

**Ana Patrícia Cardoso Rodrigues**

**Consumo de Bebidas Alcoólicas e Falsos Conceitos - Questões de  
Género numa População que Recorre aos Serviços da  
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
em Peso da Régua**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto, 2015**



**Ana Patrícia Cardoso Rodrigues**

**Consumo de Bebidas Alcoólicas e Falsos Conceitos - Questões de  
Género numa População que Recorre aos Serviços da  
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
em Peso da Régua**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto, 2015**

**Ana Patrícia Cardoso Rodrigues**

**Consumo de Bebidas Alcoólicas e Falsos Conceitos - Questões de  
Género numa População que Recorre aos Serviços da  
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
em Peso da Régua**

**Orientadora:** Professora Doutora Zélia Macedo Teixeira

Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Clínica e da Saúde.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Porto, 2015**

*“O álcool não faz as pessoas fazerem melhor as coisas; ele faz com que elas fiquem menos envergonhadas de fazê-las mal”.*

William Osler

Com amor:

Ao meu marido, aos meus pais, ao meu irmão, por toda a felicidade,  
carinho, companheirismo...

## AGRADECIMENTOS

*“Há tanta suavidade em nada dizer e tudo entender”...*

Fernando Pessoa

À minha orientadora, Professora Doutora Zélia Teixeira, por ter novamente aceite o desafio da minha orientação, pela extrema competência e firmeza nos rumos do estudo, pela disponibilidade, motivação apoio, interesse, preocupação, sugestões e reflexões...

Ao Carlos, meu amor, pela compreensão especial, pelo carinho, atenção ao longo deste trabalho.

Aos meus pais e ao meu irmão, por terem sempre acreditado em mim, pelos valores que me transmitiram, pelo amor incondicional.

Às minhas colegas da Santa Casa da Misericórdia do Peso da Régua (Vera, Filipa, Sofia e Ana Luísa), pelo incentivo e disponibilidade demonstrados ao longo deste percurso, pela partilha de experiências.

À Enfermeira Eva Madeira, que nunca me deixou desistir...

Ao ACES I Douro Norte, em particular à Dr.<sup>a</sup> Maria José Lacerda, pelo interesse demonstrado e pela disponibilidade.

À diretora da Unidade de Cuidados Personalizados do Peso da Régua, Dr.<sup>a</sup> Rita Madeira e a todos os profissionais de saúde, bem como ao pessoal administrativo que permitiram o acesso aos utentes.

Aos utentes que participaram neste estudo.

A todos os que me ajudaram e que comigo conviveram e que, porventura, não tiveram os seus nomes nesta página, o meu sincero agradecimento.

A todos: muito obrigada!

## RESUMO

O presente estudo pretendeu caracterizar, numa população de 150 utentes que recorre aos serviços de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua, os consumos de bebidas alcoólicas (níveis de risco), os falsos conceitos associados ao uso de bebidas alcoólicas, tendo em linha de conta, entre outras, as questões de género. Pretendemos igualmente aceder, em 19 mulheres grávidas ou que já tinham sido mães, aos seus conhecimentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas na gravidez e amamentação. Para tal, recorremos a um estudo assente numa dimensão quantitativa com o objetivo de analisarmos a expressão das variáveis género, profissão, habilitações literárias, estado civil, idade de início de consumo, bebidas de eleição, número de bebidas alcoólicas ingeridas por dia, recorrendo a um questionário construído para o efeito; de registar a frequência de falsos conceitos (através do mesmo instrumento) e de níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas (através do instrumento de rastreio AUDIT); e, por fim, de relacionar os níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas e os falsos conceitos.

A abordagem qualitativa, assente na metodologia *Grounded Analysis* (Teoria sustentada nos dados), permitiu-nos obter uma compreensão alternativa quando pretendemos identificar conhecimentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas na gestação e amamentação nos 19 indivíduos do género feminino atrás referidos.

Em traços gerais, podemos concluir que os indivíduos que participaram no estudo têm uma baixa escolaridade e que a bebida alcoólica mais ingerida é o vinho. No que diz respeito aos resultados do AUDIT, a maioria dos participantes encontra-se no nível I (baixo risco) e, para além disso, não apresenta muitas crenças erróneas associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, o que vai ao encontro da literatura consultada. No que concerne às diferenças de género, só existem diferenças significativas relacionados com dois falsos conceitos com predominância do género masculino (“O álcool faz render melhor o trabalho”, e “quando bebo fico mais alerta”). Já para o falso conceito “o álcool pode passar para o bebé através do leite materno”, os resultados foram diferentes e com significado estatístico, ressaltando predominância do género feminino.

Na análise qualitativa, concluímos que o número de mulheres que relata ter tido informação sobre o consumo de álcool na gravidez e amamentação, tanto em contexto de saúde como através da comunicação social, é bastante superficial e lata.

Os resultados obtidos nesta dissertação demonstram a importância da prevenção e informação sobre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Palavras-chaves: Álcool; Níveis de risco; Falsos conceitos; Questões de género; Gravidez e amamentação.

## ABSTRACT

The present study intended to characterize, in a population of 150 users that resorts to the Personalized Health Care services in Peso da Régua, the consumption of alcoholic drinks (risk levels), the false concepts associated to the use of alcoholic drinks, taking into account, amongst others, the questions of gender. It was also intended to access, in 19 women who were pregnant or who had already been mothers, their knowledge on the consumption of alcoholic drinks during pregnancy and breastfeeding. To do so we resorted to a study based on a quantitative dimension, using a questionnaire built for the effect, with the objective of analysing the expression of the variables gender, profession, academic qualifications, marital status, the age of the beginning of consumption, preferred drinks, the number of alcoholic drinks ingested a day; the registry of the frequency of false concepts (using the same instrument) and risk levels of alcoholic drinks consumption (through Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT); and finally, making a list of the risk levels of alcoholic drinks consumption and of the false concepts.

The qualitative approach, based on the Grounded Analysis methodology (data supported Theory) allowed to us to obtain an alternative understanding when we intend to identify knowledge on the consumption of alcoholic drinks during pregnancy and breastfeeding in above mentioned 19 subjects.

In general, we can conclude that the individuals who participated in the study have a poor schooling/academic qualifications, and that the most ingested alcoholic drink is wine. As to what concerns the results of AUDIT, most of the participants are at level I (low risk) and, besides that, they do not present many erroneous beliefs associated to alcoholic drinks consumption, which goes against the literature reviewed. As to gender differences, they are statistically significant in relation to two false concepts, with predominance of the male gender (“Alcohol improves performance at work”, and “I am more alert when I drink”). As far as the false concept “alcohol transfer to the baby through the mother’s milk” the results were different and statistically significant, emphasizing the predominance of female gender.

Through qualitative analysis we concluded that the number of women reporting they had information on alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding is residual, either in health care context or through the media, is quite superficial and diffuse.

The results obtained demonstrate the importance of prevention and information about the excessive consumption of alcoholic drinks.

Word-keys: Alcohol; Risk levels; False concepts; Gender questions; Pregnancy and breastfeeding.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
<b>1 - ALCOOLISMO.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 - Breve introdução sobre o alcoolismo: Perspetiva histórica .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 - Alcoolismo e problemas ligados ao álcool em Portugal .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 - Mortalidade e morbilidade devido ao álcool.....	14
1.2.2 - Conceito das unidades de bebida padrão.....	17
1.2.3 - Conceito <i>Binge drinking</i> .....	19
1.2.4 - Consumo e diferenças de género.....	20
<b>1.3 - Modelos de conceptualização teórica do alcoolismo .....</b>	<b>22</b>
1.3.1 - O modelo moral .....	23
1.3.2 - O modelo da “doença” .....	23
1.3.3 - O modelo social .....	24
<b>1.4 - Abordagens psicológicas.....</b>	<b>24</b>
1.4.1 - O modelo psicanalítico .....	24
1.4.2 - O modelo sintomático.....	25
1.4.3 - O modelo cognitivo-comportamental.....	25
<b>1.5 - Álcool e falsos conceitos.....</b>	<b>26</b>
<b>2 - ÁLCOOL E CONSUMOS NO FEMININO .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 - Álcool na gravidez e amamentação .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 - Consequências do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez.....</b>	<b>38</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>44</b>
<b>1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>45</b>
<b>2 - MÉTODO .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1 - Caracterização da amostra .....</b>	<b>48</b>
2.1.1 - Recolha e análise estatística dos dados.....	48
<b>2.2 - Procedimentos .....</b>	<b>50</b>
2.2.1 - Instrumentos de avaliação.....	50
2.2.2 - Recolha e análise estatística dos dados.....	51
<b>3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1 - Apresentação dos resultados quantitativos .....</b>	<b>53</b>

3.1.1 - Caracterização da amostra (dados sociodemográficos) .....	53
3.1.2 - Caracterização da amostra (dados de consumo) .....	55
3.1.3 - Resultados dos níveis de risco (AUDIT) .....	59
3.1.4 - Resultados do questionário relativos aos falsos conceitos sobre o álcool ....	59
3.1.5 - Níveis de risco e falsos conceitos sobre o álcool .....	60
3.1.6 - Diferenças de género e o AUDIT (níveis de risco) .....	75
3.1.7 - Diferenças de género e falsos conceitos sobre o álcool .....	76
<b>3.2 - Apresentação dos resultados qualitativos .....</b>	<b>80</b>
3.2.1 - Caracterização da amostra (dados sociodemográficos) .....	81
3.2.2 - Apresentação dos resultados das quatro questões que constituíam a entrevista .....	81
3.2.2.1 - Discurso do grupo.....	85
<b>4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>86</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>
<b>Anexo I - Consentimento Informado.....</b>	<b>105</b>
<b>Anexo II - Questionário.....</b>	<b>107</b>
<b>Anexo III - Tabelas dos resultados quantitativos.....</b>	<b>114</b>
<b>Anexo IV - Tabelas dos resultados qualitativos.....</b>	<b>123</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Bebidas alcoólicas e diferentes graduações.....	18
<b>Figura 2</b> - Unidade de bebida padrão.....	22

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Modelos explicativos para o consumo.....	22
<b>Tabela 2</b> - Resultados referentes à situação profissional.....	55
<b>Tabela 3</b> - Resultados referentes a bebidas de eleição .....	55
<b>Tabela 4</b> - Resultados referentes à idade de início de consumo.....	55
<b>Tabela 5</b> - Resultados referentes ao número de copos de bebidas alcoólicas que ingere por dia .....	56
<b>Tabela 6</b> - Resultados referentes ao consumo de outras substâncias .....	56
<b>Tabela 7</b> - Resultados referentes às substâncias específicas de consumo .....	56
<b>Tabela 8</b> - Resultados referentes à existência de familiares com PLA.....	56
<b>Tabela 9</b> - Resultados referentes aos familiares específicos relacionados com o consumo de álcool.....	57
<b>Tabela 10</b> - Resultados referentes aos problemas de sinistralidade relacionados com o consumo de álcool.....	57
<b>Tabela 11</b> - Resultados referentes ao tipo de sinistralidade relacionado com o consumo de álcool .....	57
<b>Tabela 12</b> - Resultados referentes à existência de problemas com a justiça relacionados com o consumo de álcool .....	58
<b>Tabela 13</b> - Resultados referentes aos problemas específicos com a justiça relacionados com o consumo de álcool .....	58
<b>Tabela 14</b> - Resultados referentes à ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez .....	58
<b>Tabela 15</b> - Resultados referentes ao tempo de ingestão de bebidas alcoólicas .....	58
<b>Tabela 16</b> - Resultados referentes à ingestão de bebidas alcoólicas durante o período de amamentação .....	58
<b>Tabela 17</b> - Resultados referentes ao tempo de ingestão de bebidas alcoólicas durante o período de amamentação .....	59
<b>Tabela 18</b> - Resultados obtidos com o AUDIT.....	59
<b>Tabela 19</b> - Falsos conceitos relacionados com o consumo de álcool .....	60
<b>Tabela 20</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool dá força” .....	60
<b>Tabela 21</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool dá força” .....	61
<b>Tabela 22</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool alimenta”.....	61
<b>Tabela 23</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool alimenta” .....	62
<b>Tabela 24</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais bem-disposto”.....	62

<b>Tabela 25</b> - Níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais bem disposto” .....	63
<b>Tabela 26</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o álcool ajuda-me a sentir mais homem/mulher” .....	63
<b>Tabela 27</b> - Níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o álcool ajuda-me a sentir mais homem/mulher” .....	64
<b>Tabela 28</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido” .....	64
<b>Tabela 29</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido” .....	65
<b>Tabela 30</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor” .....	65
<b>Tabela 31</b> - Níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor” .....	66
<b>Tabela 32</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool mata a sede” .....	66
<b>Tabela 33</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool mata a sede” .....	67
<b>Tabela 34</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool ajuda a digestão” .....	67
<b>Tabela 35</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool ajuda a digestão” .....	68
<b>Tabela 36</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool é um medicamento” .....	68
<b>Tabela 37</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool é um alimento” .....	69
<b>Tabela 38</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber gosto mais de mim” .....	69
<b>Tabela 39</b> - Níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber gosto mais de mim” .....	70
<b>Tabela 40</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta” .....	70
<b>Tabela 41</b> - Níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta” .....	71
<b>Tabela 42</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool inspira-me” .....	71
<b>Tabela 43</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool inspira-me” .....	72
<b>Tabela 44</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer” .....	72
<b>Tabela 45</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer” .....	73

<b>Tabela 46</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação” .....	73
<b>Tabela 47</b> - Níveis de risco o falso conceito “O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação” .....	74
<b>Tabela 48</b> - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno” .....	74
<b>Tabela 49</b> - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno” .....	75
<b>Tabela 50</b> - Testes do Qui-quadrado “Diferenças de género e níveis de risco” .....	75
<b>Tabela 51</b> - Níveis de risco e género .....	76
<b>Tabela 52</b> - Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor” .....	77
<b>Tabela 53</b> - Diferenças de género e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor” .....	77
<b>Tabela 54</b> - Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta” .....	78
<b>Tabela 55</b> - Diferenças de género e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta” .....	79
<b>Tabela 56</b> - Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno” .....	80
<b>Tabela 57</b> - Diferenças de género e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno” .....	80
<b>Tabela 58</b> - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1. Durante o período de gestação, teve informação específica sobre o consumo de bebidas alcoólicas na gravidez e aleitamento? (Que recorda dessas informações?).....	82
<b>Tabela 59</b> - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2. Em que situação é que recebeu informação relacionada com o consumo de álcool na gravidez e aleitamento?.....	83
<b>Tabela 60</b> - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3. Foi informação nova ou já tinha esses conhecimentos? .....	84
<b>Tabela 61</b> - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4. Em que outras situações se recorda de ter ouvido falar sobre álcool e gravidez.....	85

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Género .....	53
<b>Gráfico 2</b> - Escalões etários .....	54
<b>Gráfico 3</b> - Estado civil .....	54
<b>Gráfico 4</b> - Habilitações literárias .....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- a.C. - antes de Cristo
- APA - American Psychiatric Association
- AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*
- CC - Categoria Central
- CI - Categoria Intermédia
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- DEAF - Desordens do Espectro Alcoólico Fetal
- DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- Hab. - habitantes
- IDT - Instituto da Droga e Toxicoddependência
- NIAAA - National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PLA - Problemas Ligados ao Álcool
- PNRPLA - Plano Nacional de Redução de Problemas Ligados ao Álcool
- SFA - Síndrome Fetal Alcoólico
- SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
- SPSS - *Statistical Package for the Social Science*
- TEFA - Transtorno do Espectro Fetal Alcoólico
- UE - União Europeia
- WHO - World Health Organization

# **INTRODUÇÃO**

Tendo em conta o contexto sociodemográfico e as características vitivinícolas da região onde se realiza o presente estudo, importa perceber os “consumos de bebidas alcoólicas e falsos conceitos - questões de género numa população que recorre aos serviços da Unidade de Cuidados Personalizados em Peso da Régua”, uma vez que os cuidados de saúde primários se apresentam como uma das melhores opções para o rastreamento do uso excessivo de álcool, além de ser um campo oportuno para o desenvolvimento de ações preventivas voltadas para o consumo de álcool. O recurso ao álcool possui raízes históricas e culturais que atravessam todos os períodos da história das civilizações. Os problemas relacionados com o abuso e dependência do álcool estão presentes na história desde que se iniciou o consumo por motivos recreativos, lúdicos ou de carácter religioso. O significado e o sentido que se atribui ao consumo conseguem determinar a relação estabelecida entre o indivíduo e o grupo em que este está inserido.

