*. Acedido em 16-06-2015.  
Disponível em: <http://repository.upenn.edu/nrs/10>
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. Acedido em 16-06-2015.  
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8063317>
- Schuckit, M. (1994). Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *The American Journal of Psychiatry*, 151 (2), 184-189. Acedido em 15-06-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.2.184>
- Schuckit, M. (1994). *Drug and Alcohol abuse – a clinical guide to diagnosis and treatment*. 6ª ed. Lisboa. Springer US. Climepsi.
- Schuckit, M., Smith, T., Danko, G., Trim, R., Buchols, R., Edenberg, H. ... Dick, D. (2009) – An evaluation of the full level of response to alcohol model of heavy drinking and problems in COGA Offspring. *Journal Studies on Alcohol and Drugs*, 70 (3), 436-445. Acedido em 14-06-2015. Disponível em:  
<https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.436>

- Schroots, J. (1988). On growing, formative change, and aging. In J. E. Birren & V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 299-329). New York: Springer.
- Scott-Sheldon, L., Terry, D., Carey, K., Garey, L. & Carey, M. (2012). Efficacy of Expectancy Challenge Interventions to Reduce College Student Drinking: A Meta-Analytic Review. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 26(3), 393-405. Acedido em 13-06-2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1037/a0027565>
- Sena, A. & Ferret-Sena, V. (2004). Neurobiologia do uso de nicotina. In: Ferreira Borges C, Filho HC (coords). *Usos, Abusos e Dependências: Tabagismo*. Lisboa: Climepsi Editora. ISBN: 9789727961504
- Serecigni, J., (Coord.) (2007). Alcoholismo Guias clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica (2ª Ed),Valencia: Socidrogalcohol, Sociedad Científica Espanola de estúdios sobre el alcohol.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aitivos e nas Dependências – SICAD. (2015). Relatório Anual 2013: A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: SICAD.
- Shen, S., Locke-Wellman, S. & Hill, S. (2001). Adolescents alcohol expectancies in offspring from families at high risk for developing alcoholism. *Journal of Studies on alcohol*, 62 (6), 763-772. Doi:<http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2001.62.763>
- Simões, C., Matos, M. & Batista – Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 147-164. Acedido em 25-06-2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/1064>
- Slack, D. & Vaux, A. (1988). Undesirable life events and depression: the role of event appraisals and social support. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7, 290-296. Doi: 10.1521/jscp.1988.7.4.290

- Sousa, P. (2011). O consumo de álcool em contexto escolar: influência do grupo de pares. Coimbra. Dissertação de mestrado apresentado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Souza, J., Lima, J. & Santos, R. (2008). Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 12 (4), 622-629. Acedido em 16-06-2016. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400003>
- Spear, L. (2002). The adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal of studies on alcohol/ Supplement* 14. 71- 81. Acedido em 15-06-2016. Disponível em:  
<https://www.collegedrinkingprevention.gov/media/Journal/071-Spear.pdf>
- Sprinthall, N. & Collins, A. (2003). Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista. 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.
- Squeglia, L., Jacobus, J. & Tapert, S. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG and Neuroscience*, 40, 31-38.  
Doi: 10.1177/155005940904000110
- Squeglia, L., Pulido, C., Wetherill, R., Jacobus, J., Brown, G. & Tapert, S. (2012). Brain Response to Working Memory Over Three Years of Adolescence: Influence of Initiating Heavy Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 73(5), 749-760. Acedido em 17-05-2017. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410943/>
- Steward, A. (1982). The course of individual adaptation to life changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1100–1113. Acedido em 16-07-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.42.6.1100>

- Stewart, S., Zeitlin, S. & Samoluk, S. (1996). Examination of a three-dimensional drinking motives questionnaire in a young adult university student sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 61-71.
- Doi: 10.1016/0005-7967(95)00036-W
- Stojek, M., & Fischer, S. (2013). Impulsivity and motivations to consume alcohol: a prospective study on risk of dependence in young adult women. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research*, 37(2), 292-299.
- Doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01875.x
- Strauss, A & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory. SAGE Publications. U.S.A.
- Suárez-Acevedo, D., Trujillo-Maza, E., Londoño-Martínez, A. & Lema-Vélez, M. (2015). Efectos de la publicidad en el consumo de bebidas alcohólicas en escolares de Bogotá. (Spanish). *Revista De Salud Pública*, 17 (2), 157-170.
- Doi:10.15446/rsap.v17n2.40677
- Sugarman, D., DeMartini, K. & Carey, K. (2009). Are Women at Greater Risk? An Examination of Alcohol-Related Consequences and Gender. *The American Journal on Addictions*, 18, 194–197. Doi:10.1080/10550490902786991
- Suraj, S. & Singh, A. (2011). Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *The Indian Journal of Medical Research*, 134(5), 645-652.
- Doi: 10.4103/0971-5916.90989
- Surkan, P., Fielding-Miller, R. & Melchior, M. (2012). Parental relationship satisfaction in French young adults associated with alcohol abuse and dependence. *Addictive Behaviors*, 37(3), 313-317. Doi: 10.1016/j.addbeh.2011.10.008.

Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Schersten, B. & Nilsson, P. (2000).

Dyslipidemia and impaired well-being in middle-aged women reporting low sense of coherence - the Women's Health in the Lund Area (WHLA) study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 177-182. Acedido em 16-03-2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/028134300453395>

Szmigin, I., Griffin, C., Mistral, W., Bengry-Howell, A., Weale, L. & Hackley, C.

(2008). Re-framing 'binge drinking' as calculated hedonism: empirical evidence from the UK. *The International Journal on Drug Policy*, 19 (5), 359-366. Doi: 10.1016/j.drugpo.2007.08.009

Takeida, K., Ishida, A., Fukushima, T., & Mori, M. (2001). Behavior of drinking

alcoholic beverages among junior and senior high school students in the area covered with Wakkanai Health Center of Hokkaido, Japan]. *Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 36, 491-503. Acedido em 13-07-2016. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/11725534>

Tanabe, J., Thompson, L., Claus, E., Dalwani, M., Hutchison, K. & Banich, M. (2007).

Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and nongambling substance users during decision-making. *Human Brain Mapping*, 28: 1276-1286. Doi:10.1002/hbm.20344

Teoh, S., Mello, N. & Mendelson, J. (1994). Effects of drugs of abuse on reproductive

function in women and pregnancy. In Watson, R. R., *Addictive Behaviors Women*. Arizona, Human Press.

Tereso, E., Falé, J., Serra, I. & Sim Sim, M. (2014). Consumo de bebidas alcoólicas nos

estudantes de licenciatura da Universidade de Évora. Póster apresentado no I Fórum Internacional de Violência e Maus-Tratos (FIMT) e VII Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS) que decorreu de 2 a 5 Setembro 2014 na Universidade de Évora.

- Teruya, C. & Hser, Y.-I. (2010). Turning Points in the Life Course: Current Findings and Future Directions in Drug Use Research. *Current Drug Abuse Reviews*, 3(3), 189-195. Acedido a 16-06-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010246/>
- Treloar, H., Piasecki, T., McCarthy, D., Sher, K. & Heath, A. (2015). Ecological evidence that affect and perceptions of drink effects depend on alcohol expectancies. *Addiction*, 110(9), 1432-1442. Doi:10.1111/add.12982
- Van Dijk, W.K. (1979). Alcoholism, a many-sided problem. In J., Mendlewicz et H.M. van Praag (Eds.) *Alcoholism, a multidisciplinary approach* (pp. 2-10). Basel. Switzerland. Karger. Doi:10.1159/000402850
- Varlinskaya, E. & Spear, L. (2015). Social consequences of ethanol: impact of age, stress and prior history of ethanol exposure. *Physiology & Behavior*, 148, 145–150. Doi: 10.1016/j.physbeh.2014.11.062
- Velleman, R. (2009). *Children, young people and alcohol: how they learn and how to prevent excessive use*. JRF Findings. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Vermeulen-Smit, E., Koning, I., Verdurmen, E., Van der Vorst, H., Rutger, C. & Vollebergh, W. (2012). The influence of paternal and maternal drinking patterns within two-partner families on the initiation and development of adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, 37, 1248-1256. Doi:10.1016/j.addbeh.2012.06.005
- Visser, R. & McDonnell, E. (2012). That's ok. He's a guy: a -methods study of gender double-standards for alcohol use. *Psychology & Health*, 27(5), 618-39. Doi: 10.1080/08870446.2011.617444.
- Vogel, F. & Motulsky, A. (1997). *Vogel and Motulsky's Human Genetics: Problems and Approaches*. (3<sup>a</sup> ed.). New York. Springer.

- Volanen, S. (2011). Sense of coherence determinants and consequences. Faculty of Medicine of the University of Helsinki. Helsinki. Finland.
- Wall, T. (2005). Genetic associations of alcohol and aldehyde dehydrogenase with alcohol dependence and their mechanisms of action. *Therapeutic Drug Monitoring*, 27, 700-703. Acedido em 16-06-2016- Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PMID%3A+16404797>
- Wall, T., Luczak, S. & Hiller-Sturmhöfel, S. (2016). Biology, Genetics, and Environment: Underlying Factors Influencing Alcohol Metabolism. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 59-68. Acedido em 17-05-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872614/>
- Weiss, E., Singewald, E., Ruepp, B., & Marksteiner, J. (2014). [Alcohol induced cognitive deficits]. *Wiener Medizinische Wochenschrift (1946)*, 164(1-2), 9-14. Doi:10.1007/s10354-013-0226-0
- White H. R., Marmorstein N. R., Crews F. T., Bates M. E., Mun E. Y., Loeber R. (2011). Associations between heavy drinking and changes in impulsive behavior among adolescent boys. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 35 (2), 295–303. Doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01345.x
- Whitlock, E., Polen, M., Green, C., Orleans, T. & Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557- 568. Doi: 10.7326/0003-4819-140-7-200404060-00017
- Wiers, R., Hoogveen, K., Sergeant, J. & Gunning, B. (1997). High and low dose related expectancies and the differential associations with drinking in male and female adolescents and young adults. *Addiction*, 92 (7), 871-888. Doi: 10.1046/j.1360-0443.1997.92787110.x

- Wiers, R., Wood, M., Darkes, J., Corbin, W., Jones, B. & Sher, K. (2003). Changing Expectancies: Cognitive Mechanisms and Context Effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 27, 186–197.  
Doi:10.1097/01.ALC.0000051023.28893.8A
- Willenbring, M., Massey, S. & Gardner, M. (2009). Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *American Family Physician*, 80(1), 44-50. Acedido em 15-07-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621845>
- Wilsnack, S., Wilsnack, R. & Kantor, L. (2013). Focus on: Women and the costs of alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 219–228. Acedido em 18-06-2016. Disponível em: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/219-228.pdf>
- Windle, M. (2003). Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research & Health*. 27, 79-85. Acedido em 15-03-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15301402>
- Wolle, C., Sanches, M., Zilberman, M., Caetano, R., Zaleski, M., Laranjeira, R., ... Pinsky, I. (2011). Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33 (4), 367-373. Acedido em 12-04-2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000400010>
- World Health Organization -WHO (2005). *Alcohol policy in the WHO European Region:current status and the way forward*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe. Recuperado 11 Maio, 2010 de: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1005e.pdf>.
- World Health Organization - WHO (2007). *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. Second report. Geneva (WHO Technical Report Series, No. 944).