Muitos fatores podem contribuir para o desenvolvimento dos problemas relacionados com o álcool, nomeadamente o desconhecimento dos limites aceitáveis quando se consome e dos riscos associados ao consumo excessivo, a frequência e as circunstâncias, podendo provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. O consumo inadequado de álcool, especialmente nas sociedades ocidentais, acarreta altos custos para a própria sociedade e envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (Breda, 2010).

Atualmente, o consumo de álcool é um dos principais fatores relacionados com a saúde dos indivíduos e da comunidade, e as suas consequências têm grande impacto tanto em termos de saúde como em termos sociais. Na União Europeia (UE), a ação recente sobre a política do álcool tem sido orientada pela Comissão Europeia para uma comunicação efetiva sobre uma estratégia para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool (World Health Organization [WHO], 2013).

A uniformização das tendências entre género, no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, principalmente nos grupos mais jovens, pode causar riscos importantes ou nocivos ao indivíduo. Entre elas, a situação de beber muito diariamente, repetidos episódios de intoxicação pelo álcool, beber de maneira que cause problemas físicos ou mentais e o ato de beber que resultará no futuro na dependência alcoólica.

O álcool é a causa de numerosas lesões, perturbações mentais e comportamentais, patologias gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, alterações imunológicas, problemas osteoarticulares, alterações reprodutivas e pré-natais. Da mesma forma que para os problemas sociais se verifica uma relação dose-efeito no risco de ocorrência de problemas individuais sem que se tenha encontrado evidência da existência de um efeito limiar, ou seja, quanto maior for o consumo alcoólico maior o risco.

Para a UE e para Portugal, o consumo de álcool durante a gravidez é um das prioridades, pois consideram demasiado revelantes os efeitos do consumo de bebidas alcoólicas na gravidez nocivo no desenvolvimento pré-natal, assim como consequências futuras para a criança.

Após a pesquisa de estudos que incidam sobre esta área científica percebe-se que se trata de um tema atual, contudo, os estudos realizados no contexto onde foi realizado o presente estudo são escassos, tendo em conta o descrito anteriormente.

Numa investigação orientada pela finalidade do estudo, é importante definir objetivos, a fim de o investigador identificar os caminhos a seguir na realização da sua pesquisa. Assim definimos os objetivos; *i*) Caracterizar uma amostra de utentes (150) que recorram à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua de acordo com o instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) no que diz respeito aos consumos de bebidas alcoólicas e seus eventuais níveis de risco *ii*) Analisar a expressão das variáveis: género, profissão, habilitações literárias, estado civil, idade de início de consumo, bebidas de eleição, número de bebidas ingeridas por dia; *iii*) Analisar falsos conceitos associados aos níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas; *iv*) Relacionar os níveis de risco de consumo de bebidas e os falsos conceitos; *v*) Explorar conhecimentos e significados sobre consumo de álcool na gravidez e aleitamento.

A caracterização destes objetivos levou à organização desta investigação em dois grandes capítulos. A primeira, referente ao enquadramento teórico da temática, onde se fundamenta historicamente o alcoolismo, as suas causas, os modelos existentes, a mortalidade e morbidade, os falsos conceitos fazendo referência aos dados da UE e de Portugal, às diferenças de género e, em particular, ao consumo de bebidas alcoólicas no feminino, na gravidez e amamentação.

A segunda parte, que corresponde à investigação empírica, contempla os aspetos relativos à justificação do estudo, importância do estudo tendo em conta o contexto onde foi realizada a recolha de dados, os objetivos da presente investigação, as questões relacionadas com o método, com explicitação para o estudo de natureza quantitativa e qualitativa, a caracterização da amostra, definição das variáveis de estudo, os procedimentos éticos e estatísticos inerentes ao desenvolvimento do estudo e a descrição dos instrumentos de recolha de dados. Seguidamente apresentam-se os principais resultados quantitativos e qualitativos, consecutivamente se realizará a discussão dos resultados. Por fim, abordam-se as principais conclusões relativas ao estudo de natureza quantitativa e qualitativa.

**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1 - ALCOOLISMO

### 1.1 - Breve introdução sobre o alcoolismo: Perspetiva histórica

A investigação da história primitiva do álcool por arqueologistas e historiadores desenvolveu-se grandemente nos últimos anos. Isto não quer dizer que anteriormente se tenha ignorado a antiguidade do álcool, mas os estudos recentes têm sido mais sistemáticos e com o objetivo claro de desenvolver um conhecimento teórico acerca do álcool enquanto prática social (Dietler, 2006).

Existem elementos que permitem pensar que o Homem teve conhecimento dos efeitos do álcool provavelmente por volta do ano 30.000 a.C. (Cordeiro, 2002). Também no período paleolítico se encontraram vestígios do consumo de álcool (Goodwin 1981, *cit. in* Mello, Barrias e Breda, 2001). Admite-se que, neste período, o Homem tenha tomado conhecimento, de forma acidental, dos efeitos da ingestão do produto fermentado a que o mel, recolhido e armazenado em recipientes artesanais, dera origem. No período neolítico, a cerveja e o seu fabrico eram já do conhecimento do Homem (Mello, Barrias e Breda, 2001). As primeiras bebidas alcoólicas poderão ter sido produzidas a partir de bagas ou do mel e a vinificação terá tido origem, nas regiões selvagens do Médio Oriente (Blum, *cit. in* Hanson, 2007).

Embora os efeitos do álcool sejam conhecidos desde a antiguidade, estando transparentes nas obras literárias da época nomeadamente na Bíblia, onde se encontram mesmo numerosas referências à necessidade de os evitar, os fenómenos associados ao alcoolismo crónico eram então ignorados. Este desconhecimento deveu-se ao facto de o consumo destas substâncias ser tolerado, em especial entre as camadas mais cultas e abastadas da sociedade e entre as pessoas de mais idade (Dupont, 1997).

Só a embriaguez era referida entre as perturbações ligadas ao uso de bebidas alcoólicas. Parece provável que a proibição de Maomé do consumo de bebidas alcoólicas, que serviu para proteger do alcoolismo centenas de milhões de muçulmanos, estivesse relacionada com as primeiras descobertas de destilação do álcool (Dupont, 1997).

É histórico o tratado sobre Alcoolismo Crónico, publicado em 1851, por Magnus Huss, médico sueco, que refere pela primeira vez, o alcoolismo crónico como uma síndrome

autónoma, definindo-a como “uma forma de doença correspondendo a uma intoxicação crónica” e descrevendo “quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebidas alcoólicas” (Mello, Barrias e Breda, 2001, p. 13).

Nos anos 40, a escola americana de Jellinek alargou um pouco o conceito de alcoolismo, definindo-o como “...todo o uso de bebidas alcoólicas susceptível de causar prejuízo no indivíduo, na sociedade ou em ambos” (Mello, Barrias e Breda, 2001, p. 15).

Para Jellinek (1960), existiam vários tipos de bebedores problemáticos: o tipo alfa caracterizava-se por bebedores de excessivas quantidades de álcool, sem dependência física, dependência psíquica, desequilíbrio psíquico (ansiedade, depressão); o tipo beta caracterizava-se por lesões somáticas, sem dependência; o tipo gamma descrevia os indivíduos com dependência, perda de controlo, adaptação do metabolismo ao álcool, tolerância progressiva, existindo uma dependência física com síndrome de abstinência, sendo típica dos países anglo-saxões; o tipo delta caracterizava-se como uma adição similar ao tipo gamma, mas com incapacidade para a abstinência em lugar da perda de controlo que é típica dos países mediterrânicos. Por fim o tipo epsilon (“*bingers*”) é caracterizado por consumos periódicos e por temporadas de abstinência seguidas de consumos compulsivos.

Já Cloninger, Babor e outros autores, como Alonso-Fernandez, definiram a existência de dois tipos de alcoolismo (Paiva e Silva, 1995). O alcoolismo de tipo 1 está relacionado com o meio ambiente com início tardio (depois dos 25 anos), que apresenta menores consumos, existência de prolongados períodos de abstinência, ausência de delinquência na história familiar e com prevalência igual em ambos os sexos (Paiva e Silva, 1995).

O alcoolismo de tipo 2 está relacionado com o sexo masculino, tem início precoce (infância e adolescência), apresenta maiores consumos e está muitas das vezes associado a comportamentos de risco e à delinquência, sendo raros os períodos de abstinência. É o tipo mais grave de alcoolismo, onde a importância dos factores genéticos impõe um grande risco para o indivíduo (Paiva e Silva, 1995).

Pierre Fouquet, em 1955, ao fazer uma revisão de trabalhos sobre o assunto, concluía “(...) o conceito de alcoolismo, a sua patogenia, classificação nosográfica, seus

fundamentos, sua realidade (...) continuam a ser noções muito pouco claras” (Mello, Barrias e Breda., 2001, p.13).

O alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas engloba a totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se em vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com suas repercussões económicas, legais e “morais” (Organização Mundial de Saúde (OMS), 1980, *cit. in* Cordeiro, 2002).

Para a OMS, os alcoólicos são encarados como sendo “bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool parece acompanhar-se de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico” (Mello, Barrias e Breda, 2001, p.15).

Existem pois dificuldades em definir alcoolismo, o que se poderá dever ao facto de a doença possuir múltiplas variáveis etiológicas e um carácter multidimensional.

Roussaux, Kreit e Hers (2002) apresentam um modelo para as toxicomanias que tem como objetivo definir a doença dum ponto de vista triplo: o agente (o etanol), o hospedeiro (o indivíduo, com as suas características pessoais) e o meio (social, geográfico, climatérico...), mas não se poderá abordar a problemática do alcoolismo sem se referir ao agente, o etanol, que não é necessariamente patogénico. O etanol só poderá ser considerado patogénico a partir do momento em que este se torna essencial para o funcionamento do indivíduo, interferindo desta forma na sua vida. As bebidas alcoólicas possuem etanol, e este encontra-se em diversas concentrações, podendo estas bebidas ser agrupadas em fermentadas e destiladas.

Já Dupont (1997, *cit in* Nunes e Jóluskin, 2007) refere sete pontos que caracterizam, de forma sumária, o álcool: é a única droga que contém calorias, é a substância tóxica mais antiga e mais consumida do mundo, é tomado por via oral, é rapidamente absorvido e distribuído pelos tecidos orgânicos, é metabolizado em dióxido de carbono e água em poucas horas, é altamente danoso para a saúde quando consumido em doses elevadas e é provavelmente, ao mesmo tempo, o mais seguro e o mais nocivo tóxico do mundo.

Foi no ano 1953, com a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que a dependência de álcool passa a ser classificada como doença. Segundo a DSM-5 o consumo nocivo de bebidas alcoólicas é classificado como

Transtorno por Uso de Álcool (American Psychiatric Association [APA], 2014). Os critérios de diagnósticos baseados num período de 12 meses, são os que se seguem;

- A tolerância, definida pela necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou efeito desejado e/ou diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância;
- A abstinência, manifestada pelo síndrome de abstinência da substância e/ou a mesma substância é consumida para aliviar os sintomas de abstinência;
- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia;
- Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância;
- É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos;
- É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância;
- A utilização da substância é continuada apesar de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Segundo a classificação do DSM-5 (APA, 2014), o álcool é o depressor cerebral mais frequentemente utilizado e constitui uma considerável causa de morbidade e mortalidade. Refere ainda que, nos Estados Unidos, em alguma ocasião os indivíduos adultos (90% de homens e 30% de mulheres) apresentaram um ou mais acontecimento de vida adversos, relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Estes acontecimentos de vida estão relacionados com problemas de condução, faltas às aulas ou ao trabalho. No entanto, a maioria dos indivíduos não desenvolve um Transtorno por Uso de Álcool.

Face ao exposto e tendo em conta outras definições que se ficam a dever à OMS, Cordeiro (2002) destaca aquela que considera o alcoolismo como uma doença e o alcoólico como doente.

O termo “abuso de álcool” consiste num termo de âmbito geral, utilizado para qualquer nível de risco, desde o consumo de risco até à dependência do álcool.

Uma vez que o abuso de álcool pode provocar problemas clínicos sem que se verifique dependência, a Classificação Internacional de Doenças [CID – 10] introduziu a expressão “consumo nocivo” na sua terminologia. Esta categoria diz respeito a problemas clínicos ou relacionados, uma vez que o objetivo da CID-10 é classificar as doenças, os ferimentos e as causas de morte. O “consumo nocivo” é definido como um padrão de consumo de bebidas alcoólicas que já está a provocar danos na saúde com repercussões económicas legais e morais (OMS, 2000).

Roussaux, Kreit e Hers (2002) consideram que o alcoolismo é uma doença difícil de definir, acrescentando que o alcoolismo parece não fazer parte da “grande” psicopatologia, nem das neuroses nem das psicoses. A comunidade médica definiu o alcoolismo como sendo uma doença caracterizada por uma alteração importante, associada ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Neste sentido, Johnson (1980, *cit. in* Edwards, Marshall e Cook, 1999), refere que o alcoolismo é visto por alguns autores como uma doença crónica, progressiva e que se não for controlada pode tornar-se fatal.

Deste modo, segundo estes autores, as repercussões de um desadequado consumo de bebidas alcoólicas tem vindo a aumentar a panóplia dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA), que enquanto conceito com raízes cada vez mais fundas e alargadas se pode de uma forma geral, dividir em:

- a) PLA no indivíduo: efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool; consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool; efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias (ex: gravidez, aleitamento e menoridade).
- b) PLA na família do bebedor: perturbação da família e do lar do alcoólico; a descendência do alcoólico – crianças «filhas de alcoólicos» e suas perturbações.
- c) PLA no trabalho: diminuição de rendimento laboral; aumento do absentismo e acidentabilidade; reformas prematuras.

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

No que se refere aos custos dos PLA, Mello, Barrias e Breda (2001) referem que mundialmente são perdidos 58,3 milhões de anos de vida saudável por incapacidade e/ou morte prematura (DALYs<sup>1</sup>) devido ao consumo de álcool.

Em 2002, os dados do relatório mundial de saúde estimavam que 4% do peso global da doença é atribuído ao álcool, e pensa-se existir uma associação entre o consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças/danos (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2004).

Gomes (2010) refere que a saúde na UE 2000, nas últimas três décadas do século passado prestou atenção não só aos grandes consumidores mas também aos vários níveis de consumo de bebida, à distribuição do consumo na população total e às consequências sociais e mentais do abuso do álcool. O nível e os padrões de consumo, assim como o controlo da acessibilidade ao álcool são vistos como um problema de saúde pública. O álcool é um dos mais importantes determinantes da saúde da UE, sendo assim o momento apropriado para aprofundar a discussão sobre a promoção da saúde e prevenção da doença, devendo a prevenção do alcoolismo e o seu tratamento serem vistos na perspetiva da igualdade social e económica tanto a nível nacional como europeu.

De acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2011), estima-se que existam cerca de 2 biliões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões com transtornos diagnosticáveis devido ao uso do álcool. Numa perspetiva de saúde pública, a carga global relacionada com o consumo de álcool, em termos de morbilidade e mortalidade, é considerável em muitas partes do mundo.

A mortalidade associada ao álcool aumentou aproximadamente 15% entre 2000 e 2002, e representa atualmente 6,3% de todas as mortes na europa, sendo a população mais afetada a que se situa no grupo etário dos 15 aos 30 anos (WHO, 2005b).

---

<sup>1</sup> Os DALY (Disability Adjusted Life Years Lost) são uma medida comum de avaliação da carga da doença. Esta medida associa mortalidade em termos de anos perdidos (YLL – Years of Live Lost) por morte prematura com morbilidade em termos de anos de vida vividos com incapacidade (YLD – Years of Live in Disability) e mede a severidade da doença e a sua duração (WHO, 2005a).

O consumo de álcool é o principal fator de risco para uma maior incidência de doenças e de maior mortalidade em países em desenvolvimento e o terceiro maior fator de risco em países desenvolvidos. Só na Europa o consumo de álcool foi responsável por mais de 55.000 mortes entre os jovens dos 15-29 anos em 1999 (WHO, 2013).

## **1.2 - Alcoolismo e problemas ligados ao álcool em Portugal**

A UE é a região com maior consumo de álcool do mundo, embora os 11 litros de álcool puro bebidos por cada adulto em cada ano correspondam ainda assim um decréscimo significativo do pico de 15 litros em meados dos anos 70. Os últimos 40 anos também viram uma harmonização nos níveis de consumo na UE. Os aumentos na Europa central e do norte entre a década de 60 e 80, foram acompanhados por uma consistente descida na Europa do sul. O consumo médio atualmente na UE nunca esteve tão próximo do consumo da UE de 1995. A maior parte dos europeus bebem álcool, mas 55 milhões de adultos (15%) abstêm-se; tendo isto e o consumo não registado em conta, o consumo por bebedor chega aos 15 litros por ano. Quase metade deste álcool é consumido sob a forma de cerveja, com o resto dividido entre vinho (34%) e bebidas espirituosas (23%). Dos 15 países da UE, as áreas do norte e do centro bebem principalmente cerveja, enquanto as do sul da Europa bebem principalmente vinho (embora a Espanha possa ser uma exceção). Este é um fenómeno relativamente novo, tendo havido uma harmonização visível ao longo dos últimos 40 anos. Cerca de 40% das ocasiões de consumo tem lugar na refeição da tarde/noite, embora na Europa do sul (Portugal) seja mais provável que se beba ao almoço do que em qualquer outra ocasião. Enquanto o nível diário de consumo mostra um gradiente do norte para o sul da Europa, o consumo frequente não-diário (isto é, o beber várias vezes ao longo da semana, mas não todos os dias) parece ser mais comum na Europa central (Anderson e Baumberg, 2006).

Portugal é um dos países da UE com maior taxa de consumo de bebidas alcoólicas e com maior prevalência de PLA, estimando-se que cerca de 10% da população apresente graves problemas relacionados com este consumo (Mello, Barrias e Breda, 2001). Deste modo, o alcoolismo representa a maior toxicod dependência nacional, com repercussões trágicas ao nível das taxas de morbilidade e mortalidade associado ao consumo patológico do álcool (Pombo, 2006).

Os fatores socioculturais, como a tradição vitivinícola de Portugal, os costumes e falsos conceitos transmitidos ao longo de gerações, que influenciam o comportamento e as atitudes em relação ao álcool, e o fácil acesso a bebidas alcoólicas desde muito cedo, podem ser alguns fatores etiológicos representativos da elevada alcoolização do país (Mello, Barrias e Breda, 2001).

A mortalidade por doenças relacionadas com o consumo de álcool, em Portugal, tem vindo a decrescer desde 1980. Em 1981, registou-se o valor máximo (176 óbitos/100 000 hab.) e em 2000 o valor mais baixo (66 óbitos/100 000 hab.). Em 1980, a mortalidade era duas vezes superior à registada no ano 2002.

De todas as consequências negativas do consumo de álcool, os comportamentos sociais desadequados como a violência, o suicídio e os acidentes de viação são os que constituem a parte mais visível do problema. Contudo, o consumo de álcool também está associado a efeitos positivos, por sua vez relacionados com as expectativas em relação aos efeitos do álcool, como a autodescoberta e a afetividade, a desinibição para interação social (Steele e Southwick, 1985, *cit. in* Rosa, 1999; Santana, 2003).

Na UE, o consumo de álcool atingiu um valor máximo no ano de 1974, com 12,5 litros *per capita* na UE-25 e 11,8 litros *per capita* na UE-15. Comparando o consumo de álcool puro entre Portugal e a UE, Portugal mostrou consumos inferiores à média da UE apenas nos anos de 1970, 1978, 1979 e 1980. Dados mais recentes, de 2002, apontam para consumos de álcool puro em Portugal superiores à média da UE, em 1,4 litros *per capita*.

Segundo dados da WHO (2005b), respeitantes ao ano de 2005, Portugal encontra-se no oitavo lugar no *ranking* mundial dos países com maior consumo de álcool puro (9,6) *per capita*, e no quarto a nível de consumo do vinho (42 L/ano), vigésimo terceiro ao nível do consumo de cerveja (58,7 L), e trigésimo ao nível de bebidas espirituosas (1,4 L).

Contudo, estes valores são os oficialmente declarados, mas se tivermos em conta a tradição vitivinícola e as produções caseiras não declaradas, certamente este número iria aumentar significativamente. No entanto, apesar de ser o Luxemburgo a ocupar o primeiro lugar da tabela do *ranking* mundial de consumo de álcool (12,6l), não nos podemos esquecer que uma grande parte da população deste país é constituída por emigrantes portugueses e seus descendentes (WHO, 2005b).

O consumo tradicional do álcool em Portugal foi numa grande parte assumido pelos homens, com uma enorme componente social e essencialmente protagonizado pelo vinho. O facto de ser um país com produtores mundiais de vinho e em certas regiões este servir de pagamento complementar do dia de trabalho, explica, em certa medida, que sejamos um dos maiores consumidores europeus de álcool *per capita* (Balsa, Vital e Pascueiro, 2011). Anteriormente, o âmbito de consumo de álcool alargou-se particularmente aos combinados, isto é, ao consumo de bebidas destiladas e à cerveja (Oliveira, 2001).

Atualmente são gastos 22 biliões de euros na saúde com problemas relacionados com o álcool e 24 biliões de euros em problemas relacionados com o crime, num total de 66 biliões de euros, enquanto a baixa produtividade associada ao álcool e relacionada com o absentismo, desemprego e morte prematura, tem um custo que ronda os 59 biliões de euros (WHO, 2010a).

Segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD, 2013), no que se refere ao álcool e à comparação dos dados das prevalências de consumo na população portuguesa entre 2001 e 2007, verifica-se a subida do consumo ao longo da vida na população geral; já no período de 2007 a 2012, regista-se uma tendência de diminuição de 5%, ou seja, os valores obtidos neste parâmetro em 2007 eram de 79,1% e em 2012 eram de 74,0%.

### 1.2.1 - Mortalidade e morbidade devido ao álcool

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas parece estar associado à elevada taxa de traumatismos (acidentes de aviação, acidentes de trabalho, quedas), violência, suicídio e doença crónica, e esse mesmo consumo estará ligado com as principais causas de morte, nomeadamente com as doenças cardiovasculares e oncológicas, acidentes de viação, suicídios, cirrose hepática, entre outras.

Em Portugal, o alcoolismo é a quarta causa de morte, de tal modo que, segundo Mello, Barrias e Breda (2001), em 1996 terão morrido 8.758 portugueses devido a problemas ligados ao álcool. Ezzati et al. (2002, *cit. in* Borges e Filho, 2005), estimam que em todo o mundo, no ano de 1990, tenham morrido, de causa direta, 75.000 pessoas devido ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Nos Estados Unidos, o alcoolismo é a doença

crónica que mais mata nas idades compreendidas entre os dezoito e os quarenta e quatro anos (Church, 2000, *cit. in* Borges e Filho, 2005). Ashworth et al. (1997, *cit. in* Borges e Filho, 2005), referem que no Reino Unido se estima que por ano morrem pelo menos 33.000 pessoas devido a PLA.

O consumo de bebidas alcoólicas é uma das principais causas de morte em acidentes de viação, estimando-se que seja a causa direta e principal de 45% dos acidentes mortais. Neste sentido, Marinho (2001, *cit. in* Borges e Filho, 2005), salienta que no período compreendido entre 1990 e 1999 terão falecido em Portugal, em acidentes de viação, 23.419 indivíduos, sendo que 10.614 teriam entre os quinze e os trinta e quatro anos de idade. No que se refere a outro tipo de acidentes, o álcool estará presente entre 25% a 30% das vítimas (Cordeiro, 2002; WHO, 2005c).

A incidência do alcoolismo na morbilidade que leva os alcoólicos aos hospitais gerais, rondará os 90% nas hepatopatias e cirrose, os 60% nas pancreopatias, e aqueles que parecem recorrer também com elevada frequência no caso dos acidentes vasculares cerebrais, nas doenças cardiovasculares e na doença oncológica (Cordeiro, 2002), de modo que estes doentes fazem em média cinco vezes mais internamentos do que a população em geral. A mortalidade por cirrose hepática poderá ser um indicador do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, no entanto, não deve ser encarada como um espelho fiel do que se passa a nível populacional, dado que para esta causa de morte contribuem também outros fatores (Cordeiro, 2002).

Um estudo que pretendia avaliar as relações existentes entre o alcoolismo e o suicídio em Portugal, no período entre 1931 e 1989, revelou que 20% dos suicídios do sexo masculino podem ser atribuídos ao abuso de álcool. Neste sentido, um aumento de um litro no consumo *per capita* parece produzir um aumento de 1,9% na taxa de suicídio masculino (Skog et al., 1998, *cit. in* Cordeiro, 2002). No entanto, o mesmo estudo conclui que não existe correlação significativa para o sexo feminino.

Neste estudo realizado, o consumo de vinho é maior em idades superiores aos 41 anos, no entanto, no distrito de Bragança encontramos uma prevalência superior de consumidores diários de bebidas alcoólicas, relativamente ao distrito de Vila Real (Vasconcelos-Raposo et al., 2006).

O número de óbitos registado devido ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas está relacionado, na opinião de Cordeiro (2002), com a quantidade de bebida ingerida. Durante a Segunda Guerra Mundial e após o racionamento alimentar imposto em França, houve um decréscimo de 80% na disponibilidade de bebidas alcoólicas. Um ano após o racionamento alimentar, o número de óbitos por cirrose diminuiu em 50%. O mesmo ter-se-á verificado em diferentes datas e em diferentes condições em países como a Inglaterra, a Dinamarca, a União Soviética, entre outros. Apesar de se aceitar que a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas pode ser prejudicial à saúde, alguns indivíduos parecem continuar a beber de uma forma preocupante. Esta situação atinge o seu auge nos dependentes alcoólicos que, apesar de todas as complicações que a ingestão acarreta para a sua saúde, leva alguns deles à morte (Cordeiro, 2002; Patrício, 2002).

Em resposta às altas taxas de morbidade e mortalidade devido ao álcool, o Comité Regional da OMS para a Europa tem liderado os esforços para conter os efeitos nocivos do álcool há mais de 20 anos. Em 1992, os Estados-Membros da OMS aprovaram a Plano de Ação Europeu para os PLA 1992-1999, tornando a região europeia a primeira região a desenvolver um plano de ação para abordar o uso nocivo do álcool. Este documento foi atualizado em 2000 pelo Plano de Ação Europeu para os PLA 2000-2010 e, em 2006, pelo quadro para a política de álcool na região europeia da OMS. A estratégia a nível do trabalho continua a ser uma prioridade para os Estados-Membros: em 2011, um novo plano de ação europeu para reduzir o uso nocivo do álcool 2012-2020 foi aprovado pelo Comité Regional da OMS para a Europa (WHO, 2013).

Na UE, mais de 90% das mortes atribuídas ao álcool líquido (número de mortes após subtrair-se os efeitos benéficos do álcool), está relacionado com a doença isquémica do coração, o acidente vascular cerebral isquémico e a diabetes como principais causas. Para além disso, o cancro, a cirrose hepática e as lesões (quedas) também estão associadas ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. A dimensão destas causas, em comparação com todas as mortes atribuídas ao álcool na UE foi estimada em 91,4 % do total, 92,4 % para os homens e 87,6% para as mulheres. Assim, a esmagadora maioria das mortes atribuídas ao álcool são devidos a essas três principais causas (Roerecke e Rehm, 2012).

Na UE, a ação recente sobre a política do álcool tem sido orientada pela Comissão Europeia para uma comunicação sobre uma estratégia para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool, que enfatiza cinco prioridades: *i*) proteção dos jovens, crianças; *ii*) mulheres grávidas, na redução das lesões e mortes por álcool relacionado acidentes de trânsito; *iii*) prevenir os efeitos nocivos do álcool nos adultos e reduzir o impacto negativo sobre o ambiente de trabalho; *iv*) informar, educar e conscientizar sobre o impacto do consumo nocivo e perigoso de álcool, e acerca de padrões de consumo adequados; *v*) desenvolver e manter uma base de dados comum a nível da UE (WHO, 2013).