- World Health Organization - WHO (2011). Global status report on alcohol and health. Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization - WHO (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. Geneva, Switzerland. ISBN 978 92 4 069276 3 (PDF)
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32. Acedido em 17-06-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.
- Zeigler, D. Wang, C., Yoast, R., Dickinson, B., McCaffree, M., Robinowitz, C. ... Sterling, M. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 40 (1) 23-32.  
Doi:10.1016/j.ypmed.2004.04.044
- Zimmermann, J., Junge, C., Niemann, J. Wong, J. & Preuss, U. (2010). Alcohol consumption and expectations of effects in the border region of Pomerania: comparison of German and Polish adolescents. *European Addiction Research*, 16 (3), 170-178. Doi:10.1159/000315128

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

**Autorização da Comissão de Ética**

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

Ofício Nº 219-07/2014

**Título do Projecto:** Consumo de Alcool: da experimentação precoce ao consumo de risco

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Lúcia Susana Mendes Moutinho; Aida Cruz Mendes

**Filiação Institucional:** Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador Responsável/Orientador:** Aida Cruz Mendes

As proponentes desenvolveram dois estudos (um de tipo descritivo correlacional e outro de âmbito qualitativo, de natureza dedutiva), com os objectivos de "Identificar padrões de consumo na população estudantil da cidade de Lisboa com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos; Avaliar diferenças em função do género no que respeita a padrões de consumo de bebidas alcoólicas na população estudantil da cidade de Lisboa com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos; Identificar os valores do sentido interno de coerência da população estudantil da cidade de Lisboa com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos; Averiguar a relação entre os valores do sentido interno de coerência com os problemas de consumo de álcool da população estudantil da cidade de Lisboa com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos e; Analisar as trajectórias de vida dos indivíduos com uso inadequado de álcool da população estudantil da cidade de Lisboa com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos".

É referido que os dados foram colhidos entre outubro de 2011 e março de 2012.

Não pode a Comissão de Ética emitir parecer sobre estudos que já aconteceram. No entanto, analisando o trabalho efectuado, somos de entender que, em ambos os estudos, foram cumpridos os pressupostos éticos inerentes à investigação com seres humanos.

Data: 30/07/2014 O Vice-Presidente da Comissão de Ética:

## **Anexo II**

### **Instrumentos utilizados na recolha de dados do Estudo A**

**Exmo. Sr. ou Sr.<sup>a</sup>**

O presente trabalho tem como objectivo avaliar o Sentido de Coerência Interna em jovens em formação académica com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos. Para tal foi elaborado este questionário composto por duas partes.

Saboga Nunes, 1999 ENSP – UNL versão portuguesa validada para uma amostra de 643 indivíduos.  $\alpha_C$ =entre 0.83 e 0.90;  $r = 0.88$  . utilização autorizada sob reserva de indicação de.

Fonte SABOGA NUNES, Luís Angelo, 1999 in <http://www.salutogenesis.net> e menção de e-mail de contacto [saboga@salutogenesis.net](mailto:saboga@salutogenesis.net)

**Grupo I**

1. **Nº de Telemóvel (facultativo):** \_\_\_\_\_
2. **Data de nascimento:** \_\_\_\_\_
3. **Sexo:** • Masculino.....• Feminino.....
4. **Habilitações académicas/ Ano de Frequência de Curso** \_\_\_\_\_

5. **Durante os períodos lectivos encontra-se a residir na suua residência habitual?**

Sim  Não

6. **Estado Civil:**

Solteiro.....

Casado / União de facto.....

Divorciado / Separado de facto.....

Viúvo.....

7. **O seu suporte económico advém de:**

Ocupação laboral.....

Bolsa de Estudos.....

Apoio de familiares.....

Outro.....

8. **Relações Sociais**

Tem amigos Sim  Não  Se sim quantos

Tem uma relação afectiva estável? Sim  Não

**Grupo II****Questionário do Sentido de Coerência**

Segue-se uma série de perguntas acerca de vários aspectos da sua vida. Cada pergunta tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expresse o seu sentimento actual, sendo o 1 e o 7 as respostas extremas. Se para si a resposta correcta for a 1, faça uma cruz em 1, se for a 7 faça uma cruz em 7. Sen nenhuma destas repostas for a sua, faça uma cruz no número que melhor expresse a sua maneira de pensar e de sentir em relação á pergunta. Dê **apenas e só** uma única resposta em cada pergunta.

1. Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o compreendem?

|                             |               |                              |
|-----------------------------|---------------|------------------------------|
| Nunca tenho esse sentimento | 1 2 3 4 5 6 7 | Tenho sempre esse sentimento |
|-----------------------------|---------------|------------------------------|

2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas tinha o sentimento de que...

|                                |               |                            |
|--------------------------------|---------------|----------------------------|
| As coisas não iriam ser feitas | 1 2 3 4 5 6 7 | As coisas iriam ser feitas |
|--------------------------------|---------------|----------------------------|

3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...

|                        |               |                      |
|------------------------|---------------|----------------------|
| Como pessoas estranhas | 1 2 3 4 5 6 7 | Conhece-as muito bem |
|------------------------|---------------|----------------------|

4. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa á sua volta?

|                 |               |                                       |
|-----------------|---------------|---------------------------------------|
| Muito raramente | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito frequentemente não me interessa |
|-----------------|---------------|---------------------------------------|

5. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?

|                 |               |                  |
|-----------------|---------------|------------------|
| Nunca aconteceu | 1 2 3 4 5 6 7 | Aconteceu sempre |
|-----------------|---------------|------------------|

6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?

|                 |               |                  |
|-----------------|---------------|------------------|
| Nunca aconteceu | 1 2 3 4 5 6 7 | Aconteceu sempre |
|-----------------|---------------|------------------|

7. A vida é:

|                    |               |                         |
|--------------------|---------------|-------------------------|
| Cheia de interesse | 1 2 3 4 5 6 7 | Absolutamente rotineira |
|--------------------|---------------|-------------------------|

8. Até hoje na vida...

|  |               |  |
|--|---------------|--|
| Não consegui um projecto e um rumo próprio | 1 2 3 4 5 6 7 | Consegui um projecto e um rumo próprio |
|--|---------------|--|

9. Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?

|                      |               |                    |
|----------------------|---------------|--------------------|
| Muito frequentemente | 1 2 3 4 5 6 7 | Raramente ou nunca |
|----------------------|---------------|--------------------|

10. Nos últimos 10 anos a sua vida tem sido...

|   |               |  |
|---|---------------|--|
| Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir | 1 2 3 4 5 6 7 | Completamente consistente e previsível |
|---|---------------|--|

11. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente...

|                           |               |                           |
|---------------------------|---------------|---------------------------|
| Completamente fascinantes | 1 2 3 4 5 6 7 | Tremendamente aborrecidas |
|---------------------------|---------------|---------------------------|

12. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual sem saber o que fazer?

|                  |               |                 |
|------------------|---------------|-----------------|
| Aconteceu sempre | 1 2 3 4 5 6 7 | Nunca aconteceu |
|------------------|---------------|-----------------|

13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| Consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida | 1 2 3 4 5 6 7 | Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida |
|---|---------------|---|

14. Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente...

|                        |               |  |
|------------------------|---------------|--|
| Sente como é bom viver | 1 2 3 4 5 6 7 | Pergunta-se a si próprio por que razão veio ao mundo |
|------------------------|---------------|--|

15. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é...

|                                       |               |                            |
|---------------------------------------|---------------|----------------------------|
| Sempre confusa e difícil de encontrar | 1 2 3 4 5 6 7 | Sempre perfeitamente clara |
|---------------------------------------|---------------|----------------------------|

16. Aquilo que você faz diariamente é...

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| Uma fonte de profunda satisfação e prazer | 1 2 3 4 5 6 7 | Uma fonte de sofrimento e aborrecimento |
|---|---------------|---|

17. A sua vida futura será provavelmente cheia de mudanças sem você...

|                           |               |  |
|---------------------------|---------------|--|
| Prever o que vem a seguir | 1 2 3 4 5 6 7 | Perfeitamente consistente e previsível |
|---------------------------|---------------|--|

18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:

|                        |               |  |
|------------------------|---------------|--|
| Afundar-se no problema | 1 2 3 4 5 6 7 | Dizer para si mesmo: “ <i>Paciência, tudo se há-de resolver e seguir em frente</i> ” |
|------------------------|---------------|--|

19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?

|                      |               |                          |
|----------------------|---------------|--------------------------|
| Muito frequentemente | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito raramente ou nunca |
|----------------------|---------------|--------------------------|

20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar | 1 2 3 4 5 6 7 | Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação |
|---|---------------|---|

21. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter

|                      |               |                 |
|----------------------|---------------|-----------------|
| Muito frequentemente | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito raramente |
|----------------------|---------------|-----------------|

22. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:

|  |               |                                       |
|--|---------------|---------------------------------------|
| Não terá qualquer sentido, ou projecto próprio | 1 2 3 4 5 6 7 | Terá pleno sentido e projecto próprio |
|--|---------------|---------------------------------------|

23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?

|                        |               |                 |
|------------------------|---------------|-----------------|
| Estou certo que haverá | 1 2 3 4 5 6 7 | Duvido que haja |
|------------------------|---------------|-----------------|

24. Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer

|                      |               |                          |
|----------------------|---------------|--------------------------|
| Muito frequentemente | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito raramente ou nunca |
|----------------------|---------------|--------------------------|

25. Muitas pessoas (mesmo as que tem forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?

|                 |               |                      |
|-----------------|---------------|----------------------|
| Nunca aconteceu | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito frequentemente |
|-----------------|---------------|----------------------|

26. Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que:

|                                    |               |  |
|------------------------------------|---------------|--|
| Avaliou mal a dimensão do problema | 1 2 3 4 5 6 7 | Avaliou correctamente a dimensão do problema |
|------------------------------------|---------------|--|

27. Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:

|  |               |  |
|--|---------------|--|
| Conseguirá ultrapassar as dificuldades | 1 2 3 4 5 6 7 | Não conseguirá ultrapassar as dificuldades |
|--|---------------|--|

28. Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?

|                      |               |                          |
|----------------------|---------------|--------------------------|
| Muito frequentemente | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito raramente ou nunca |
|----------------------|---------------|--------------------------|

29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?

|                      |               |                          |
|----------------------|---------------|--------------------------|
| Muito frequentemente | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito raramente ou nunca |
|----------------------|---------------|--------------------------|

**Muito obrigado pela sua colaboração**

## AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Coloque um X na caixa que melhor descreve a sua resposta para cada pergunta tendo em consideração o seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses

### Instruções para preenchimento:

- a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a “caixa” do lado direito;  
 b) após a última questão some os números que colocou nas “caixas”.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>1. Com que frequência você ingeriu bebidas alcoólicas?</b></p> <p>0 Nunca<br/>                     1 Uma vez por mês<br/>                     2 Duas a quatro vezes por mês<br/>                     3 Duas a três vezes por semana<br/>                     4 Quatro ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>  | <p><b>6. Quantas vezes ao longo do último ano precisou de beber pela manhã para se poder sentir bem após ter bebido bastante no dia anterior?</b></p> <p>0 Nunca<br/>                     1 Uma vez por mês<br/>                     2 Duas a quatro vezes por mês<br/>                     3 Duas a três vezes por semana<br/>                     4 Quatro ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p><b>2. Quantas bebidas alcoólicas é que consumiu num dia normal ?</b></p> <p>0 0 ou 1<br/>                     1 2 ou 3<br/>                     2 4 ou 5<br/>                     3 6 ou 7<br/>                     4 8 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>  | <p><b>7. Quantas vezes ao longo do último ano se sentiu culpado ou com remorsos depois de ter bebido?</b></p> <p>0 Nunca<br/>                     1 Menos do que uma vez ao mês<br/>                     2 Mensalmente<br/>                     3 Semanalmente<br/>                     4 Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>  |
| <p><b>3. Com que frequência é que consumiu 6 bebidas ou mais numa ocasião no último ano?</b></p> <p>0 Nunca<br/>                     1 Menos do que uma vez ao mês<br/>                     2 Mensalmente<br/>                     3 Semanalmente<br/>                     4 Todos ou quase todos os dias</p> <p>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p><b>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses foi incapaz de se lembrar do que aconteceu devido á bebida?</b></p> <p>0 Nunca<br/>                     1 Menos do que uma vez ao mês<br/>                     2 Mensalmente<br/>                     3 Semanalmente<br/>                     4 Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>   |
| <p><b>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses achou que não conseguia deixar de beber após ter começado a fazê-lo?</b></p> <p>0 Nunca<br/>                     1 Menos do que uma vez ao mês<br/>                     2 Mensalmente<br/>                     3 Semanalmente<br/>                     4 Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>  | <p><b>9. Já causou ferimentos ou prejuízos a si próprio ou a outra pessoa após ter bebido?</b></p> <p>0 Não<br/>                     2 Sim, mas não nos últimos 12 meses<br/>                     4 Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>   |
| <p><b>5. Quantas vezes ao longo do último ano foi incapaz de fazer o que era normalmente esperado que fizesse devido á ingestão de bebidas alcoólicas?</b></p> <p>0 Nunca<br/>                     1 Menos do que uma vez ao mês<br/>                     2 Mensalmente<br/>                     3 Semanalmente<br/>                     4 Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>             | <p><b>10. Algum familiar, amigo ou médico já se preocupou com o facto de você beber ou sugeriu que parasse?</b></p> <p>0 Não<br/>                     2 Sim, mas não nos últimos 12 meses<br/>                     4 Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>  |

**Resultado**

## **ANEXO III**

### **Unidades de Registo das Entrevistas**

## Análise das entrevistas

### Categorias, Subcategorias, Indicadores e Unidades de Registo

#### Entrevista 1 (Participante 2)

| <b>Experimentação (Categoria)</b>  |                                   |                                    |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Unidade de Registo</b>  | <b>Subcategoria</b>               | <b>Indicador</b>                   |
| 1 - 17 anos  | Idade                             |                                    |
| 3 - Com amigos   | Contexto relacional               | Amigos                             |
| 4 - Cerveja<br>5 - Bebida mais fraca   | Tipo de bebida                    | Bebida fermentada                  |
| 6 - 2 a 3  | Quantidade de consumo             | Objetiva                           |
| 7 - Bebia pouco  | Quantidade de consumo             | Subjetiva                          |
| 9 - Bastante sociável (...) converso com as pessoas e sou extrovertida (...) duplicar estas características<br>10 - Tenho maior facilidade em conhecer pessoas<br>11 - Comunicar | Efeito experimentado              | Desinibição/socialização           |
| <b>Percurso (Categoria)</b>  |                                   |                                    |
| 8 - Não perco o controle do que bebo<br>17- Sempre sem perder o controle....<br>52 - Não bebo de uma forma descontrolada.<br>65 - É sempre uma coisa bastante controlada         | Esforços para lidar com o consumo | Manutenção da sensação de controlo |
| 36 - Se não for uma pessoa que não conheço tão bem a bebida pode trazer um efeito negativo<br>44 - Não consigo fazer um consumo elevado de álcool com pessoas que                | Estar exposto a riscos            | Beber com desconhecidos            |

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| <p>não conheço</p> <p>45 - Em situações que não conhece terceiros (...) não consumo até ao ponto de ficar bêbeda</p> <p>46 - Se uma pessoa desconhecida me começa a oferecer bebidas não consumo</p>   |  |                          |
| <p>29 - Escolhemos um amigo que leva o carro (...)</p> <p>31 - O que leve o carro bebe uma ou duas imperiais... nunca mais</p> <p>32 - Decidimos não levar o carro (...) dividimos o táxi</p> <p>78 - Se conduzir não bebo.</p>  | <p>Estar exposto a riscos</p>                                  | <p>Condução</p>          |
| <p>35 - É também saber beber com as pessoas com quem estamos</p> <p>53 - O efeito de dois copos é diferente se estiver cansada</p> <p>55 - Uma garrafa quando estou cansada e não comi... isso é beber muito.</p> <p>56 - Quando comi, quando estou bem... sei que não estou cansada, duas garrafas por exemplo.</p> <p>57 - Se estiver cansada e não tiver jantado... entendo ser maior o “Boom de álcool</p> | <p>Esforço para lidar com o consumo</p>                        | <p>Racionalização</p>    |
| <p>70 - Estava sozinha</p> <p>71 - Não encontrei nenhum dos meus amigos</p> <p>72 - Não sabia de ninguém</p> <p>73 - Já não sei das minhas amigas, já não sei o que fazer ...”</p>   | <p>Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Perder orientação</p> |

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <p>38 - Só vai dar um bom ambiente</p> <p>39 - Não é necessariamente negativo</p> <p>66 - Espécie de estilo de vida</p> <p>67 - Não é mau... é bom.</p> <p>68 - Estava muito feliz</p> <p>69 - Estava com os copos, estava a falar com pessoas.</p> <p>74 - São histórias engraçadas...</p> | <p>Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Diversão</p>             |
| <p>47 - Lembro-me sempre daquilo que faço</p> <p>48 - Nunca aconteceu apanhar uma bebedeira que seja de tal forma que não me lembro do que aconteceu ontem.</p> <p>49 - Já bebi bastante, mas consigo lembrar-me de tudo.</p>   | <p>Efeito experimentado</p>                                    | <p><i>Blackouts</i></p>     |
| <p>24 - Dias de festa</p> <p>25 - Não há problema</p> <p>62 - Mesmo quando vou jantar, mesmo com os meus pais há vinho, bebo um copo de vinho...</p>  | <p>Contexto relacional</p>                                     | <p>Família</p>              |
| <p>58 - “Ando a beber muitas vezes” já me passou pela cabeça (...) nunca me senti mal por isso</p> <p>59 - Tocar no fundo é “estou sozinha vou beber qualquer coisa”... isso é tocar mesmo no fundo</p>   | <p>Esforços para lidar com os consumos</p>                     | <p>Culpa</p>                |
| <p>76 - Mãe diz “Cheiras um bocado a álcool” (...) mas fica por aí...</p>   | <p>Esforços para lidar com o consumo</p>                       | <p>Crítica de terceiros</p> |