O consumo de álcool diminuiu em algumas áreas da Europa ao longo das últimas décadas. Nestas áreas, os países estão atualmente a perceber que a mortalidade atribuída ao álcool diminuiu e as tendências de mortalidade mostram claramente a ligação entre a redução no consumo e a redução no número de mortes atribuídas ao álcool. No entanto, os níveis globais de mortes atribuídas ao álcool ainda são altos na europa, especialmente no grupo de países centro-leste e oriental, onde o consumo de álcool está a aumentar. Em princípio, todas as mortes atribuídas ao álcool são evitáveis, existindo indicações claras de que podem ser implementadas medidas políticas que poderiam diminuir acentuadamente a mortalidade atribuída ao álcool num período de tempo relativamente curto. A mais importante destas medidas será o aumento de impostos, diminuição da disponibilidade, proibição de publicidade e marketing, e um aumento das taxas de tratamento para pessoas com PLA (Rehm et al., 2013).

### 1.2.2 - Conceito das unidades de bebida padrão

Tal como referido anteriormente, o conteúdo de álcool de uma bebida depende da concentração alcoólica e do volume da bebida. Há uma grande variação na concentração de álcool das diversas bebidas conforme os países em que são fabricadas. Assim, e conforme os países, a cerveja pode conter entre 2% a 5% de álcool puro, os vinhos contêm entre 10% e 19% de álcool, os licores entre 24% e 90% (Mello, Barrias e Breda, 2001).

A ingestão de álcool provoca diversos efeitos que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora. Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade. Com o

passar do tempo, começam a aparecer os efeitos depressores como falta de coordenação motora, descontrolo e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo mesmo provocar o estado de coma (Álcool e o organismo, 1997).

Os efeitos do álcool variam de intensidade de acordo com as características pessoais. Por exemplo, uma pessoa habituada a consumir bebidas alcoólicas sentirá os efeitos do álcool com menor intensidade quando comparada com uma outra pessoa que não está habituada a beber. Um outro exemplo está relacionado com a estrutura física, pois uma pessoa com uma estrutura física de grande porte terá uma maior resistência aos efeitos do álcool (Álcool e o organismo, 1997).

Esta forma de cálculo das gramas de álcool foi substituída, nos últimos anos, pelo conceito de unidade-padrão (Babor et al., 2001), que consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida, diária ou semanalmente. Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados em Portugal para as diferentes bebidas comportam quantidade idêntica de álcool (Mello, Barrias e Breda, 2001), o que corresponde a uma unidade-bebida-padrão com cerca de 10 a 12 gramas de álcool puro. Este facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diária ou semanalmente.

Dado que as várias bebidas alcoólicas têm diferentes graduações, obviamente que elas podem fornecer ao organismo idênticas quantidades de álcool, se ingeridas em volumes diferentes, como representado na figura 1.



**Figura 1.** Bebidas alcoólicas e diferentes graduações (www.portaldasaude.pt)

### 1.2.3 - Conceito *Binge drinking*

A preocupação com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode ser datada de 1994, quando Henry Wechsler publicou um artigo no *Journal of the American Medical Association* onde descrevia os níveis de consumo dos estudantes universitários norte americanos (Wechsler et al., 1994). Foi neste artigo que, pela primeira vez, a academia se confrontou com uma nova versão do conceito de *binge drinking*. Para uma melhor compreensão deste conceito, importa referir que a versão do conceito avançada por Wechsler se refere ao padrão de consumo a que os estudantes do ensino superior aderiam e que se tipifica por ingerir, em espaços de tempo relativamente curtos, quantidades de álcool consideradas elevadas. Neste contexto, a variável tempo é importante, na medida em que na literatura tanto se refere ao consumo num só dia como num período mais alargado, como é o caso do fim de semana.

As mudanças relativas ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas repercutem-se ao nível dos ritos de passagem de adolescente para adulto. Assim, a adolescência é um período que se caracteriza por uma maior vulnerabilidade dos jovens às eventuais solicitações ambientais. Por um lado, os valores inerentes à economia de mercado encorajam o consumo de todo o tipo de produtos, por outro, não proporcionam iguais níveis de rendimento aos cidadãos. Desta forma, ficam criadas as condições para emergirem os conflitos com familiares e com os restantes agentes socioculturais, como são os amigos e os professores (Eccles et al., 2003; Moore et al., 2007).

Desde logo este conceito foi alvo de grande controvérsia, sendo o ponto de partida o facto de o conceito de *binge* ser utilizado na comunidade terapêutica com um significado diferente daquele que agora fora avançado. No entanto, o facto é que 14 anos depois o termo prevalece, havendo mesmo quem lhe reconheça vantagens (Wechsler e Nelson, 2001), assim como quem lhe seja particularmente crítico (De Jong, 2001; WHO, 2006). Como consequência desta preocupação, os presidentes das universidades americanas procuraram implementar um conjunto de programas cujo objetivo era promover hábitos de saúde nos seus estudantes.

Segundo Breda (2010), em Portugal, o padrão de consumo de bebidas alcoólicas tem vindo a mudar, com um decréscimo na prevalência de consumidores, acompanhado de uma mudança nas preferências das bebidas consumidas pelos jovens, que optam cada

vez mais por cerveja e bebidas destiladas, potenciando, assim, o padrão denominado de *Binge drinking*, jovens estes que têm vindo a igualar os consumos entre género, atualmente os indivíduos do género feminino mantêm consumos similares ao género masculino.

Nas últimas décadas, a mais significativa mudança nos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas principalmente pelos grupos mais novos, prende-se com o tipo de bebida alcoólica preferida. As novas marcas de produtos alcoólicos com elevado teor de etanol, sabores sofisticados e que utilizam imagens e publicidade com os quais os jovens se identificam estão em franca expansão, pelo que o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal tem vindo mudar, registando-se um decréscimo na prevalência de consumidores e uma mudança nas preferências das bebidas consumidas pelos grupos mais novos, que optam cada vez mais por cerveja e bebidas destiladas ingerindo várias doses num curto período de tempo (Breda, 2010).

#### 1.2.4 - Consumo e diferenças de género

As diferenças de género no uso de álcool começam principalmente nas áreas biológicas e socioculturais (Graham et al., 1998; Wilsnack et al., 2000). Biologicamente, a mesma quantidade de álcool consumida pela mulher e pelo homem de mesmo peso produzirá mais alta concentração de álcool no sangue na mulher. Há várias razões para esta diferença, inclusive o mais baixo volume de água no corpo das mulheres, diferenças nos níveis da enzima álcool desidrogenase (Frezza et al., 1990), metabolismo (NIAAA, 2000) e o papel desenvolvido pelas hormonas (Gavaler et al., 1993). Interagem com estas influências biológicas os fatores socioculturais nos comportamentos de beber que recentemente têm recebido considerável atenção na literatura (César, 2006).

Nas últimas décadas tem-se procurado generalizar a definição dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas, tendo em conta a dose ingerida (teor alcoólico) e a frequência de consumo. Várias definições foram estabelecidas, como consumo moderado, consumo de risco e consumo abusivo ou de uso esporádico até à dependência. O Center for Disease Control and Prevention, que monitoriza o consumo de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos desde 1995, estimou o consumo de pelo menos um copo nos últimos 30 dias, no que se refere ao consumo intenso (mais do um copo para a mulheres, para os homens mais do que dois copos por dia), ao consumo abusivo (inicialmente com quatro copos

para mulheres e cinco ou mais para homens) em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias. Atualmente, considera-se que cinco ou mais copos para ambos os sexos, conforme recomendação do NIAAA (2000), é considerado como consumo nocivo/dependência (WHO, 2010b).

As mulheres apresentam níveis de álcool no sangue mais elevados do que os homens depois de ingerirem doses iguais de etanol, por quilo de peso corporal. Isto pode dever-se ao facto de que existe um teor mais elevado de água corporal nos homens (55% a 65%) do que nas mulheres (45% a 55%). Como o etanol ingerido é distribuído através da água corporal total, uma dose padrão será menor diluído num indivíduo do género feminino do que no do género masculino porque tem mais tecido muscular (WHO, 2010b).

No que se refere aos copos utilizados, em Portugal são habitualmente usados para a ingestão das diferentes bebidas copos com idênticas quantidades de álcool (12 a 16 g de álcool, aproximadamente) (figura 2). Os perfis de consumo de bebidas alcoólicas apresentam pesos diferentes em função do género. Aos homens associa-se um perfil de consumo moderado e regular. Cerca de metade dos consumidores masculinos bebem frequentemente uma quantidade inferior a seis copos de bebida numa mesma ocasião (Ministério da Saúde, 2004, 2009).

Às mulheres está mais associado um consumo menos frequente: em paralelo com a abstinência, encontra-se um consumo igualmente moderado, embora realizado mais ocasionalmente. Aliás, esse consumo moderado irregular nas mulheres aumentou em dez pontos percentuais o seu peso face a 2001, devido a uma ligeira diminuição da abstinência e da percentagem, quer do consumo moderado regular. Na análise por género, o consumo abusivo regular (consumo em quantidades mais elevadas e realizado de forma regular) e associado maioritariamente ao género masculino, assim como uma percentagem superior nas mulheres comparativamente àquela que se regista para os homens (Ministério da Saúde, 2004, 2009).



Figura 2. Unidade de bebida padrão (www.portaldasaude.pt)

### 1.3 - Modelos de conceptualização teórica do alcoolismo

A problemática do alcoolismo tem vindo a ser investigada ao longo dos anos com o intuito de se chegar a um consenso acerca da sua etiologia. Contudo, apesar dos esforços das diversas áreas de intervenção, esse consenso apenas pode ser encontrado quando se admite que uma multiplicidade de fatores contribui para a explicação deste fenómeno. Assim, é de apontar que a etiologia bem como a intervenção do alcoolismo se dão ao nível biopsicossocial, abrangendo desta forma as três grandes áreas de desenvolvimento do indivíduo.

Para melhor se compreender a evolução deste conceito – biopsicossocial – iremos seguidamente descrever, de forma sucinta, o desenvolvimento da abordagem ao alcoolismo. Esta descrição teórica-temporal culminará com algumas das atuais abordagens da psicologia a esta problemática (Pillon e Luís, 2004), contempladas na tabela 1.

Tabela 1 - Modelos explicativos para o consumo

Modelos	Moral	Doença	Comportamento	Psicossocial
Etiologia	Fraqueza de carácter	Fatores biológicos possivelmente genéticos	Distúrbios do comportamento e da aprendizagem	Fatores ambientais e sociais
Objetivo do tratamento	Controlo do comportamento através do desencorajamento e punição	Abstinência para interromper a progressão da doença	Alternativas do comportamento e da aprendizagem ou incompatibilidade com o uso de substâncias	Melhorar o funcionamento social
Vantagens	Responsabilidade para mudar o uso escondido	Sem culpa ou punição	Sem culpa ou punição. O consumidor é responsável por novas aprendizagens	Fácil integração com outros modelos
Desvantagens	Punição	O indivíduo é isento da responsabilidade nas mudanças. Ignora os fatores psicológicos, culturais e ambientais	A tendência a ignorar que o uso excessivo do álcool afeta a personalidade do indivíduo	Mudanças nas situações sociais são suficientes para a recuperação

### 1.3.1 - O modelo moral

O modelo moral é uma das primeiras abordagens a esta problemática e assume uma posição claramente avaliativa e crítica.

Este modelo apresenta o ato de beber em excesso como pecaminoso, a sua natureza imoral emerge da falta de “força de vontade” que os alcoólicos tinham em controlar o seu consumo (Ellis et al., 1988, *cit. in* Teixeira, 2004). Deste modo, as consequências deste tipo de abordagem prendem-se com o aumento da culpa e vergonha pelo progresso do problema sem que se preveja uma solução para o mesmo, na medida em que uma força maior está em causa – a força de vontade. Por outro lado, uma das vantagens deste modelo é a atribuição ao sujeito da responsabilidade pelo seu problema, que em termos terapêuticos se traduz numa série de vantagens para a ultrapassagem à negação inicial do problema, facilitando a mudança de comportamento (Teixeira, 2004).

Ainda dentro deste modelo podemos encontrar duas variantes – o Modelo Legal e o Modelo Espiritual. O primeiro postula que o indivíduo tem capacidade de escolha para os seus comportamentos, e é portador da competência para os controlar, se fizer o esforço adequado. Na sequência deste pensamento, muitos dos encarceramentos e das práticas punitivas da época infligidas aos alcoólicos eram devidas à falta de esforço demonstrada pelos mesmos em controlar o seu comportamento (Teixeira, 2004).

A segunda variante deste modelo, a espiritual, é evidenciada pelo Movimento dos Alcoólicos Anónimos e algumas das suas variantes (AL-Anon, Al-Ateen) que se baseiam nos pressupostos dos doze passos (Teixeira, 2004).

### 1.3.2 - O modelo da “doença”

Este modelo, que perspetiva o alcoolismo como “doença”, é o mais abordado e difundido. É nos inícios do século XX que se começa a ponderar o alcoolismo como um problema médico e também psicológico, em que um suposto estado de alegria ou qualquer outra disfunção patológica estariam na base da obsessão pelo álcool (Teixeira, 2004), como é possível verificar nos escritos médicos de Jellinek (1960) e Sobell e Sobell (1977, *cit. in* Teixeira, 2004) que constataram a existência do alcoolismo segundo esta perspetiva, como um fenómeno unitário.

Esta definição possibilitou uma mudança de perspetiva na gestão da problemática do consumo de álcool, que passa de uma posição de regulação a promotora de cuidados, apossando-se de uma grande importância nos meios clínicos. Contudo, este modelo possui uma fragilidade que é o facto de absolver o bebedor da responsabilidade pelo seu comportamento e a minimização de outros fatores etiológicos e de manutenção do consumo, como é o caso dos fatores psicológicos, culturais e ambientais (Teixeira, 2004).

### 1.3.3 - O modelo social

Este modelo baseia-se nas teorias dedicadas à prevenção das consequências negativas do álcool, onde surgem conceitos como “integração social”, “controlo social informal” e “rede de suporte social”, que se revelaram muito importantes para a compreensão do alcoolismo ao nível social e mesmo individual (Teixeira, 2004).

Desta forma, segundo este modelo, o risco de alcoolismo é influenciado pelas normas sociais relativas ao consumo e por constrangimentos legais e económicos de acessibilidade ao álcool. Ou seja, tanto o abuso como o alcoolismo parecem constituir um problema social fortemente influenciado pela disponibilidade do álcool, pelos valores culturais, atitudes e por outros fatores que regulam o consumo (Teixeira, 2004).

## 1.4 - Abordagens psicológicas

É dentro do modelo do alcoolismo como doença que se inserem as abordagens psicológicas sobre esta problemática. Estas subdividem-se convergindo cada uma delas para uma de duas correntes da psicologia: a psicanalítica, a comportamentalista e esta última, por sua vez, faz emergir a cognitivo-comportamental.

### 1.4.1. O modelo psicanalítico

Neste modelo, o alcoolismo surge como um sintoma, é a “ponta visível do *iceberg*”, na medida em que o restante está escondido na dinâmica de funcionamento da personalidade (Saliba, 1982, *cit. in* Teixeira, 2004). O álcool funciona como um “substituto da sexualidade”, um meio de lutar contra a “depressão inicial” ou vencer a

“angústia de castração”, ou seja, o alcoolismo trata-se apenas de uma pequena dimensão do problema (Teixeira, 2004).

O abuso do álcool é uma forma de exteriorização de um conflito não resolvido, sendo o álcool o objeto de substituição de fácil acesso e cheio de qualidades (Teixeira, 2004).

#### 1.4.2 - O modelo sintomático

Nesta abordagem, o alcoolismo é considerado como um sintoma e não uma doença, na medida em que perturbações da personalidade estão sempre subjacentes (Lindstrom, 1992, *cit. in* Teixeira, 2004), ou seja, o alcoolismo não é a causa da doença, mas sim um sintoma de uma outra doença – perturbação de personalidade camuflada pelo álcool.

A grande vantagem desta abordagem prende-se com o facto de assumir a importância do diagnóstico e do tratamento dos problemas psicológicos e psiquiátricos que podem co-ocorrer. E, neste sentido, facilita a possibilidade de um duplo diagnóstico que pressupõe uma abordagem igualmente dupla ao alcoolismo e eventuais desordens psiquiátricas (Teixeira, 2004).

#### 1.4.3 - O modelo cognitivo-comportamental

Dentro da multiplicidade desta abordagem, há que salientar duas correntes teóricas que contribuíram fortemente para o seu desenvolvimento no domínio das adições: a perspectiva do autocontrolo de índole comportamental e as terapias cognitivas (Marlatt e Gordon, 1985; Beck et al., 1993).

A aplicação desta abordagem, que tem a sua génese nas teorias do condicionamento clássico de Pavlov, na problemática do alcoolismo tem sido cada vez mais amplificada (Teixeira, 2004).

As teorias cognitivas, baseadas no modelo da reestruturação cognitiva, enfatizam os processos internos do sujeito. Esta, por sua vez, é alicerçada em pressupostos semânticos que defendem que, citando Teixeira (2004, p. 84), “o organismo humano responde primordialmente às representações cognitivas sobre o seu meio e não directamente a este último”. Os pressupostos de interação recíproca também estão patentes nesta teoria, em que os pensamentos, sentimentos e comportamentos estão em

constante interação. Por último, o pressuposto das distorções cognitivas, que descreve os desequilíbrios psicológicos como fruto de distorções de pensamento, ou seja, por cognições mal adaptativas, como é o caso dos pensamentos irracionais, os pensamentos automáticos e as autoverbalizações inadequadas (Teixeira, 2004).

### **1.5 - Álcool e falsos conceitos**

O álcool, como qualquer substância psicoativa legal, é considerado como um lobo em pele de cordeiro (Zago, 1996). Segundo Duarte, Barrias e Moreira (1993, p. 4), existe uma forte relação entre o consumo de álcool e o povo português que se reflete em muitas tradições, falsos conceitos e ensinamentos traduzidos em provérbios e adágios direta ou indiretamente ligados ao álcool: “Quem tem vinho tem bom amigo”, “Antes embebedar que constipar”, “Pão e vinho levam o homem a bom caminho”, “A mulher e o vinho enganaram o mais fino”, “Quem do vinho é amigo, cedo está perdido”.

“O álcool é uma bebida consumida como alimento e às vezes como remédio e possui um rico significado simbólico quando usado em costumes e rituais sociais, culturais e religiosos” (Edwards, Marshall e Cook, 1999, p. 31). Estes autores afirmam ainda que este modelo é mais observado ao fim de semana e dias festivos, procurando os efeitos da embriaguez num padrão mais compulsivo.

O consumo de bebidas alcoólicas geralmente inicia-se em idades precoces, condicionado por questões socioculturais (analfabetismo), pela simbologia, dos maus hábitos alimentares, sobretudo nas zonas rurais em que o leite era substituído pelo vinho, o trabalho infantil e o próprio estímulo quer materno ou paterno atribuído especialmente ao sexo masculino pela simbologia que representa, pois “quem não bebe não é homem”. Estes fatores determinam um maior risco de consumo para o indivíduo e para a sociedade (Mello et al., 1988).

Pinto (1999) refere que já na Idade Média, o vinho assume importância espiritual, quando metaforizado como “O sangue de Cristo”. Na mitologia, podem encontrar-se referências ao vinho como substância divina que ainda hoje sobrevivem, em que o álcool era consumido para se afirmar a força e virilidade de quem o consumia.

O consumo de álcool é um valor cultural que muitos países possuem e, como cultura, faz parte de tudo aquilo que adquirimos ao longo da vida, e de que é difícil desfazermo-

nos, na sua totalidade ou em parte. Os costumes de sabor medieval, como molhar a chupeta no vinho para adormecer as crianças seria uma prática comum. No nosso país o consumo de álcool é uma prática, pois o importante é agradar, não parecer mal, fazer companhia, receber e ser aceite em festas, nos lutos, nos banquetes e em jejum, sendo o vinho entendido como símbolo de comunicação social de alegria de viver e de elixir virilizante. É um modelo social que molda a pessoa desde pequeno que, vendo beber, também bebe. Quem não segue este modelo pode ser mal aceite, transgride as tradições, os costumes, o código e a moral. Esta sociedade convida-nos, pois, a beber, mas quando fazemos parte da percentagem de indivíduos com dependência alcoólica a tendência é sermos rejeitados (Santos, 1999). O mesmo autor refere ainda que os fatores socioculturais, como a crise das estruturas sociais, o desmembramento da família e da sociedade consumista mascarada na publicidade, influenciam o consumo de álcool.

O padrão de consumo de vinho difere de região para região, no mesmo país, assim como de país para país. Isto deve-se ao papel que o mesmo desempenha nos sistemas culturais em que os indivíduos se inserem. Em países e regiões produtoras de vinho, provavelmente iremos assistir a um maior volume de consumo desta bebida. No entanto, com o desenvolvimento económico em curso e com os processos de homogeneização de valores, essa tendência tenderá a diminuir com a idade dos cidadãos, uma vez que, uma das consequências dessa homogeneização dos padrões comportamentais se constata ao nível da preferência que os jovens dão à cerveja, em detrimento do vinho. E esta é claramente, uma manifestação do processo de globalização (Bobo e Husten, 2000).

Devido às nossas características vitivinícolas, o vinho ocupa um lugar de destaque na alimentação e vida do ser humano (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Os hábitos, os costumes, as tradições, o uso e os “falsos conceitos” têm impregnado todo o esquema da vida do indivíduo, do grupo familiar e social, estimulando e mantendo um fácil acesso a bebidas alcoólicas (Breda, 2000).

No nosso país, ao consumo tradicional de vinho veio juntar-se o uso crescente de cerveja e de bebidas com um maior teor alcoólico, surgindo, assim, novos modos de beber e novos grupos de bebedores, como por exemplo as mulheres e os jovens (Breda, 2000).

A justificação para o uso abusivo de bebidas alcoólicas tem como base ideias gerais erróneas e que, por isso, se traduzem em falsos conceitos, tais como: “O álcool mata a sede”; “O álcool dá força”; “O álcool facilita a digestão”; “O álcool é um medicamento”; “O álcool é um alimento”; “O álcool aquece” e “O álcool estimula”. Convém esclarecer estes “falsos conceitos”, procurando explicar o que realmente ocorre no organismo após a ingestão de álcool (Cabral, Farate e Duarte, 2007). Tarefa a que nos propomos de seguida:

*O álcool “mata a sede”*: o álcool inibe a hormona responsável pelo controle da diurese (aldosterona), prejudicando a hidratação do organismo. Os efeitos diuréticos do álcool fazem com que uma grande quantidade de água, necessária ao organismo, seja eliminada através da urina, aumentando a necessidade da sua reposição. Já em 1965, Baisset e Monst Astruc comprovaram que o álcool provoca um mecanismo hormonal, do qual resulta uma eliminação de urina em volume superior ao da bebida ingerida. Deste modo, um consumidor excessivo pode ter necessidades de hidratação mais elevadas devido à ação diurética do álcool (Cabral, Farate e Duarte, 2007).

*O álcool “dá força”*: existe a noção de que o vinho é necessário ao trabalhador rural, atribuindo-lhe o falso papel fortificante. Estudos referem que quem exerça uma atividade mais intensa, pode ingerir cerca de um quarto de litro a mais do que outro com menor atividade, isto porque o seu ritmo respiratório e cardíaco se encontram muito mais acelerados, levando, assim, a uma eliminação pulmonar, renal e cutânea mais rápida. Daí que o excesso de ingestão de bebida não seja sinónimo de “força” mas porque a sua eliminação se processa mais rápida. Temporariamente, o indivíduo sente-se “o maior”, “o mais forte”, “sem medo de nada”, quando na realidade o álcool não lhe dá força. Outro sim, o álcool disfarça o cansaço do trabalho físico ou intelectual intenso pela sua ação euforizante e anestésica, dando a falsa aparência de uma nova energia, mas quando termina o seu efeito, o cansaço sentido é muito maior pois, para além da fadiga anterior, o organismo ainda gastou energias na sua metabolização (Cabral, Farate e Duarte, 2007).

*O álcool “ajuda a digestão”*: o álcool provoca uma dilatação do piloro acelerando os movimentos peristálticos, o que torna a digestão mais rápida, com a passagem dos alimentos para o intestino sem que os alimentos e nutrientes sejam devidamente digeridos e absorvidos, dando, assim, a sensação de estômago menos cheio. O álcool

não ajuda a digestão nem abre o apetite, provocando sim a falta dele e podendo ainda desenvolver gastrites e úlceras devido à má absorção alimentar (Cabral, Farate e Duarte, 2007).

*O álcool “é um medicamento”*: através do seu efeito euforizante e anestésico, o álcool apenas disfarça alguma sintomatologia como dores e mal-estar. Decorrido o seu efeito, a sintomatologia ocultada reaparece, originando uma perigosa diminuição das defesas e resistências do organismo (Cabral, Farate e Duarte, 2007). É por esta razão que os doentes alcoólicos têm uma maior propensão para algumas doenças como gripes, pneumonias e tuberculosas. Tem-se atribuído ao álcool, sobretudo ao *whisky*, o falso papel terapêutico protetor das doenças cardíacas pela sua ação na dilatação das artérias coronárias, na dissolução do colesterol e prevenção da arteriosclerose. É verdade que o *whisky* contribui para a dissolução do colesterol, mas este efeito terapêutico é insignificante, já que os malefícios superam os benefícios.

Em 1966-1967, o cardiologista Schweizer demonstrou que o álcool poderia atenuar a dor da angina de peito, mas com um efeito muito menor que outros medicamentos utilizados para esse fim, pois o álcool não modifica as perturbações circulatórias do coração, e todas as bebidas alcoólicas, inclusive o *whisky*, não melhoram o electrocardiograma do doente.

*O álcool “é um alimento”*: por alimento entende-se toda a substância utilizada para nutrir os seres vivos, isto é, para assegurar pelo menos uma das seguintes funções: fornecimento de materiais para a formação, crescimento e reparação das células e tecidos; fornecimento de substâncias necessárias à obtenção de energia para o funcionamento do organismo, nomeadamente para o metabolismo basal; o fornecimento dos materiais necessários para assegurar o metabolismo orgânico equilibrado; e fornecimento de materiais de reserva que irão ser armazenados no organismo. O álcool não é alimento pois não possui qualquer uma destas funções características dos alimentos. Ao substituírem-se alimentos por álcool está a fornecer-se ao organismo exclusivamente calorias ao invés do necessário fornecimento de vitaminas e nutrientes, que não são utilizadas pelos músculos e não servem para o funcionamento das células de qualquer órgão (Cabral, Farate e Duarte, 2007).

*O álcool “aquece”*: a ingestão de etanol produz uma vasodilatação dos pequenos vasos superficiais da face e dos membros, o que permite um maior fluxo sanguíneo a nível das

extremidades, dando, por isso, a sensação de calor. Como consequência, verifica-se uma perda de calor interno através da pele, o que faz diminuir a temperatura corporal, prejudicando, assim, o bom funcionamento de todos os órgãos. Por isso, uma pessoa alcoolizada não deve ser exposta ao frio mas, pelo contrário, deve ser aquecida (Cabral, Farate e Duarte, 2007).

*O álcool “estimula”*: ao álcool é também dado o falso papel de estimulante ou excitante. Uma pessoa julga-se mais forte, mais confiante em si mesmo, mais hábil, mais desinibido. O que ocorre de facto é que a ação anestésica do álcool, ao atuar em primeiro lugar ao nível do córtex cerebral, coloca as ações do indivíduo fora do seu controlo. A nível fisiológico, o álcool aumenta a rapidez de reação mas diminui as capacidades intelectuais.

No âmbito destes falsos conceitos acerca do álcool em jovens, vários estudos têm sido desenvolvidos pela comunidade científica. Num estudo realizado em jovens estudantes e não estudantes com idades entre os 15 e os 19 anos, no concelho de Monção, concluiu-se que 88% dos jovens não estudantes evidenciavam a existência de falsos conceitos, aumentando esta percentagem para 92% nos jovens estudantes.

As principais razões invocadas para beber foram por gosto/prazer (35%), por participação em festas/à noite, (31,5%), por problemas (14,2%), para relaxar/desinibir (17,5%) e como alimento (5,6%). Os jovens não estudantes atribuíram ao álcool maior peso ao falso papel da capacidade de concentração, e ambos os grupos consideraram favorável a ação desinibidora do álcool na dimensão o *“álcool ajuda a descontrair”* (Antunes, 1998).

Face ao exposto, justifica-se a pesquisa de que falsos conceitos estão associados ao consumo de bebidas alcoólicas nos indivíduos que recorrem à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua, e que constitui a parte prática deste trabalho.

## **2 - ÁLCOOL E CONSUMOS NO FEMININO**

Os padrões de ingestão variam conforme a idade e o sexo, a partir de 1950, as mulheres aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas. Nos homens e nas mulheres, a prevalência de alcoolismo é mais alta na faixa etária dos vinte e um aos trinta e quatro anos de idade (Gameiro, 1987, *cit. in* Gonçalves, 1996).

O consumo de bebidas alcoólicas é mais frequente nos homens do que nas mulheres, existindo autores que salientam que em cada três doentes alcoólicos do sexo masculino existe um do sexo feminino (Costa et al., 2004 e Nunes et al., 1999, *cit. in* Edwards, Marshall e Cook, 1999). No entanto, Pinto (1989) refere que as mulheres, crianças e jovens são considerados grupos de alto risco, por serem particularmente vulneráveis.

Na década de 70, em Portugal, em cada dez dependentes alcoólicos existia uma mulher com esta problemática (Gameiro, 1981). Esta problemática inicia-se com a modificação dos papéis da mulher que deixa de ser exclusivamente doméstica e passa a ter uma vida social mais ativa. Esta realidade é influenciada pela comunicação social na vinculação dos diferentes padrões de consumo e por diferentes cargos profissionais. Já na década de 80, estes números passaram de uma proporção de um para cinco (Gameiro, 1981).