|  |                        |                           |
|--|------------------------|---------------------------|
| 41 - Todos nós trabalhamos, andamos na faculdade   | Acontecimentos de vida | Ingressar na universidade |
| <b>Consumo Actual (Categoria)</b>  |                        |                           |
| 14 - Frequento cafés<br>63 - Se for jantar com outra pessoa acabo por beber  | Contexto situacional   | Locais públicos           |
| 21 - Basta haver um jantar para beber vinho<br>33 - Bebemos em casa de um amigo  | Contexto situacional   | Casa de amigos            |
| 16 - Se os amigos também beberem acabo por acompanhar<br>18 - Sempre socialmente...<br>19 - Não bebo sozinha.<br>37- Pessoas que conheço bem<br>60 - Bebo socialmente (...) com amigos<br>63 - É o estar em grupo.   | Contexto relacional    | Amigos                    |
| 20 - Bebo mais vinho<br>23 - É raro bebidas brancas<br>80 - Começo por beber imperiais   | Tipo de bebida         | Bebida fermentada         |
| 22 - Dois copos ao jantar<br>30 - Eu bebo oito imperiais<br>51 - Uma garrafa de vinho é beber bastante...<br>54 - Sou capaz de beber uma garrafa de vinho sozinha.<br>55 - Uma garrafa quando estou cansada e não comi... isso é beber muito<br>56 - Quando comi, quando estou | Quantidade de bebida   | Objetiva                  |

|   |   |               |
|---|---|---------------|
| bem... sei que não estou cansada, duas<br>garrafas por exemplo.<br>81- Dez imperiais  |   |               |
| 50 - Bastante (...) Beber e quase<br>vomitar...<br>82 - Bebida branca não controlo tão<br>bem...  | Quantidade de<br>bebida                                       | Subjetiva     |
| 12 - Mais frequente<br>15 - Quando apetece  | Frequência  | Surge vontade |
| 13 - Saiu á noite<br>79 - Numa noite em que beba...   | Horário   | Noturno       |
| 34 - Divertimo-nos mais ainda<br>40 - Divertimo-nos mais<br>42 - O momento de me abstrair dos<br>meus problemas.<br>43 - Divertir mais. | Experiências vividas<br>sob o efeito de<br>bebidas alcoólicas | Diversão      |

**Entrevista 2 (Participante 11)**

| <b>Experimentação (Categoria)</b>   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| 1 - Foi no secundário...<br>5 - 16 anos   | Idade   |                                    |
| 2 - Foi para o café   | Contexto situacional                                    | Local público                      |
| 3 - Bebemos Moscatel.   | Tipo de bebida  | Bebida fermentada                  |
| 4 - Um copo.  | Quantidade de bebida                                    | Objetiva                           |
| 34- Ficamos a pensar que éramos muito crescidas...  | Efeito experimentado                                    | Emancipação                        |
| <b>Percurso (Categoria)</b>   |   |                                    |
| 56 - Estamos a beber, eu estou bem e depois já não. Eu não consigo ter aquela não de chegar a um ponto e dizer que já não vou beber mais. Então evito chegar a esse ponto pois já não consigo voltar atrás...   | Esforços para lidar com o consumo                       | Manutenção da sensação de controlo |
| 24 - Bebo qualquer coisa a não ser se pegar no carro<br>54 - Não se sair á noite vou de transporte público...   | Estar exposto a riscos                                  | Condução                           |
| 32 - Conforme me afasto para vomitar os meus amigos fugiram (...) e o meu pai ajoelhou-se e disse “estás bonita... estás... Quando chegarmos a casa depois falamos” E estivemos uma semana sem falar...<br>33 - Fiquei triste por saber que ele ficou triste com aquilo que viu. Ele não se importa que tenhamos consumos de álcool desde que sem | Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas | Alteração do ambiente familiar     |

|  |                        |  |
|--|------------------------|--|
| excessos e sem fazer aquelas figuras que ele viu...  |                        |  |
| 34 - Estar a vomitar na rua  | Efeito experimental    | Mau estar físico                       |
| 40 - Foi assim que conheci o meu namorado... foi na semana académica ... só depois de bebermos é que metíamos conversa um com o outro... e agora namoramos.<br>41- Foi numa noite de copos que nos conhecemos. Não é uma história bonita para contarmos aos nossos filhos. | Efeito experimental    | Desinibição/ relação com o sexo oposto |
| 13 - Fui para a Universidade...<br>29 - O consumo com a família coincidiu com o início da vida académica (...) Sim..   | Acontecimentos de vida | Ingressar na universidade              |
| 38 - Estava sozinha e estava triste por fazer anos. Foi um episódio isolado.   | Contexto relacional    | Sozinha                                |
| 19 - Com os amigos da faculdade fazíamos jantares e começámos a beber vinho<br>39 - Bebo geralmente com amigos ou porque saímos ou porque fazemos jantares...  | Contexto relacional    | Amigos                                 |
| 20 - Às refeições bebemos todos...(pai, mãe, irmã e o meu namorado)  | Contexto relacional    | Família                                |

|   |                                   |                      |
|---|-----------------------------------|----------------------|
| 6 - Bebia no “Avante (...) foi aí que apanhei a primeira bebedeira<br>8 - Havia uma ou outra vez que se bebia no café<br>14 - Quando saíamos  | Contexto situacional              | Local público        |
| 17- Em jantares em casa   | Contexto situacional              | Habitação familiar   |
| 23 - Durante o dia (...) Não há ingestão de bebidas alcoólicas<br>24 - Se sair à noite bebo qualquer coisa<br>55 - Se vamos sair á noite está implícito o beber qualquer coisa com álcool.                                | Horário                           | Noturno              |
| 22 - Ao fim de semana é que acontecem os consumos   | Frequência                        | Fins de semana       |
| 31 - A minha mãe não acha piada... e diz “vejam lá se é preciso beber mais...”  | Esforços para lidar com o consumo | Crítica de terceiros |
| 9 - Moscatel<br>15 - Cerveja...<br>18 - Bebíamos vinho...<br>45 - Começamos no moscatel<br>46 - O vinho<br>52 - Antes bebíamos vinho com seven-up pois o vinho era muito mau...agora (...) vamos experimentando os vinhos | Tipo de bebida                    | Bebida fermentada    |
| 47 - As bebidas brancas...  | Tipo de bebida                    | Bebida destilada     |
| 21 - Bebemos 2 garrafas entre as 5 pessoas.<br>25 - “Bota a baixo”... isto era há 4 ou 5  | Quantidade de bebida              | Subjetiva            |

|  |                         |                    |
|--|-------------------------|--------------------|
| anos atrás.  |                         |                    |
| <b>Consumo actual (Categoria)</b>  |                         |                    |
| 26 - Vinho<br>29 - Bebo cerveja  | Tipo de bebida          | Bebida fermentada  |
| 31- Vodka  | Tipo de bebida          | Bebida destilada   |
| 35 - Falar muito... mais do que é normal<br>36 - Fico mais desinibida<br>37 - Mais facilmente meto conversa com pessoas que não conheço. | Efeito do experimentado | Socialização       |
| 28 - Nos bares...<br>30 - Na discoteca   | Contexto situacional    | Local público      |
| 27 - Refeição...   | Contexto situacional    | Habitação familiar |

### Entrevista 3 (Participante 3)

| <b>Experimentação (Categoria)</b>   |                        |                   |
|---|------------------------|-------------------|
| 3 - Já tens idade... já podes beber<br>5 - Doze ou treze, por aí...   | Idade                  |                   |
| 1- Foi em casa com os meus pais...  | Contexto Relacional    | Família           |
| 5 - Vinho com seven-up.   | Tipo de bebida         | Bebida fermentada |
| 4 - Um bocadinho  | Quantidade de consumo  | Subjetiva         |
| <b>Percurso (Categoria)</b>   |                        |                   |
| 52 - Tive uma atitude mais perigosa que foi fazer um bocado de estrada em cima de um tejadilho de um carro...foi um bom bocado... um carro cheio... porque ao lado ía um carro com outros amigos...   | Estar exposto a riscos | Condução          |
| 55 - E leva um toque nas costas e começa a vacilar em frente a um precipício... a uma ponte que leva para a praia com cerca de meio metro... até à areia. Começa a vacilar e caí... caí mas antes bate com a cabeça num pau que tinha as cordas e depois caí.                           | Estar exposto a riscos | Quedas            |
| 11 - Dia a seguir sentia-me mal...<br>12 - Foi ter ficado mal no dia seguinte<br>13 - Lembro-me que vomitei quando comi qualquer coisa vomitei. Não sei se vomitei na noite anterior mas acho que não<br>14 - Fiquei acabado... acabado não, não mal,...<br>50 - Há as que ficam chatas | Efeito experimentado   | Mau estar físico  |
| 47- Provocar confusões...   | Experiências           | Violência         |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas              |  |
| <p>15 - Fiquei alegre... tenho essa noção...</p> <p>35 - Beber porque era giro mas sem saber quais os efeitos que vêm a seguir.</p> <p>45 - É engraçado ver as figuras dos outros</p> <p>46 - Com alguma ingestão ter mais piada</p> <p>48 - Sem provocar confusões são engraçados e mais divertidos.</p>   | Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas | Diversão                               |
| <p>41 - Mas também é aquele fator desinibidor... talvez facilite qualquer coisa</p> <p>42 - Com o álcool eram facilitados os contactos com os outros (...) Sim, talvez</p> <p>43 - Os contactos com essa pessoa podiam ter acontecido sem ingestão de álcool... mas facilitou... mas facilitou...</p> <p>44 - Houve mais empatia, a pessoa ficou mais engraçada...</p> <p>49 - A pessoa fica mais desinibida, está mais criativa</p> <p>51 - Há outras que ficam mais engraçadas e desaparecem...(..) mas há um que vai para a conversa, há a miúda do canto esquerdo e pronto</p> <p>84 - Naquela situação facilitou uma aproximação</p> | Efeito experimentado                                    | Desinibição/ relação com o sexo oposto |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>83 - Álcool pode ser usado para isso?<br/>Para chamar a atenção?<br/>Sim talvez às vezes há certas situações que sim</p>   | <p>Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Comportamento apelativo</p>             |
| <p>57 - Agora também acontecia na noite anterior exceder-me e pensar no dia seguinte que era um disparate, não devia ter acontecido (...) Há sempre o sentimento de culpa por fazer mal a mim mesmo.</p>  | <p>Culpa</p>   | <p>Esforços para lidar com os consumos</p> |
| <p>8 - Amigos mais velhos que já consumiam e que tenham dado a provar.<br/>11 - Foram os amigos que incentivaram a experimentar (...)<br/>Sim... Sim<br/>36 - O grupo todo bebia com algumas exceções... as miúdas não bebiam e havia um amigo ou outro que também não bebia.<br/>37 - Mais novos não eram tão bem aceites (...) dizíamos “faz só uma saúde com a malta”, mas nunca foram postos de parte por isso.</p> | <p>Contexto relacional</p>                                     | <p>Amigos</p>                              |
| <p>7 - Mais tarde numa festa com treze ou quatorze anos<br/>16 - Era Verão... Todos numa festa...<br/>21 - Não bebia antes de entrar na discoteca<br/>25 - A jantar antes de ir a algum lado. Jantar com bar aberto normalmente...<br/>26 - Depois ir para algum sítio beber mais alguma coisa...</p>   | <p>Contexto situacional</p>                                    | <p>Locais públicos</p>                     |

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| 33 - Vai ter ao bar onde bebe   |                                    |  |
| 18 - Quando saía... mas não saía assim tanto... talvez quando saísse (...)<br>Quando saía á noite bebia   | Horário                            | Noturno                                |
| 86 - Em relação a mim e á minha forma de ver as coisa pode ter facilitado muito esta noção de “já chega”, socialmente já bebemos, “já estamos bem”, vamos para algum lado para divertir   | Esforços para lidar com os consumo | Manutenção da sensação de controlo     |
| 87 - Meu pai ter bebido um bocadinho há uns anos... quando se separou (um divórcio que não foi fácil) (...) Ele terá bebido um bocadinho demais . E eu estava em cima e eu chateei-me muitas vezes e chateei-me e pronto...<br>88 -se na altura eu critiquei muito não era essa a linha que quero tomar... acho que é muito essa consciência apesar de ser uma coisa mais intrínseca. | Esforços para lidar com o consumo  | Atribuição de influência de familiares |
| 80 - Alguma vez se sentiu criticado?<br>Já provavelmente de uma forma errada<br>81 - Então já houve talvez comentários, talvez minto... já houve e o comentário está lá ...<br>82 - Tenho amigos que gostam de ouvir que estão “tocados” e que já tinham bebido mas eu nunca gostei...  | Esforços para lidar com o consumo  | Crítica terceiros                      |
| 20 - Mais umas imperiais...<br>30 - Cerveja e sangria...<br>40 - Vinho, cerveja, bebidas brancas menos  | Tipo de bebida                     | Bebida fermentada                      |

|  |                      |                     |
|--|----------------------|---------------------|
| 9 - Martininet<br>23 - Malibu com cola   | Tipo de bebida       | Bebida destilada    |
| 10 - É o único que tenha dado dois ou três goles<br>19 - Bebia um bocadinho mais, mas nada por aí além...<br>34 - 4 ou 5 imperiais e depois se sair pode beber mais 1 ou 2 bebidas<br>31 - 10 pessoas bebiam 5,6 jarros de sangria mais a cerveja...<br>39 - ½ garrafa de vinho ao longo de uma noite e depois ter bebido 3, 4 imperiais.<br>53- 1l de cerveja e mais 2, 3 ou 4... | Quantidade de bebida | Subjetiva           |
| 22 - Bebia as bebidas do cartão (...), duas bebidas...<br>32 - 6 copos de sangria  | Quantidade de bebida | Objetiva            |
| <b>Consumo actual (Categoria)</b>  |                      |                     |
| 61 - O vinho e a cerveja são preferidos...<br>67 - A amêndoa amarga, moscatel<br>77 - Hoje tem um beber diferente de quando experimentou vinho com seven-up e também diferente daquele que tinha no liceu? Sim, claro...   | Tipo de bebida       | Bebidas fermentadas |
| 62 - Bebidas brancas menos<br>64 - Um copo de whisky   | Tipo de bebida       | Bebida destilada    |
| 59 - Bebi ½ garrafa de vinho, depois 3 ou 4 imperiais e um copo de whisky.   | Quantidade de bebida | Subjetiva           |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>58 - Já ultrapassei. Aí sim, sinto claramente e aí paro</p> <p>60 - Mas com a noção de que já tinha ultrapassado o limite.</p>   | <p>Esforços para lidar com o consumo</p> | <p>Manutenção da sensação de controle</p> |
| <p>70 - Sair com o grupo de amigos e não beber (...) Sim, quando se leva carro.</p> <p>71 - Agora o carro tem sempre que calhar a alguém. Aí posso beber uma imperial.</p> <p>72 - Mas pode acontecer que quem leva o carro não cumpre e aí ou ficamos no carro a dormir</p> <p>73 - Vai-se de táxi e depois vai-se buscar o carro.</p> <p>74 - Mas nem sempre o suposto condutor largar o carro (...) acha que está bem e não larga o carro e é difícil demovê-lo.</p> <p>75 - É raro pois quem leva o carro não bebe</p> <p>76 - Está mal mas fala e acha que está bem (...) e mesmo assim pega no carro (...) Sim, sim às vezes...</p> | <p>Estar exposto a riscos</p>            | <p>Condução</p>                           |
| <p>78 - Não... não mas se calhar saiu à noite com mais frequência</p>   | <p>Horário</p>                           | <p>Noturno</p>                            |

**Entrevista 4 (Participante 13)**

| <b>Experimentação (Categoria)</b>  |   |                  |
|--|---|------------------|
| 1 - Tinha para aí 12 anos  | Idade   |                  |
| 21 - Foi com uma ex-cunhada. Saía com ela às vezes para ir a um bar. Não podia ir a discotecas mas eu ía.  | Contexto relacional                                     | Amigos           |
| 2 - Wisky...   | Tipo de bebida  | Bebida destilada |
| 6 - Não devia ser muito...<br>7 -Wisky é forte mas dois ou três copos.   | Quantidade de bebida                                    | Subjetiva        |
| 8 - Fiquei assim muito bêbeda...   | Comportamento apresentado sob efeito do álcool          | Mau estar físico |
| <b>Percurso (Categoria)</b>  |   |                  |
| 11 - Mas fiquei um bocado tonta e chegava a casa e dormia.<br>12 - Às vezes só ficava um bocado tonta<br>13 - Não... às vezes ficava a ver as coisas à roda . Era se calhar quando abusava mais.   | Efeito experimentado                                    | Mau estar físico |
| 33 - Sim uma vez subi para cima de um balcão... também conhecia as pessoas desse bar e caí para dentro do balcão... mas levantei-me logo... foi a mais marcante.<br>34 - Até hoje ainda se lembram, (...) mas já foi há vários anos, mas ainda hoje se lembram e às vezes dizem “vite a cair no balcão”... fico com um | Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas | Quedas           |

|  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| bocado de vergonha   |                                   |  |
| 9 - Ficamos diferentes;<br>10 - Sem tanta vergonha...ou...não sei...<br>32 - Sei lá...a dançar... a dançar fica mais maluca e faz assim parvoíces não sei...   | Efeito experimentado              | Desinibição                            |
| 20 - Eu saí da escola muito cedo porque tive o meu filho. Engravidei com 14 anos e saí da escola para aí com 13.   | Acontecimentos de vida            | Ser mãe                                |
| 25 - Retomou consumos? Depois de dar de mamar... mas também foi só um mês.   | Acontecimentos de vida            | Período de tempo sem consumos          |
| 35 - Como eu agora trabalho á noite também não... eu danço... sou bailarina em discotecas...<br>38 - Esse trabalho de bailarina é recente? Tem 4 anos.   | Acontecimentos de vida            | Início de atividade laboral            |
| 52 - O meu pai... mas teve um AVC e deixou de beber<br>53 - Ele antes chegava a casa e era sempre a discutir e essas coisas assim<br>54 - Foi complicado crescer nesse meio? Sim...<br>55 - Ele chegava sempre a discutir com a minha mãe, não dava atenção aos filhos, queria era estar no café e gastava o dinheiro todo no café. Eu não gosto de cafés... fiquei traumatizada<br>56 - Eu critiquei o meu pai e agora estou a fazer o mesmo... | Esforços para lidar com o consumo | Atribuição de influência de familiares |

|   |                                    |                      |
|---|------------------------------------|----------------------|
| 14 - Continuou a experimentar bebidas durante a noite? Sim  | Horário                            | Noturno              |
| 15 - Quando saía com as minhas amigas...<br>43 - Estava com as amigas   | Contexto relacional                | Amigos               |
| 44 - Ir ao bar, às “ <i>ladies night</i> ” que se tem as bebidas de borla e bebia mais.   | Contexto situacional               | Locais públicos      |
| 29 - Às vezes as amigas ou assim... “Bêbeda” ou assim... também digo... mas é brincadeira...<br>30 - Sim... às vezes... são brincadeiras parvas...  | Esforço para lidar com os consumos | Crítica de terceiros |
| 26 - Como deixei de beber whisky que é mais forte e passei a beber vodka, bebo mais um copo ou dois não sei...<br>28 - Bebia whisky puro? Não, com coca-cola. Nunca gostei de bebidas simples.  | Tipo de bebida                     | Bebida destilada     |
| 42 - Até este trabalho como bailarina tinha o consumo de 3 a 4 bebidas brancas numa noite? Mais, mais... (...), 44 - Era sempre mais vezes ir ao bar, às “ <i>ladies night</i> ” que se tem as bebidas de borla e bebia mais.                               | Quantidade de bebida               | Subjetiva            |
| <b>Consumo actual (Categoria)</b>   |                                    |                      |
| 15 - É tudo bebidas brancas, agora costuma ser vodka com laranja e groselha (...) sabe mais a sumo e não é tão forte como o whisky.<br>17 - Whisky já não bebo. Enjoei o whisky.<br>18 - Não gosto de vinho porque vinho dá-me sono (...) bebo um bocado de | Tipo de bebida                     | Bebidas destiladas   |

|  |                                 |  |
|--|---------------------------------|--|
| <p>vinho mas não aprecio muito.</p> <p>19 - E cerveja? (...) não aprecio...<br/>deixa-me um bocado inchada</p> <p>23 - Posso beber uma sangria mas não é muito</p>   |                                 |  |
| <p>40 - Dois ou três vodkas</p>  | <p>Quantidade de<br/>bebida</p> | <p>Objetiva</p>  |
| <p>22 - Não... durante o dia não</p> <p>24 - Sim, quando saio à noite.</p>   | <p>Horário</p>                  | <p>Noturno</p>   |
| <p>36 - Mas às vezes também bebo um bocado para... não sei, para aguentar, às vezes também é psicológico, aguento... penso que aguento mais...</p> <p>37 - É estar ali muitas horas e chega a uma altura que dá mais moleza se calhar temos que beber um bocado não sei...</p> | <p>Efeito<br/>experimentado</p> | <p>Alívio tensão /Suportar<br/>o horário de trabalho</p> |
| <p>44 - Gosto para estar a conviver</p> <p>50 - Desinibir mais</p>   | <p>Efeito<br/>experimentado</p> | <p>Desinibição</p>                                       |
| <p>4 - Na noite eu bebo sempre, normalmente sempre.</p> <p>5 - Eu também trabalho á noite e é por isso que eu bebo tanto... assim com mais frequência.</p>   | <p>Horário</p>                  | <p>Noturno</p>   |
| <p>45 - Bebe semanalmente? Sim, mais aos sábados</p>   | <p>Frequência</p>               | <p>Fins de semana</p>                                    |