Pelo menos um terço dos homens e mulheres alcoólicos mostra sintomas e comportamentos semelhantes a outras perturbações psiquiátricas graves, incluindo os padrões sintomatológicos observados na esquizofrenia e outras perturbações major da ansiedade, e um certo número de perturbações afetivas major, conforme referido no DSM (Geller, 1992; Hesselid e Cooper, 1992), pelo que se trata de um revelante problema de saúde pública.

Uma investigação realizada com mulheres gémeas evidenciou que a comorbilidade entre a depressão major e o alcoolismo nas mulheres é o resultado de fatores genéticos que predis põem simultaneamente ambos os transtornos, existindo ainda fatores ambientais de risco. Não obstante, mostrou ainda que existiam fatores genéticos que predis põem de forma independente ambos os transtornos (Kendler et al., 1993).

Galenter (1993) refere que 50% a 70% de homens e mulheres alcoólicas preenchem os requisitos de outra síndrome psiquiátrica grave. Ou seja, metade destas pessoas sofre da perturbação anti-social da personalidade, ou preenchem o critério de outra perturbação induzida por substâncias.

Paixão (1993), segundo dados do Clube de Alcoólicos Tratados de Lisboa, refere que o número de mulheres com dependência alcoólica situava-se entre as 200 a 300 mil. Num estudo epidemiológico efetuado no âmbito do Plano de Cooperação Técnica entre Portugal e a OMS, que decorreu em Cantanhede, os investigadores concluíram que mais

de 50% das mulheres ingere vinho às refeições, das quais mais de 20% referiu que o fazia fora das refeições (Mello et al., 1992).

Nunes (1987, *cit. in* Gonçalves, 1996) realizou um estudo onde foi utilizado o método de questionário numa amostra constituída por 166 indivíduos na região do centro do país, onde se obteve que mulheres com problemas de dependência alcoólica bebem durante todo o dia; mais de metade referiu o beber socialmente. As mulheres com nível socioeconómico mais alto tendiam a beber menos, ao contrário das mulheres com nível socioeconómico mais baixo.

A este respeito, Adés e Lejoyeux (2004) referem que o tipo de consumo de álcool não é de convívio, e que as mulheres têm mais sentimentos de culpa, geralmente bebem sozinhas em casa mas, mesmo assim bebem menos que um indivíduo do género masculino. Consomem para obter efeitos ansiolíticos e euforizantes. No entanto, a dependência alcoólica surge mais rapidamente nas mulheres do que nos homens, por causa das características biológicas, psicológicas e sociais.

Nas sociedades mais industrializadas, onde o poder, o sucesso e a força são características masculinas que os homens geralmente procuram no processo de socialização entre o grupo de pares e a família. Nas mulheres verifica-se um distanciamento das características masculinas, relativamente à sensibilidade, ao cuidado, à dependência e à fragilidade. Estas atribuições simbólicas e diferenças entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predis põem a doenças, lesões e mortes (Bal, 2006). Todavia a homogeneização de papéis nomeadamente ao nível do trabalho pode ter tomado este modelo numa maior aproximação entre os géneros.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas no género feminino pode estar relacionado com sentimentos de raiva, culpa, abandono, entre outros. Dependendo do contexto, essa relação pode dar-se de forma inofensiva, apresentar poucos riscos ou assumir padrões disfuncionais, com prejuízos biológicos, mentais e sociais (Bal, 2006; César, 2006).

Segundo Teixeira (2007), o consumo de álcool e o alcoolismo predomina no género masculino, contudo, o alcoolismo no feminino tem aumentado, e este consumo por vezes encontra-se associado a perturbações psiquiátricas, apresentando um perfil clínico e psicológico específico. A autora, com base na experiência clínica, denomina as

mulheres alcoólicas como passíveis de serem agrupadas nos seguintes perfis “guardiã do lar”; “as boas aprendizas de más estratégias”; “as outras”; “as mulheres frágeis ou fragilizadas”; “a mulher sonhadora”; “a rival”; “a envergonhada”; “a mulher que tem segredos”.

Kiritze-Topor e Benard (2007) referem também que o consumo de álcool nas mulheres é inferior ao dos homens. No entanto, os efeitos nefastos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas são mais rápidos no género feminino, tendo em conta as características físicas (tecido adiposo, espaço hídrico menor, provoca uma maior concentração de álcool na corrente sanguínea).

Em dois estudos realizados por Nixon, Tivis e Parsons (1995) e por Hommer (2003), utilizando imagens de tomografia computadorizada, os autores verificaram o encolhimento do cérebro em comparação a um comum indicador de danos no cérebro, em homens e mulheres dependentes alcoólicas. Os homens e as mulheres dependentes alcoólicas demonstravam que o cérebro estava mais encolhido em relação à população não dependente, e que ambos (homens e mulheres) têm problemas de aprendizagem e memória similares como resultado de um consumo nocivo. A diferença mais significativa é que as mulheres dependentes relataram que haviam bebido excessivamente por apenas cerca de metade do tempo que o homem dependente. Isso indica que os cérebros das mulheres, como os seus outros órgãos, são mais vulneráveis aos danos do álcool do que os dos homens.

## **2.1 - Álcool na gravidez e amamentação**

Para a maioria das mulheres, a gravidez é um período de sentimentos intensos, muitas vezes confusos, o que aumenta a vulnerabilidade da mulher grávida aos efeitos de álcool e ao impacto direto no feto. Vivemos num mundo onde o consumo de drogas, legais e ilegais, é uma realidade. Esta realidade também se verifica durante a vida fetal. O feto está dependente da quantidade e da qualidade das substâncias que a mãe consome (Hermida, 2002).

Segundo a OMS, droga é toda a substância que introduzida no organismo pode modificar uma ou mais de das funções do indivíduo. A dependência que as drogas

podem causar é um estado psíquico e/ou físico de mudança de comportamento que conduz a impulsos de consumo de forma continuada ou esporádica (Hermida, 2002).

Historicamente, o álcool tem sido relacionado com os efeitos adversos sobre os recém-nascidos. Citações bíblicas já referiam que as mulheres que estavam grávidas não deveriam consumir cerveja e vinho, sendo ainda a norma proibitiva em algumas cidades da antiguidade o brinde nupcial com bebidas alcoólicas, que tinha como objetivo prevenir patologias na conceção (Burgos et al., 2002). Na Grécia antiga, os filósofos discutiam os possíveis malefícios do álcool sobre os filhos de mães que consumiam bebidas alcoólicas durante a gravidez (Warner e Rosett, 1975, *cit. in* Burgos et al., 2002).

O álcool ingerido pela mulher grávida atravessa a barreira placentária, o que faz com que o feto esteja exposto às mesmas concentrações do sangue materno. Porém, a exposição fetal é maior, devido ao metabolismo e eliminação serem mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool não modificado (etanol) e acetaldeído (metabólito do etanol). O etanol induz a formação de radicais livres de oxigénio que são capazes de danificar proteínas e lipídios celulares, aumentando a apoptose e prejudicando a organogénese. Também inibe a síntese de ácido retinóico, que é uma substância reguladora do desenvolvimento embrionário. Tanto o etanol quanto o acetaldeído têm efeitos diretos sobre vários fatores do crescimento celular, inibindo a proliferação de certos tecidos (Chaudhuri, 2000).

Entretanto, a suscetibilidade fetal ao álcool é modulada pela quantidade ingerida, época da exposição, estado nutricional e capacidade de metabolização materna e fetal. A quantidade segura de álcool que uma grávida pode consumir não está definida na literatura, por isso recomenda-se abstinência total durante toda a gravidez. Estudos comprovam que o consumo de 20 gramas de álcool (o equivalente a duas bebidas alcoólicas) já é suficiente para provocar supressão da respiração e dos movimentos fetais, observados por meio de ecografias (Freire et al., 2005; WHO, 2006).

Além disto, o consumo de álcool na gestação está relacionado com o aumento do número de abortos e fatores comprometedores do parto, como risco de infeções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, prematuridade do trabalho de parto e líquido amniótico com meconio (Freire et al., 2005; WHO, 2006).

Estudos clínicos e experimentais têm relatado que o consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez causa malformações e atrasos no crescimento, caracterizando a Síndrome Fetal Alcoólica, cujas características mais importantes são: atraso do crescimento pré e pós-natais; alterações do sistema nervoso central, como microencefalia; alterações faciais, como hipoplasia facial e microftalmia. São ainda desconhecidos alguns dos principais mecanismos pelos quais o álcool induz tais efeitos, e vários autores sugerem que estes efeitos ocorrem através de mecanismos metabólicos, atuando nos distintos estágios pré e pós-natais. Possivelmente, estariam envolvidos no processo fatores maternos e nutricionais, entre outros (Oyama et al., 2000).

Estudos realizados nos Estados Unidos referem que a incidência do uso de álcool em mulheres, entre os 15 e os 44 anos, é de 53%, e de acordo com estes dados estima-se que mais de 24% das mulheres numa faixa etária jovem tem um consumo excessivo de álcool (Floyed et al., 2008).

Um outro estudo realizado por Franzão e Mendonça (1995, *cit in* Mello et al., 1988), também em Cantanhede, referente à manutenção da ingestão de bebidas alcoólicas durante o período de gravidez e amamentação, revelou que mais de 50% das mulheres inquiridas continuava o consumo de bebidas alcoólicas. Os mesmos autores também concluíram que este hábito, num elevado número de mulheres começou durante o período de gravidez e de amamentação.

No período de 1984 a 1987, nos concelhos de Mangualde e Cantanhede, os valores de consumo durante a gravidez variavam entre os 81% a 88%, durante a amamentação os valores variavam de 82% a 81%, respetivamente (Mello et al., 1992).

Em Portugal, segundo dados disponíveis pelo Ministério da Saúde (2007), cerca de 44% a 89% das grávidas consomem álcool nesta etapa desenvolvimental e 5% a 10% apresentam hábitos pesados de consumo.

Outras consequências existem associadas ao consumo de álcool na gravidez, no que é conhecida como *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (FASD), que engloba uma série de perturbações que podem ser definidas como atraso de crescimento pré e pós-natal e anomalias do sistema nervoso central (Keegan et al., 2010).

Segundo Xavier (2002), em Portugal, pouco se sabe sobre o consumo de álcool e os seus efeitos durante a gravidez, assim como das consequências a curto, médio e longo

prazo no desenvolvimento do feto exposto in útero. Neste sentido, é pertinente conhecer os tipos de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal, para podermos prevenir, identificar e intervir adequadamente.

É importante perceber quais as mulheres que se encontram potencialmente em risco durante a gravidez, sendo fundamental incluir estas mulheres num grupo de risco que merece uma atenção especial (Fleming et al., 2008), indo ao encontro das preocupações da OMS. Como não se sabe se existem limites considerados seguros do consumo de álcool durante a gravidez, a abstinência nesta etapa desenvolvimental é recomendada e deve ser cumprida (WHO, 2006).

De acordo com dados obtidos, nos Estados Unidos o consumo de álcool pré-natal varia entre os 10% e 12%, sendo a Europa a apresentar as taxas mais elevadas (Anderson et al., 2009).

Alguns estudos indicam que o consumo de álcool diminui ao longo dos primeiros três meses (Ludsborg, Bracken e Saftlas, 1997). Através de outras pesquisas, constatou-se que os padrões de consumo de álcool durante a gravidez indicam que quando a mulher tem consciência da gravidez e continua a consumir álcool, maior é a probabilidade de continuar a beber durante a gravidez (Harrison, Streissguth e Smith, 2009).

Além disso, uma parte do álcool consumida por uma mulher que amamenta é transferida para o seu leite e, assim, consumida pela criança. Este consumo de álcool pode afetar negativamente o sono e o desenvolvimento motor da criança. Com base nessa ciência, parece que a recomendação para uma mãe que amamenta a beber um copo de cerveja ou vinho, pouco antes da gravidez ou amamentação, pode realmente ser contraproducente (Mennella e Gerrish, 1998).

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas durante a amamentação, e embora nos últimos anos tenham ocorrido campanhas educativas alertando contra os malefícios do consumo de bebidas alcoólicas, ainda se observa que uma fração considerável da população feminina mantém o consumo durante a amamentação, salientando ser um hábito cultural a recomendação de algumas bebidas alcoólicas como fontes de vitaminas de complexo B e capazes de provocar o relaxamento de mãe e filho (Burgos et al., 2002; Del Campio et al., 2009).

Embora as mulheres grávidas sejam desencorajadas a beber álcool por causa do efeito negativo sobre o desenvolvimento fetal, as tradições de muitas culturas incentivam as mulheres a amamentar e a beber álcool para otimizar a produção de leite materno e a nutrição infantil. Em contraste com estas tradições, alguns estudos demonstram que o consumo de álcool materno pode reduzir um pouco a produção de leite (Mennella e Gerrish, 1998).

Enquanto a mãe tem níveis substanciais de álcool no sangue, o leite também contém álcool. Os níveis máximos de álcool, tanto no sangue da mãe como no leite materno, ocorrem cerca de meia hora a uma hora depois de beber. Depois desse período há grandes diferenças individuais no momento de absorção bem como nas taxas de eliminação do álcool no leite e no sangue (Lawton, 1985; Beauchamp e Mennella, 1991).

O Plano Nacional de Redução de Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) 2009-2012 tem como objetivo geral a diminuição no consumo de álcool durante a gravidez, em crianças que se encontram em contextos familiares com PLA e ainda uma redução do consumo de bebidas alcoólicas por parte das crianças e jovens (Ministério da Saúde, 2009). As mulheres que consomem álcool durante a gravidez apresentam-se como um grupo vulnerável, sendo que o acompanhamento deverá ser feito o mais precocemente possível, devido às consequências que possa provocar tanto na mãe como no bebé (Ministério da Saúde, 2009).

Aproximadamente cerca de 30% do total de consumidores são mulheres, consumindo álcool muitas vezes em idade fértil (Xavier, 2002) e 90% das mulheres que consomem bebidas alcoólicas estão em idade reprodutiva (Kuczkowski, 2007). Na UE, os padrões de consumo de alto risco estão a aumentar entre as mulheres, mais precisamente numa faixa etária mais jovem, nomeadamente em Portugal (Ministério da Saúde, 2009). Trata-se atualmente de uma área prioritária tal como foi previsto na estratégia da UE (WHO, 2006).

Atualmente, o consumo de substâncias na mulher tem sido considerado como um dos maiores problemas de saúde pública (Finnegan, 2010). Milhões de mulheres em idade fértil são sexualmente ativas (considerando as que não usam contraceção ou não usam contraceção adequada) e estima-se que aproximadamente 2% das mulheres pode estar

em risco de uma gravidez exposta ao álcool anualmente (Project CHOICES Research Group, 2002).

Sendo assim, importa perceber que tipo de informação as mulheres grávidas receberam sobre o consumo de bebidas alcoólicas, porque segundo dados da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco relativos a 2005-2006, 40,1% das situações sinalizadas pertenciam a agregados familiares com problemática de álcool que afetava ambos os responsáveis pelo agregado em que vivem as crianças e os jovens (2.225 num total de 5.552 casos referenciados por qualquer razão) (Instituto da Droga e Toxicodpendência [IDT], 2012).