## Entrevista 5 (Participante 1)

| <b>Experimentação (Categoria)</b>  |                      |                  |
|--|----------------------|------------------|
| 6 - Eu tinha 13,14 anos<br>30 - Este episódio foi aos 13 anos  | Idade                |                  |
| 1 - Pessoas mais velhas como o meu avô que diziam “bebe um gole”, “prova aqui uma cerveja” mas que não tiveram grande importância  | Contexto relacional  | Família          |
| 4 - Fomos para casa do meu amigo cedo  | Contexto relacional  | Amigos           |
| 3 - Fomos para casa de um colega que tinha uma prima com mais de 18 anos<br>37 - Estava na festa. (...) Como era o último dia de férias... comprámos umas luzes e umas colunas. Fizemos uma discoteca  | Contexto situacional | Casa de amigos   |
| 27 - Vodka, Pisangambom e safari   | Tipo de bebida       | Bebida destilada |
| 28 - Bebi 15 copinhos  | Quantidade de bebida | Objetiva         |
| 29 - Tiraram-me uma garrafa de safari da mão e eu estava a beber pela garrafa. Acabei por perder a noção da quantidade   | Quantidade de bebida | Subjetiva        |
| 5 - Por volta das 16h 30 min tive que voltar para casa... estava muito mal, uns colegas meus tiveram que me dar banho<br>7 - Os meus pais quando chegaram a casa, eu estava a vomitar na sanita e pronto, na altura disse que tinha batido com a cabeça, não sei se foi do álcool mas foi aquilo que me saiu<br>9 - Quando cheguei ao hospital ela | Efeito experimentado | Mau estar físico |

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| teve que lá passar uma noite comigo   |   |                                |
| 63 - Uma luta após a ingestão de bebidas alcoólicas? Não a outra pessoa sim... foi por causa do álcool  | Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas | Violência                      |
| 14 - Se calhar nunca lhe aconteceu ou não soube lidar tão bem com a situação, ela ficou chateada. Não me deixou sair de casa  | Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas | Alteração do ambiente familiar |
| <b>Percurso (Categoria)</b>   |   |                                |
| 60 - Quando sou eu a levar o carro não bebo<br>61 - Nas saídas também não convém beber tanto pois pode ser necessário conduzir outro carro.<br>62 - Tinha bebido uma cerveja em toda a noite e por isso achei melhor ser eu a levar o carro.              | Estar exposto a riscos                                  | Condução                       |
| 64 - Agora que a gente se lembra no dia seguinte o que fizemos na noite anterior muitas vezes só contado por outras pessoas que não consumiam álcool<br>65 - Às vezes dizem fizeste isto ou aquilo, oh pá não fiz nada... não acredito naquilo que fiz... | Efeito experimentado                                    | <i>Blackouts</i>               |
| 66 - Há sempre situações engraçadas... um caí, outro faz isto ou faz aquilo...<br>74 - Na altura pesa mais a piada que a partida vai ter do que os riscos. Que riscos?  | Experiências vividas sob efeito de bebidas alcoólicas   | Diversão                       |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>76 - Se calhar ninguém pensou... o que disse há pouco é que não há exagero em toda a gente mas nesta idade pesa mais a piada do que os riscos.</p>   |  |   |
| <p>91 - Se calhar pelos efeitos que provoca, pela alegria pela desinibição...</p>   | <p>Efeito experimentado</p>                                  | <p>Desinibição</p>                            |
| <p>67 - Há o cair.</p>  | <p>Experiências vividas sob efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Quedas</p>                                 |
| <p>68 - Há o dizer aos colegas quando estão mais bêbados dizer vai ali procurar leões... vai ali para o meio... muitas</p> <p>69 - Também um colega nosso numa festa em casa ficou embriagado. Na altura estávamos non verão e nós pegamos nele e metemos um colchão em que estava a dormir e metemos cá fora e quando acordou estava na rua... foi engraçada.</p> <p>70 - Comigo... também já me deixaram a dormir na praia...</p> | <p>Experiências vividas sob efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Perder orientação</p>                      |
| <p>15 - Por exemplo o meu padrinho que teve que fazer muitas cirurgias por causa do álcool.</p> <p>24 - Não ficava a vomitar nas festas de família. Bebia os seus copinhos ao almoço e jantar e nas festas exagerava um bocadinho</p> <p>26 - Tinha o seu trabalho e não bebia</p>  | <p>Esforços para lidar com o consumo</p>                     | <p>Atribuição de influência de familiares</p> |

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <p>durante o trabalho. Durante a semana bebia um copo ao jantar, ao almoço trabalhava mas que eram nessas festas que exagerava um bocadinho</p>   |  |                                 |
| <p>20 - Bebia um gole ou outro mas não se tornou um alcoólico nem nada. Nem nunca teve um episódio como eu tive. Sempre foi muito controlado.</p> <p>22 - Alcoólico (...) A minha ideia principal é uma pessoa que precisa do álcool para o seu bem-estar</p> <p>33 - Ou também a pensar... há passou um ano, já posso beber outra vez e na altura bebei dois copos não fiquei bêbado nem nada</p> <p>74 - Na altura pesa mais a piada que a partida vai ter do que os riscos. Que riscos?</p> <p>76 - Se calhar ninguém pensou... o que disse há pouco é que não há exagero em toda a gente mas nesta idade pesa mais a piada do que os riscos.</p> <p>85 - Se calhar... se beber a mesma quantidade, se calhar agora teria aguentado da melhor forma.</p> <p>86 - Sem grandes efeitos, sem ter de vomitar, por ter parado a digestão... foi logo assegurar à refeição ou pelo excesso de álcool</p> | <p>Esforços para lidar com o consumo</p> | <p>Racionalização</p>           |
| <p>39 - Agora com a faculdade pensava que ía ser ao contrário ... que ía ter mais festas que ía estar mais</p>  | <p>Acontecimentos de vida</p>            | <p>Ingresso na universidade</p> |

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <p>desafogado</p> <p>40 - Todos têm tempo para festas e eu praticamente não tenho tempo (...)</p> <p>tenho poucas festas</p>   |  |                                      |
| <p>11 - Durante um ano, saí com os meus colegas mas não tocava mesmo em nada.</p>  | <p>Acontecimentos de vida</p>            | <p>Período de tempo sem consumos</p> |
| <p>21 - Eu dizia não, não bebo, não quero, tenho medo de ficar mal.... E depois naquela altura aquilo que me aconteceu....</p>   | <p>Esforços para lidar com o consumo</p> | <p>Culpa</p>                         |
| <p>32 - Bebeu pela pressão dos amigos?</p> <p>Um bocado</p> <p>36 - Sim, eram na maioria mais velhos e outros da mesma idade</p> <p>90 - Bebi sempre com alguém ...</p>  | <p>Contexto relacional</p>               | <p>Amigos</p>                        |
| <p>71 - Tudo no verão e em férias.</p> <p>72 - É normalmente nas férias quando vamos passar 5 ou 6 dias numa casa no Algarve</p>   | <p>Contexto situacional</p>              | <p>Casa de amigos</p>                |
| <p>31 - Foi uma festa realizada na escola (...) conhecia muita gente dessa escola, não era a minha escola mas como conhecia muita gente mais velha dessa escola consegui ter acesso a essas bebidas alcoólicas.</p> <p>38 - Só assim em festas...</p> <p>44 - No secundário havia os três períodos. No final de cada um havia uma festa com bebidas brancas (...) e começámos a sair e o consumo de bebidas dependia dos conhecimentos que tínhamos na discoteca ou do</p> | <p>Contexto situacional</p>              | <p>Locais públicos</p>               |

|   |                                   |                   |
|---|-----------------------------------|-------------------|
| colega que oferecia bebidas.  |                                   |                   |
| 10 - Minha mãe estava muito desiludida comigo e não foi fácil   | Esforços para lidar com o consumo | Crítica terceiros |
| 42 - Nessa altura eram mais bebidas brancas, a vodka  | Tipo de bebida                    | Bebida destilada  |
| 45 - Mas também era à base de cerveja   | Tipo de bebida                    | Bebida fermentada |
| 32 - 2 ou 3 copos   | Quantidade de bebida              | Objetiva          |
| 44 - O consumo de bebidas dependia dos conhecimentos que tínhamos na discoteca ou do colega que oferecia bebidas  | Quantidade de bebida              | Subjetiva         |
| <b>Consumo actual (Categoria)</b>   |                                   |                   |
| 41- Quando bebo é mais á base de cervejas.  | Tipo de bebida                    | Bebida fermentada |
| 49 - Bebi 2 ou 3 copos de cerveja.<br>50 - 1 shot, uma bebida branca.<br>57 - Bebo duas cervejas que oferecem<br>58 - Se não pagar entrada não tenho direito às bebidas sou capaz de comprar uma cerveja.<br>89 - Bebo uma cerveja<br>80 - Bebi duas ou três cervejas | Quantidade de bebida              | Objetiva          |
| 51 - Na passagem de ano é capaz de ter sido uma garrafa de vodka.   | Quantidade de bebida              | Subjetiva         |
| 54 - Fico contente...   | Efeito experimentado              | Diversão          |
| 55 - Fico mais desinibido...  | Efeito experimentado              | Desinibição       |