Segundo o PNRPLA 2009-2012 (Ministério da Saúde, 2009, p.30), o objetivo principal é “diminuir a exposição ao álcool e as suas consequências nefastas em crianças por nascer e em crianças inseridas em famílias com problemas ligados ao álcool e reduzir o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e jovens”, isto é, a abordagem relacionada com o consumo nocivo de álcool nestes grupos mais vulneráveis deverá ser, portanto, a mais precocemente possível, pela pertinência do tipo de consequências que provocam no próprio e a terceiros. Uma gestão adequada da informação e do conhecimento reflete-se na melhoria do sistema de saúde e também na participação ativa e esclarecida da sociedade civil.

Tendo em conta o descrito anteriormente, é importante perceber que tipo de informação é que as mulheres grávidas ou que já foram mães têm sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

## **2.2 - Consequências do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez**

É hoje reconhecido que consumir álcool durante a gravidez e ter uma longa história associada ao consumo de álcool, são fatores de risco que contribuem para o aparecimento de Síndrome Fetal Alcoólico (SFA) e problemas relacionados com défices no nascimento (Stratton, Howe e Battaglia, 1996).

De acordo com a revisão da literatura, o consumo de álcool durante a gravidez tem sido estudado como uma das principais causas que afetam o desenvolvimento do feto (WHO, 2006). Tendo em conta os dados divulgados por esta organização, anualmente, 12.000

bebés no mundo nascem com a SFA. Durante a gravidez, o feto que está exposto ao álcool pode ser severamente afetado. Provas médicas consistentes sugerem que consumir álcool ou consumir de um modo mais abusivo durante a gravidez pode dar origem a altos níveis de *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* - Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (DEAF) (Creasy, Resnik e Iams, 2009). As DEAF englobam uma série de perturbações, entre elas a SFA, as desordens do desenvolvimento neurológico do álcool e os defeitos congénitos relacionados com o álcool (WHO, 2006).

As características associadas a estas perturbações são permanentes e tem consequências tanto no bebé como na família (Creasy, Resnik e Iams, 2009). As DEAF descrevem a variedade de consequências que podem ocorrer num indivíduo cuja mãe bebeu álcool durante a gravidez. Estas podem ser físicas, mentais, comportamentais e dificuldades de aprendizagem, com possíveis implicações ao longo da vida. A SFA tem-se mostrado como uma das consequências mais severas da exposição fetal ao álcool. Esta foi descoberta por Jones e Smith (1973), nos Estados Unidos. De acordo com estes autores, foi identificado um conjunto distinto de anomalias faciais, nomeadamente face média plana, lábio superior fino e um sulco entre o nariz e o lábio superior fino. Conclui-se que estas características surgiam em crianças cujas mães apresentavam um nível de consumo “elevado” durante a gravidez (Jones e Smith, 1973).

Beber durante a gravidez pode levar a problemas físicos, de aprendizagem, bem como comportamentais no desenvolvimento do cérebro, sendo o mais grave de todos a SFA. Crianças com SFA podem ter características faciais distintas. Em lactentes com SFA o perímetro crânio-encefálico também é marcadamente menor que a média, isto é, os seus cérebros podem ter menos volume (microcefalia), e podem ter menor número de células cerebrais (neurónios), ou seja, ou menos neurónios capazes de funcionar corretamente, levando a problemas de longo prazo na aprendizagem e comportamento (Oscar-Berman e Marinkovic, 2003). O diagnóstico da SFA é baseado no exame clínico, mas nem todas as crianças com SFA agem da mesma maneira. Isto deve-se ao facto dos sintomas terem um amplo leque de diagnóstico diferencial, pelo que é fácil para um profissional de saúde perder-se no diagnóstico ou minimizar a SFA. Orientações anteriores, incluindo aquelas incluídas no relatório da OMS (WHO, 2005c), não referem as crianças de diferentes grupos ou indivíduos de diferentes idades raciais e étnicas. Além disso, sintomas como atraso de crescimento, défice cognitivo e dificuldades de aprendizagem podem ter várias causas. Algumas destas desordens têm causas ou maior visibilidade e

reconhecimento do que a SFA, o que conduz a erros de diagnóstico (ou pelo menos a não inclusão da SFA no diagnóstico total). Por exemplo, os médicos estão cientes da alta prevalência de défice de atenção, hiperactividade, mas podem não ligar a problemas de atenção à SFA.

Algumas destas consequências podem aparecer mais tardiamente, por volta dos três a quatro anos de idade (OMS, 2010). Segundo alguns autores, a idade ideal para diagnosticar SFA é entre os seis meses e os três anos de idade altura, em que as características são mais predominantes (Appelbaum, 1995). A SFA tem-se apresentado como a consequência mais comum do consumo de álcool, tendo esta uma prevalência de 10 mil nascimentos (Sampson et al., 1997).

A SFA engloba, ainda, atraso no crescimento pré e pós-natal, anomalias do sistema nervoso central e anomalias crânio-encefálicas (Creasy, Resnik e Iams, 2009). As anomalias mais comuns ao efeito fetal são as deformações ao nível facial, insuficiências cardíacas e alterações articulares (Keegan et al., 2010). Como consequências pós-natais, a criança pode apresentar uma diversidade de problemas físicos, cognitivos e comportamentais. As consequências podem assim repercutir-se futuramente na criança, podendo estas estar mais predispostas para o risco de problemas mentais, fracasso escolar e delinquência (Streissguth et al., 2004). Segundo alguns autores, as doenças mentais têm-se manifestado como sendo das causas mais comuns na criança derivas ao consumo de álcool durante a gravidez (Creasy, Resnik e Iams, 2009).

Nos Estados Unidos, a prevalência da SFA situa-se entre dois em mil nascimentos por ano. Estima-se que cada criança que nasce com SFA, pode ou não apresentar algumas características físicas desta patologia, contudo, pode desenvolver défices neurocomportamentais, resultantes da exposição pré-natal ao álcool, que afeta a aprendizagem e o comportamento (Sokol, Delaney e Nordstrom, 2003). Estas podem ser descritas como perturbações do álcool neurocomportamental ou defeitos congénitos ligados ao álcool (Mattson, 1997; May e Gossage, 2001; Sokol, Delaney e Nordstrom, 2003). Contudo, nem todos os indivíduos com exposição pré-natal ao álcool apresentam os critérios para o preenchimento do diagnóstico da SFA, mas são diagnosticados com SFA parcial, desordens do desenvolvimento neurológico do álcool ou defeitos congénitos relacionados com o álcool (Floyd et al., 2009).

Os critérios mínimos para o diagnóstico de SFA são: atraso de crescimento pré ou pós-natal; envolvimento do sistema nervoso, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e alteração do coeficiente de inteligência e do comportamento; dismorfismo facial (pelo menos dois dos sinais apresentados) microcefalia, microftalmia e ou fissura palpebral pequena, filtro nasal hipoplásico com lábio superior fino e hipoplasia do maxilar (May e Gossage, 2001; Fonseca, 2008).

Segundo Salmon (2008), as mães com exposição fetal ao álcool podem sentir-se confrontadas com problemas de abuso de substâncias e podem sentir-se estigmatizadas com os fatores de risco que podem provocar na criança e as possíveis consequências.

Segundo Streissguth et al. (1991), a exposição pré-natal ao álcool está relacionada com níveis de irritabilidade durante a infância. Num estudo realizado, com aplicação do questionário *California Verbal Learning Test* a adultos com SAF, verificou-se que estes apresentavam dificuldades em memorizar uma lista de palavras e que tinham dificuldade em reter o que aprendiam (Kerns et al., 1997).

Outros estudos acerca da SAF revelam que as crianças podem ter défices de atenção, ou seja, desconcentram-se na presença de um fator detrativo (Coles, 1997; Kerns et al., 1997; Carmichael-Olson, Morse e Huffine, 1998). A falta de concentração que aumenta com a exposição pré-natal ao álcool foi também verificada em crianças expostas primariamente a baixos níveis associados às desordens do desenvolvimento neurológico do álcool (Streissguth et al. 1994; Jacobson, Bihun e Chiodo, 1998). A flexibilidade cognitiva reduzida também foi manifestada em crianças com SFA num teste de fluência verbal (Mattson et al., 1999).

De acordo com Lima (2008), a SFA abarca três formas básicas: SFA Leve; SFA Moderada; SFA Grave.

Na SFA Leve, verifica-se as seguintes manifestações clínicas e alterações:

- Ausência ou presença discreta de características morfológicas (aparência sem alterações), que desaparecem com o desenvolvimento orgânico;
- Funções neurocognitivas com défices discretos e/ou que surgem no período escolar: défice de atenção, hiperatividade;

- Distúrbios de comportamento mais evidentes na fase escolar e na adolescência (agitação agressividade ou comportamento passivo, conduta anti-social, dificuldade de relacionamento pessoal e de grupo, imaturidade);
- Maior vulnerabilidade para o uso de álcool e de outras drogas;
- QI: levemente abaixo do normal com dificuldades no rendimento escolar ou dentro dos limites de normalidade.

Na SFA Moderada, verifica-se as seguintes manifestações clínicas e alterações:

- Microcefalias;
- Dismorfias craniofaciais (fácies típica);
- Baixa estatura e baixo peso ao nascer;
- Atraso mental/défice neurocognitivo;
- Distúrbios comportamentais;
- Malformações congénitas de outros órgãos (coração, rins, ossos, articulações, etc.).

Na SFA Moderada, verifica-se as seguintes manifestações clínicas e alterações:

- Aborto (feto inviável);
- Morte pré-natal.

Na maioria das crianças com SFA, as deformações faciais desaparecem com o crescimento e a hiperatividade muitas vezes diminui. Mas a deficiência mental acompanha-as para toda a vida. Conseguir ser independente, aprender uma profissão depende da gravidade dos danos que sofreram inocentemente devido à ingestão de álcool por parte da mãe. Gestação e álcool são incompatíveis. Não existe uma dose recomendável no consumo de álcool, pois cada organismo reage de forma diferente. A mulher que deseja ter um filho deve abster-se do álcool antes e durante a gravidez (Lessa, 2008).

O diagnóstico pode ser considerado um fator protetor de perturbações secundárias de crianças com Transtorno do Espectro Fetal Alcoólico (TEFA) (Streissguth et al., 1996; Streissguth, 1997) e os psicólogos também podem desempenhar um papel importante no reconhecimento, diagnóstico e tratamento da SFA e do TEFA o mais antecipadamente possível, de modo a assegurar que as crianças afetadas obtenham um tratamento imediato e abrangente.

Os profissionais de saúde (pediatras e médicos de clínica geral) estão cada vez mais bem informados sobre o TEFA, mas são necessários esforços continuados para apoiar o seu trabalho sobre a exposição ao álcool no período pré-natal, isto é, treiná-los sobre o espectro completo dos efeitos do álcool fetal, a fim de melhorar o diagnóstico e intervenção precoces (Stoler e Holmes, 1999). Profissionais de serviços psicossociais podem facilitar os procedimentos de diagnóstico e avaliação adequadas (ou seja, localizar recursos adequados, identificar meios de pagar pelos serviços), e fornecer suporte para os restantes profissionais que trabalham com este grupo de mulheres, estes grupos são muitas vezes posições-chave para ajudar a prevenir o SFA, pois trabalham com mulheres em idade fértil (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Um mecanismo de prevenção é ajudar as mulheres a entender que o SFA são defeitos congénitos evitáveis. Prevenir o SFA significa ajudar as mulheres grávidas a abster-se do consumo de álcool. Em situações em que isso não é uma meta alcançável, os psicólogos podem apoiar as mulheres grávidas na redução da exposição de um bebé, cortando significativamente para trás na quantidade, duração e frequência com que elas bebem. Além disso, os profissionais de saúde podem ajudar mulheres grávidas evitando riscos concomitantes, como má alimentação, stresse psicológico, exposição à violência, tabagismo e outra exposição a droga. No que se refere aos profissionais que trabalham nas redes sociais, podem apoiar as mulheres na procura e garante de cuidados de saúde pré-natal. No que se refere à intervenção preventiva, não deve ser limitado às mulheres conhecidas por estarem grávidas, educar as pessoas e as famílias sobre exposição fetal ao álcool é uma abordagem necessária (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**

## **1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

O alcoolismo é um dos graves problemas com que a humanidade se debate. O consumo de álcool ingerido através de vários tipos de bebidas, com maior ou menor graduação, por pessoas de diversos extratos sociais e com causas muito diversas, poderá potenciar o consumo abusivo. As desigualdades no acesso à saúde continuam apesar da modernização da sociedade portuguesa, e esta tendência continua a manter-se, senão a aumentar, entre grupos e áreas geográficas. Segundo dados cedidos pelo IDT (2012), a elevada prevalência de consumos abusivos de álcool, associada às representações culturais e desvalorização dos riscos de consumo, configuram um quadro de fatores de risco de peso muito significativo que transformam este território (concelho do Peso da Régua) num alvo prioritário para intervenções de carácter preventivo e algo mais estruturado na área do tratamento, procurando desde logo diminuir a incidência e tratar as pessoas com PLA.

Outros fatores que também constituem problemas são: o desemprego, a baixa escolaridade, a ausência de formação profissional, a falta de investimento empresarial, a falta de oportunidades de emprego, a distância aos centros urbanos associada a uma rede de transportes públicos deficitária, a excessiva dependência de apoios sociais, a fraca motivação para assumir problemas e, conseqüentemente, um tratamento e os contextos familiares multiproblemáticos (IDT, 2012). Neste estudo o problema centrou-se no consumo de bebidas alcoólicas e falsos conceitos associados em particular às questões de género numa população que recorre à Unidade de Cuidados Personalizados em Peso da Régua.

Para Dias (2004), o conhecimento adquire-se a partir de “(...) questões que se levantam, expectativas que se criam e, descobertas que se fazem” (p.91).

Posto isto, este estudo poderá contribuir para a caracterização do consumo de bebidas alcoólicas tendo em conta o contexto sociodemográfico, e face ao impacto dos falsos conceitos na transmissão da generalização do consumo de bebidas alcoólicas, de geração em geração sustentada em crenças culturalmente reforçadas. Salientamos ainda

que demos particular ênfase ao estudo do consumo de bebidas alcoólicas na gravidez, numa dimensão qualitativa, dada a raridade de estudos neste domínio em Portugal.

Tendo em conta os estudos analisados, consideramos que este poderá contribuir para *caracterizar consumos de bebidas alcoólicas, falsos conceitos e questões de género numa população que recorre aos serviços da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua.*

O presente estudo teve como objetivos:

- Caracterizar uma amostra de utentes (150) que recorram à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua de acordo com o instrumento AUDIT no que diz respeito aos consumos de bebidas alcoólicas e seus eventuais níveis;
- Analisar a expressão de risco das variáveis: género, profissão, habilitações literárias, estado civil, idade de início de consumo, bebidas de eleição, número de bebidas alcoólicas ingeridas por dia;
- Analisar falsos conceitos associados aos níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas;
- Relacionar os níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas e os falsos conceitos;
- Identificar conhecimentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas em indivíduos do género feminino que já tenham sido mães ou que se encontrem grávidas.