|   |                             |                         |
|---|-----------------------------|-------------------------|
| <p>53 - Tonturas...</p> <p>56 - No dia seguinte é pior... E cada vez mais esses efeitos no dia seguinte são mais acentuados. A sede, a prostração duram um ou dois dias</p> <p>57 - As ressacas (...) Sim são mais acentuadas</p> | <p>Efeito experimentado</p> | <p>Mau estar físico</p> |
| <p>46 - Agora bebo em festas mas não bebo todos os dias</p> <p>54 - Se for para uma discoteca</p> <p>79 - Festa do calouro</p> <p>88 - Nos jantares de grupo</p>  | <p>Contexto situacional</p> | <p>Locais públicos</p>  |
| <p>47- Ou até mesmo com os meus familiares bebo uma cerveja ou outra...</p>   | <p>Contexto relacional</p>  | <p>Família</p>          |
| <p>77 - O grupo com que faz a ingestão de bebidas é o grupo com quem começou a beber? Sim...</p> <p>78 - Sim... mas também há ingestão de bebidas alcoólicas com o grupo da faculdade</p>   | <p>Contexto relacional</p>  | <p>Amigos</p>           |
| <p>48 - Mas não bebo todos os dias</p>  | <p>Frequência</p>           |                         |

## Entrevista 6 (Participante 10)

| <b>Experimentação (Categoria)</b>   |                                  |                                    |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 7 - 14 anos   | Idade                            |                                    |
| 4 - Foi numa festa no 9º ano  | Contexto situacional             | Local público                      |
| 5 - Eu bebi o chamado shot  | Tipo de bebida                   | Bebida destilada                   |
| 6 - Só bebi 1   | Quantidade de bebida             | Objetiva                           |
| 26 - Foi nesse dia que dei o meu primeiro beijo<br>28 - Acha que o shot a pode ter deixado mais desinibida? Sim...  | Efeito experimentado             | Desinibição                        |
| <b>Percurso (Categoria)</b>   |                                  |                                    |
| 16 - Começo a sentir que vou ficar tonta e paro.<br>35 - Notei que fiquei tonta e aí parei de beber...  | Esforço para lidar com o consumo | Manutenção da sensação de controlo |
| 1 - Eu venho de uma geração de vinicultores.<br>2 - Eu desde pequena que aprendi a provar...não a beber mas a saborear vinho...<br>3 - Eu não bebo às refeições nem regularmente<br>35 - Quando estávamos sentados a beber e não nos mexemos o efeito não é medido, fui bebendo, bebendo e quando me levantei é que notei que fiquei tonta e aí parei de beber... quando vamos bebendo a taxa de alcoolémia vai | Esforço para lidar com o consumo | Racionalização                     |

|   |                        |                           |
|---|------------------------|---------------------------|
| aumentando por isso o efeito vai sendo maior  |                        |                           |
| 12 - Três anos depois quando vim para a faculdade, socialmente comecei outra vez a beber álcool   | Acontecimentos de vida | Ingressar na universidade |
| 24 - Cá em Lisboa sinto que as pessoas com quem me dou têm muito esse hábito. Ir para o bar ou discoteca e beber. A bebida é um hábito que está muito veiculado, muito social | Contexto situacional   | Locais públicos           |
| 21 - Eu só bebo quando saio com os amigos da faculdade  | Contexto relacional    | Amigos                    |
| <b>Consumo actual (Categoria)</b>   |                        |                           |
| 12 - Bebida branca<br>15 - Maliboo...<br>19 - Às vezes vodka ou com coca-cola ou sumo   | Tipo de bebida         | Bebida destilada          |
| 31 - Bebo sangria ou vinho  | Tipo de bebida         | Bebida fermentada         |
| 18 - Maliboo (...) mas preciso de 2 ou 3 copos<br>34 - 5,6 copos...   | Quantidade de bebida   | Objetiva                  |
| 35 - Acho que já cheguei a beber mais... mas não os contabilizei  | Quantidade de bebida   | Subjetiva                 |
| 22 - As saídas não são frequentes (...) são talvez de 3 em 3 meses ou de 4 em 4 meses   | Frequência             | Festas                    |
| 25 - Sim, nós ficamos bem dispostos.<br>33 - Quando é bebida branca fico mais bem disposta ...  | Efeito experimentado   | Diversão                  |
| 32 - Fico desinibida  | Efeito experimentado   | Desinibição               |
| 46 - Agora sair á noite para ir á discoteca   | Contexto               | Locais públicos           |

|   |                     |        |
|---|---------------------|--------|
| ou restaurantes nunca aconteceu... é um hábito vinculado (sair sem beber)                                       | situacional         |        |
| 40 - Eu consumo socialmente<br>47 - Por uma questão de afinidade... mas não é ... mas é a tal coisa de grupo... | Contexto relacional | Amigos |

**Entrevista 7 (Participante 207)**

| <b>Experimentação (Categoria)</b>   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <b>Unidades de registo</b>  | <b>Subcategoria</b>              | <b>Indicador</b>                                 |
| 1 - Tinha 11 anos   | Idade                            |  |
| 6 - Foi o meu cunhado   | Contexto relacional              | Amigos   |
| 7 - Festa   | Contexto situacional             | Local público                                    |
| 2 - Cocktail de frutas mas tinha champagne com álcool                           | Tipo de bebida                   | Bebida fermentada                                |
| 4 - Bebi um copo ou dois.   | Quantidade de bebida             | Nº de doses                                      |
| 24 - Ficava mais extrovertida, mais solta                                       | Efeito experimentado             | Desinibição /socialização                        |
| <b>Percurso (Categoria)</b>   |                                  |  |
| 32 - Mas quando bebo esqueço de parar...  | Esforço para lidar com o consumo | Manutenção da sensação de controle               |
| 33 - Não tenho controle chego a um ponto que é demasiado                        |                                  |  |
| 25 - Ficava mais extrovertida, mais solta... mesmo para dançar                  | Efeito experimentado             | Desinibição /socialização                        |
| 28 - Com a bebida fico muito solta.   |                                  |  |
| 26 - Ficava mais alegre   | Efeito experimentado             | Diversão   |
| 27 - Uma pessoa fica mais bem disposta  |                                  |  |
| 66 - Para aguentar o ritmo de trabalho, para receber mais uma gorjeta ou outra. | Efeito experimentado             | Alívio da tensão/ suportar o horário de trabalho |
| 67 - Para fazer mais um bocado de dinheiro bebia-se mais, muito mais...         |                                  |  |
| 81 - Eram 15h fui para casa porque não me estava a sentir bem                   | Efeito experimentado             | Mau estar físico                                 |

|  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <p>31 - Quando bebo num dia, no dia seguinte não posso sentir nem o cheiro da bebida.</p>  |  |                                       |
| <p>84 - Às vezes discutia com o meu marido, e chateávamo-nos e ouviam-se as discussões</p> <p>100 - A harmonia dentro de casa ... nem parece a mesma coisa...</p> <p>101 - O meu marido ficava tempos e tempos sem falar comigo quando bebia</p>   | <p>Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Alteração do ambiente familiar</p> |
| <p>8 - Depois aos 13 anos sai de casa para trabalhar em casa de uma senhora</p> <p>10 - Aos 15 anos (...) saí dessa casa e fui morar sozinha.</p> <p>11- Estudava durante o dia e trabalhava á noite</p> <p>35 - 22 anos a vida foi sempre a mesma... até vir para Portugal.</p> <p>40 - Comecei a trabalhar e a ter um bocado de dinheiro a mais e aí já bebia muito</p>                            | <p>Acontecimentos de vida</p>                                  | <p>Início de atividade laboral</p>    |
| <p>46 - Foi mãe pela primeira vez a que idade? Aos 24.</p> <p>50 - Durante a primeira gravidez aos 24 anos consumiu bebidas alcoólicas?</p> <p>Consumi álcool, bebi</p> <p>56 - O tempo entre a primeira gravidez e a outra quantos anos foram? Foram mais ou menos dois anos.</p> <p>57 - Bebia mas nem sempre com grandes intensidades</p> <p>59 - Durante a gravidez continua a consumir? Sim</p> | <p>Acontecimentos de vida</p>                                  | <p>Ser mãe</p>                        |

|  |                                  |                               |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| 61 - A diferença de idade entre o segundo filho e o 3º é de quanto tempo?<br>De 4 anos.  |                                  |                               |
| 60 - Durante a amamentação não...<br>69 - Entretanto engravida da terceira criança (...) apartir dos 4 meses, deixei de beber  | Acontecimentos de vida           | Período de tempo sem consumos |
| 29 - Nunca deixei de fazer as minhas coisas por causa da bebida.<br>30 - Também não é uma coisa que se faça todos os dias. Principalmente de manhã... nunca tive esse vício.<br>37 - Álcool nunca foi uma necessidade<br>39 - Sim, houve bebedeiras, houve bebedeiras... não de cair mas houve bebedeiras<br>79 - Tive uma falha... sai com uma pessoa que bebia e estava a tomar medicação... | Esforço para lidar com o consumo | Racionalização                |
| 19 - Bebia nas discotecas<br>43 - Sair das discotecas às 4h30 ou 5h e ir para os postos de gasolina comprar mais cervejas<br>44 - Íamos para a Feira do Relógio ao domingo.<br>45 - Não é habitual beber às refeições só em festas<br>63 - Porque trabalhava num bar, num café (...) tinha mais facilidade em beber e bebia muito mais.  | Contexto situacional             | Locais públicos               |
| 64 - À noite<br>76 - Mas às vezes saia a noite e bebia   | Horário                          | Noturno                       |
| 5 - Sim, com amigos  | Contexto                         | Relacional                    |

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 12- Arranjei um grupo de amigos e aí comecei a beber.   | relacional                       |  |
| 16 - Cervejas<br>52 - É a imperial e a cerveja  | Tipo de bebidas                  | Bebida fermentada                      |
| 15 - Caipirinha<br>17 - Vodkas<br>18 - Vodka com sumo de laranja  | Tipo de bebidas                  | Bebida destilada                       |
| 20 - 1 ou 2<br>21 - 3 no máximo por noite...<br>58 - Para aí umas 7 imperiais...<br>64 -10 imperiais numa noite   | Quantidade de bebida             | Objetiva                               |
| 14 - Não eram grandes intensidades, bebia demasiado<br>41- Já bebia muito...<br>42 - Uma garrafa de whisky ou duas num grupo de 4 pessoas<br>51- Nem muito, não eram grandes quantidades de álcool porque nunca foi whisky, as minhas bebidas são mais leves, não são bebidas pesadas | Quantidade de bebida             | Subjetiva                              |
| 22 - Só ao fim de semana<br>23 - A gente de sexta para sábado não saía porque normalmente trabalhava aos sábados.<br>53 - Não bebia todos os dias<br>54 - Sim, só ao fim de semana. Todos os dias não bebia   | Frequência                       | Fins de semana                         |
| 65 - Não, já não era só ao sábado. Já era praticamente dia sim, dia não   | Frequência                       | Dias de semana                         |
| 85 - O seu marido também bebe? Bebe mas não bebe como eu  | Esforço para lidar com o consumo | Atribuição da influência de familiares |

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| 85 - Bebe mas não bebe como eu...<br>86 - É não saber quando parar...   | Esforço para lidar com o consumo                        | Manutenção da sensação de controlo |
| 101 - O meu marido ficava tempos e tempos sem falar comigo quando bebia   | Esforço para lidar com o consumo                        | Crítica de terceiros               |
| <b>Consumo actual (Categoria)</b>   |   |                                    |
| 70 - Bebia uma imperial ou outra<br>92 - Nesse dia bebemos só vinho   | Tipo de bebida  | Bebida fermentada                  |
| 70 - Bebia uma imperial ou outra mas não bebia muito  | Quantidade de bebida                                    | Subjetiva                          |
| 75 - Não tinha necessidade de estar a consumir álcool.<br>76 - Mas às vezes saia a noite e bebia.   | Frequência  |                                    |
| 76 - Saia a noite   | Horário   | Noturno                            |
| 94 - Foi um episódio muito triste. Não consigo esquecer mas penso que este episódio me vai magoar para sempre<br>104 - Mas uma pessoa começa a pensar nas figuras que fazia...<br>105 - Se um homem é feio ir para casa a cambalear, uma mulher é horrível....<br>106 - E falar com pessoas á toa...<br>107 - Quando bebo, digo coisas que magoam | Esforço para lidar com o consumo                        | Culpa                              |
| 97 - Não consigo controlar-me, não consigo dizer que não...   | Esforço para lidar com o consumo                        | Manutenção da sensação de controlo |
| 71 - Havia um problema com a Protecção de menores...<br>72 - Era uma das exigências do acordo era que não houvesse consumos de álcool   | Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas | Problemas com a justiça            |

|   |                      |                 |
|---|----------------------|-----------------|
| 79 - Tive uma falha                           |                      |                 |
| 82 - E quase perdi os meus filhos na escola   |                      |                 |
| 83 - Daí tive problemas (Comissão de Menores) |                      |                 |
| 77 - Discotecas                               | Contexto situacional | Locais públicos |
| 80 - Fui almoçar com uma amiga                | Contexto relacional  | Amigos          |

### Entrevista 8 (Participante 9)

| <b>Experimentação (Categoria)</b>   |                      |                                 |
|---|----------------------|---------------------------------|
| 1 - Tinha 14 anos   | Idade                |                                 |
| 3 - Não, sei que era uma bebida branca mas não me recordo do que foi  | Tipo de bebida       | Bebida destilada                |
| 2 - Não gostava nada daquilo, como é óbvio, há bebidas que não prestam ...  | Efeito experimentado | Desagrado com o sabor da bebida |
| <b>Percurso (Categoria)</b>   |                      |                                 |
| 7- Sangria numa dessas feiras   | Tipo de bebida       | Bebida fermentada               |
| 12 - Foram shots...   | Tipo de bebida       | Bebida destilada                |
| 13 - Meia dúzia? Sim<br>8 - Bebi 2 ou 3 copos   | Quantidade de bebida | Objetiva                        |
| 28 - Quando estamos sob efeito do álcool conseguimos expressarmo-nos muito melhor.<br>29 - Mas sob efeito do álcool nem que seja ligeiramente conseguimos soltarmo-nos muito mais<br>30 - Conseguimos falar estabelecer comunicação que acho muito importante | Efeito experimentado | Desinibição/Socialização        |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>com amigas minhas...</p> <p>32 - Eu acho que sob o efeito do álcool ou que os efeitos, as acções não são tão bem ponderadas e conseguimos soltarmos mais nesse aspeto.</p>  |  |   |
| <p>33 - Ficar agressiva</p>  | <p>Experiências vividas sob efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Agressividade/Violência</p>            |
| <p>11 - A seguir a dor de cabeça...</p> <p>18 - Também sei que é muito prejudicial para nós</p>  | <p>Experiências vividas sob efeito de bebidas alcoólicas</p> | <p>Mau estar físico</p>                   |
| <p>38 - Tenho amigos que não podem beber e que gostam de sair aproveitamos e juntamos o útil ao agradável...</p> <p>39 - Ou colegas que estão a fazer antibiótico (...) decidimos quem leva o carro e esse não bebe.</p>   | <p>Estar exposto a riscos</p>                                | <p>Condução</p>                           |
| <p>62 - Pode chegar a cúmulo a que não querem chegar porque chegamos a um ponto que nos descontrolamos</p> <p>63 - Não temos a capacidade de raciocinar sobre os nossos actos.</p> <p>65 - A mim já me aconteceu várias vezes não conseguir parar, não saber quando parar.</p> <p>66 - Eu sei isso mas sei que não faço mal aos outros mesmo nesses casos que não consigo parar.</p> | <p>Esforço para lidar com o consumo</p>                      | <p>Manutenção da sensação de controlo</p> |
| <p>8 - Comecei a trabalhar à noite ainda tinha 15 anos</p>   | <p>Acontecimentos de vida</p>                                | <p>Início de atividade laboral</p>        |
| <p>14 - Depois vim para a faculdade não</p>  | <p>Acontecimentos</p>  | <p>Ingressar na</p>                       |

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
| <p>dava para conciliar</p> <p>16 - Na faculdade tenho continuado o ritmo de lá, são os convívios, há muitos convívios.</p>   | <p>de vida</p>                          | <p>Universidade</p>   |
| <p>5 - Não é que haja uma altura que seja ideal mas pronto é má altura pois o nosso paladar não está tão desenvolvido... penso eu... e não aceita tão bem as bebidas fortes</p> <p>40 - E fui praticamente obrigada a levar o carro... e podia ter ficado na dormir no carro mas não...</p> <p>53 - Não bebo para me divertir.</p> <p>56 - Não bebo sozinha.</p> <p>59 - Eu julgo que precisam de ajuda e de algo que substitua o prazer que a bebida lhes dá, julgo que seja o prazer...</p> <p>60 - São essas pessoas que não bebem apenas quando socializam com outras mas porque sentem necessidade de beber.</p> <p>61 - Não conseguem estar mais do que algumas horas sem beber um copo de álcool ou coisas do género</p> <p>64 - Eu acho que quem sabe beber, quem sabe que chega a um ponto e para, isso é uma coisa. Agora quem sabe que não consegue parar ou sabe que vai beber e fazer asneira são situações que são diferentes...</p> | <p>Esforço para lidar com o consumo</p> | <p>Racionalização</p> |
| <p>47 - Quando estou com algumas pessoas que sei que também bebem é muito mais fácil começar a beber...</p> <p>54 - Bebo quando estou com outro.</p>   | <p>Contexto relacional</p>              | <p>Amigos</p>         |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 55 - Bebo quando estou com alguém.   |   |  |
| 58 - Tenho um tio com esses problemas e isso sim acho um problema de alcoolismo é um vício   | Esforço para lidar com o consumo                        | Atribuição de influência de familiares |
| 46 - Crítica dos outros por beber? Sim... sim...<br>57- Claro que à colegas que criticam outros que não criticam.  | Esforço para lidar com o consumo                        | Crítica de terceiros                   |
| <b>Consumo actual (Categoria)</b>  |   |  |
| 23 - É mais cerveja, sangria<br>49 - Beber aquelas cervejas “tipo de rapariga”   | Tipo de bebida  | Bebida fermentada                      |
| 24 - Bebidas brancas   | Tipo de bebida  | Bebida destilada                       |
| 22 - No início do ano havia várias todas as semanas  | Frequência  | Semanal                                |
| 25 - Mas para aí 20 sangrias<br>38 - E pronto foi daquelas bebedeiras parvas de começar a beber á parva e pronto....<br>51 - Bebemos 2 ou 3 e ficamos por ali. | Quantidade de bebida                                    | Subjetiva                              |
| 52- Bebemos aquilo na socialização.  | Efeito experimentado                                    | Socialização                           |
| 27 - Não... estou a falar em convívios no bar da Escola<br>28 - Quando é em discotecas<br>36 - Discoteca   | Contexto situacional                                    | Locais públicos                        |
| 37- Encontrei amigos meus  | Contexto relacional                                     | Amigos                                 |
| 35 - Fiquei sem carta<br>42 - Todas as consequências deste acto sou eu que as vou assumir inclusive pagar a multa sou eu que a vou pagar do meu                | Experiências vividas sob o efeito de bebidas alcoólicas | Problemas com a Justiça                |

dinheiro...

45- Mas estou a sofrer as consequências  
disso, estou a sofrer e pronto...

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>dinheiro...</p> <p>45- Mas estou a sofrer as consequências<br/>disso, estou a sofrer e pronto...</p> |  |  |
|---|--|--|