## **2 - MÉTODO**

O presente estudo é de carácter observacional, descritivo e exploratório, pois decorre do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular hipóteses (Ribeiro, 1999; Marconi e Lakatos, 2004).

Este estudo foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua – Agrupamento de Centro de Saúde I – Marão e Douro Norte e pretende seguidamente resumir os principais aspetos relativos ao tipo de estudo de natureza quantitativa e qualitativa desenvolvida com a explicitação da população e amostra, instrumentos de recolha de dados e resultados do tratamento dos dados.

Utilizamos nesta investigação os dois tipos de abordagem, quantitativa e qualitativa, uma vez que se complementam existem vantagens na sua utilização, pois as deficiências apresentadas com a utilização de apenas uma abordagem podem ser ultrapassadas pela utilização de ambas (Fortin, Côté e Vissandjée, 2003; Dias, 2004).

De um modo geral, na investigação quantitativa predomina a dedução e na investigação qualitativa predomina o raciocínio indutivo. Assim, o presente estudo subscreve esta opinião, ao privilegiar uma abordagem quantitativa, por permitir a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes, e uma abordagem qualitativa, de forma a encontrar as especificidades de cada caso mas também explorar os significados particulares produzidos pelo próprio indivíduo.

Fortin, Côté e Fillion (2009) referem que a abordagem quantitativa:

(...) interessa-se pelas causas objectivas dos fenómenos e faz abstracção da situação própria de cada indivíduo (...). É baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objetivos e comporta um processo racional que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema de investigação à medida dos conceitos e à obtenção dos resultados (p.20).

Neste estudo, a abordagem quantitativa (objetivista) privilegiou um estudo descritivo, correlacional e transversal, que pretendeu quantificar, informação que pudesse dar corpo aos quatro principais objetivos atrás referidos.

No que respeita à abordagem qualitativa, esta considera os pressupostos da experiência humana através da interpretação, com interesse dos pesquisadores pelas interações sociais que os indivíduos desenvolvem na sua vida quotidiana. Trata-se de uma abordagem que reconhece a subjetividade ao procurar interpretar como os indivíduos compreendem e estruturam os processos da realidade (André, 2005).

Esta análise surge como base no pensamento pós-moderno, na perspectiva de que a participação do indivíduo na construção do conhecimento a partir da sua experiência é um aspeto central para a aquisição do conhecimento (Peters, 2000, *cit. in* Gallo, 2006).

Este modelo de investigação é sustentado em acontecimentos de vida, nos significados atribuídos por cada ser humano (Machado e Gonçalves, 1999; Fernandes e Maia, 2001) e o facto de, através destes, se conseguir chegar a realidade construída socialmente

através da relação que se estabelece entre o objeto de estudo e o investigador (Quartilho, 2001).

Neste estudo, e tendo em conta que pretendíamos identificar os conhecimentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas em indivíduos do género feminino que já tivessem sido mães ou que se encontrassem grávidas, recorreremos à metodologia designada *Grounded Analysis*, que consiste num método de procedimentos e orientações, sistemáticas e rigorosas de recolha e análise de dados qualitativos, com o objetivo de construir uma teoria fundamental nos próprios através de um processo indutivo (Fernandes e Maia, 2001; Chamaz, 2006). Os psicólogos importaram este modelo de investigação pelo facto se centrar na dimensão humana da sociedade, nos significados que as pessoas atribuem à vida, alcançados através do discurso das palavras (Monteiro, 2000; Fernandes e Maia, 2001).

Esta metodologia é um conjunto de técnicas de carácter interpretativo, direcionadas para a descrição dos componentes de um sistema complexo de significados. Pressupõe que o conhecimento aprofundado de um fenómeno vivido só pode ser desvendado através da autocrítica (*insight*) dos indivíduos sobre a sua experiência pessoal (Coutinho, 2008).

## **2.1 - Caracterização da amostra**

Foi selecionada uma amostra intencional de conveniência (Ribeiro, 1999), sendo a amostra neste estudo constituída por 150 utentes, de ambos os géneros, e por um grupo acrescido de 19 mulheres que já tinham sido mães ou se encontravam grávidas e que recorreram à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua no período de outubro a dezembro de 2014. Este grupo de 19 mulheres foi alvo da recolha de dados e seu tratamento na perspetiva qualitativa.

### **2.1.1 - Recolha e análise estatística dos dados**

A recolha de dados decorreu após autorização dada pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Norte. Os participantes do estudo são utentes com idade igual ou superior aos 18 anos de idade, inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua.

Numa primeira fase, foi solicitada a colaboração voluntária dos participantes com a explicação sobre a natureza do estudo e o tipo de tratamento dos dados, através do preenchimento do “Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo” homologado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Norte (*Anexo I*). O preenchimento dos questionários foi sempre realizado na presença da investigadora responsável, garantindo a possibilidade de, em qualquer altura, o participante recusar participar no estudo sem qualquer tipo de consequência.

Os participantes do presente estudo foram abordados pela investigadora na sala de espera, que após aceitação da sua participação foram encaminhados para um gabinete cedido pela diretora da Unidade de Cuidados Personalizados, de forma a garantir a confidencialidade e a privacidade dos participantes. Importa referir que as mulheres que foram mães ou que se encontravam grávidas foram encaminhadas pelos profissionais de saúde no dia da consulta materna.

Administrou-se o questionário piloto a 5 indivíduos do género feminino, com o objetivo de se descobrir pontos fracos e problemas em potencial, para que fossem resolvidos antes da implementação da pesquisa propriamente dita, o que não implicou qualquer reformulação.

Sempre que solicitado pelos participantes no estudo, a investigadora esclareceu dúvidas ou auxiliou para uma melhor compreensão dos itens.

Os participantes podiam fazer as perguntas que julgassem necessárias e tinham o direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso pudesse ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi assegurado que os registos em suporte papel eram confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a conclusão da defesa da dissertação de mestrado.

## 2.2 - Procedimentos

### 2.2.1 - Instrumentos de avaliação

Na recolha de dados, a entrevistadora procedeu ao preenchimento do questionário do qual consta na primeira parte a caracterização sociodemográfica da amostra (*Anexo II*), incluindo as seguintes variáveis: género, profissão, habilitações literárias, estado civil, idade de início de consumo, bebidas de eleição, número de bebidas alcoólicas ingeridas por dia.

A segunda parte do questionário integra o *Alcohol Use Disorders Test* (AUDIT) (*Anexo II*), criado pela OMS e validado para a população portuguesa por Cunha (2002). O AUDIT surgiu em 1982, através do desenvolvimento de estudos de um grupo internacional de investigadores, realizados em seis países (Estados Unidos da América, Austrália, Bulgária, México e Quénia). A sua utilização tem-se revelado importante para a adequada triagem e diagnóstico de PLA.

Foi desenhado por forma a adequar-se à utilização nos serviços de saúde, permitindo detetar diferentes níveis de risco associados ao consumo de álcool, desde o consumo de baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada. O AUDIT é constituído por dez questões, sendo que as primeiras oito são respondidas através de uma escala de tipo Likert com cinco pontos, cotados de zero a quatro e as duas últimas com uma escala de tipo Likert de três pontos, cotados respetivamente com zero, dois e quatro pontos (Cunha, 2002). Trata-se por excelência de um instrumento de rastreio, mas não de diagnóstico.

O interesse da leitura destes dados nesta fase passa pela sua classificação, considerando-se para tal os pontos de corte propostos na literatura: pontuações de 0 a 7 apontam para consumo de baixo risco nível I; de 8 a 15, para consumo de risco, nível II; de 16 a 19 para consumo nocivo, nível III; e pontuações superiores a 20, nível IV, apontam para sintomas de dependência na população portuguesa (Cunha, 2002).

Genericamente, pode dizer-se que uma pontuação igual ou superior a 1 nas questões 2 e 3 indica um consumo considerado de risco. Do mesmo modo, uma pontuação diferente de 0 nas questões 4 a 6 aponta para a presença de um consumo nocivo. As pontuações obtidas nas questões 7 a 10 indicam que alguns dos efeitos nocivos do álcool estão já a

ser experienciados. As duas questões finais devem também ser analisadas no sentido da determinação do modo como o indivíduo dá evidência aos problemas passados. Mesmo na ausência de um padrão de utilização de bebidas alcoólicas de risco, respostas positivas nestas duas últimas questões do teste devem fazer considerar a necessidade de vigilância (Cunha, 2002).

Em síntese, a pontuação total obtida tanto como os níveis de consumo, os sinais de dependência, a presença de efeitos nocivos do álcool e o modo como o indivíduo valoriza a sua situação, devem ser considerados. Em todo o caso, o total da pontuação obtida com a aplicação do AUDIT refletirá sempre o nível de risco do indivíduo em relação à utilização de bebidas alcoólicas (Cunha, 2002). Este questionário de rastreio pode ser aplicado a todas as pessoas abrangidas por serviços de saúde, preferencialmente os cuidados de saúde primária. É, assim, um instrumento fácil de aplicar (podendo ser ministrado sob a forma de entrevista ou como questionário de auto preenchimento) bem como de pontuar e de interpretar sendo que as suas pontuações correlacionam dimensões que têm que ver com as consequências das bebidas, atitudes com consumos e vulnerabilidade para a dependência alcoólica (SICAD, 2013).

A terceira parte do questionário (*Anexo II*) consta de um conjunto de questões para avaliação de conhecimentos, construído com base no tema de interesse do investigado (Fonte, 2005). Este é referente aos falsos conceitos associados ao consumo de bebidas alcoólicas, com o objetivo de analisar conhecimentos deturpados associados aos consumos de bebidas alcoólicas.

### 2.2.2 - Recolha e análise estatística dos dados

Para o tratamento dos dados recorreremos à metodologia quantitativa com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) para a Windows 22.0 e à análise estatística que envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta, usou-se como referência para rejeitar a hipótese nula um nível de significância ( $\alpha \leq 0,05$ ). Utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado quando se testou a independência de variáveis qualitativas. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Quando este não se encontrava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação

de Monte Carlo. As diferenças significativas foram analisadas com os resíduos ajustados estandardizados (Hill e Hill, 2005; Pestana e Gageiro, 2005; Marôco, 2007).

Quanto à entrevista, teve como objetivo identificar experiências sobre o consumo de bebidas alcoólicas em indivíduos do género feminino (*Anexo II*) que já tinham sido mães ou que se encontravam grávidas. Sendo assim, de acordo com Canhota (2008), a importância de conduzir um questionário piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa. A análise dos dados das entrevistas tem como premissas básicas a recolha de dados, a análise e a eventual teoria que mantém uma relação próxima entre si, e que a análise é a interação entre o investigador e os dados (Strauss e Corbin, 2008), o processo de investigação, foi baseado em Fontes (2003) e cumpriu os seguintes passos:

- Seleção do material relevante: leitura das transcrições das entrevistas, seguindo-se da elaboração de resumos de cada uma, mencionando os principais temas abordados com vista a obtenção de uma ideia geral dos temas dominantes;
- Categorização descritiva: categorização das unidades de análise (frase ou ideia), respeitando a terminologia dos participantes;
- Memorandos: registos de ideias e hipóteses de significado que poderão emergir ao longo da construção de categorias;
- Categorização conceptual: categorias que englobem as diferentes categorias descritivas sendo de carácter mais abstrato;
- Categorização central: categorias que englobam as categorias conceptuais;
- Hierarquização de categorias: categorização cumulativa e processo de questionamento entre as diversas categorias conceptuais e centrais;
- Clarificação estrutural: como o objetivo da presente investigação visa aceder ao discurso de grupo, procedeu-se à integração de categorias expressas por um só participante, noutras categorias mais frequentes com significado similar. Quando tal não se mostrou viável, essas categorias foram mantidas temporariamente separadas da estrutura hierárquica até ao final da codificação, para avaliar a possibilidade de se enquadrarem em alguma categoria idêntica;
- Construção do discurso de grupo: síntese descritiva do discurso do grupo.

A apresentação dos resultados será feita tendo em conta as duas abordagens distintas, quantitativa e qualitativa

### 3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados os dados relativos à estatística descritiva conforme as características da amostra em estudo. A análise da estatística descritiva consiste em delinear as características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos e permite descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, Côté e Filion, 2009).

Em seguida, serão analisados os resultados dos testes estatísticos aplicados e as possíveis relações com as variáveis, a estatística inferencial (Fortin, Côté e Filion, 2009).

#### 3.1 - Apresentação dos resultados quantitativos

##### 3.1.1 - Caracterização da amostra (dados sociodemográficos)

Colaborou no estudo uma amostra de 150 sujeitos. A distribuição dos sujeitos por género era relativamente equilibrada, pois 57,0% ( $n = 86$ ) era do género masculino e 43,0% ( $n = 64$ ) do género feminino, conforme podemos constatar pela observação do gráfico 1.

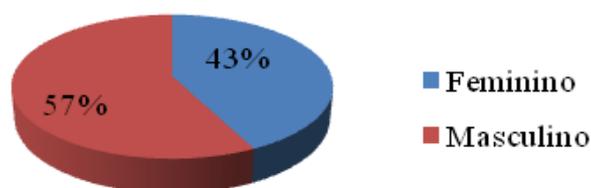


Gráfico 1 - Género

A média de idades era de 45,85 anos ( $Dp=16,0$  anos) variando entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 79 anos. A maioria tinha 31-40 anos (21,3%). Os mais velhos representavam 6,7% e os mais novos 19,3%.

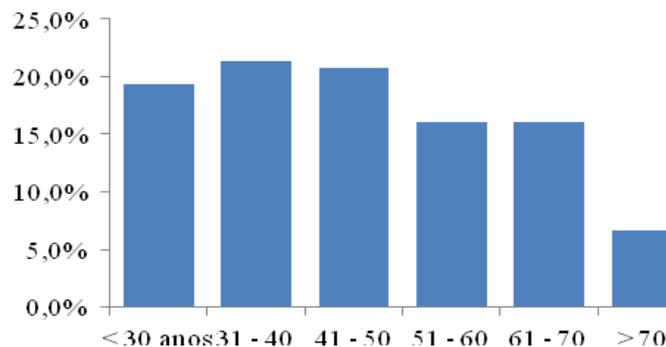


Gráfico 2 - Escalões etários

Em relação ao estado civil, 58,0% dos sujeitos eram casados, 18,0% solteiros e 14,0% viúvos. Na amostra recolhida 77,3% indicou ter filhos e, destes, 42,2% tinha 2 filhos e 37,1% 1 filho.

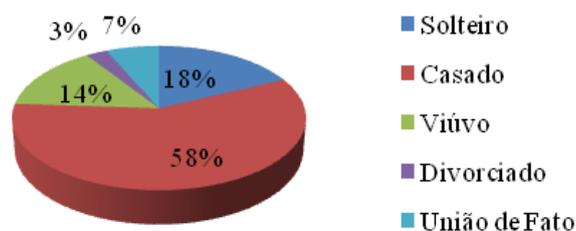


Gráfico 3 - Estado civil

Relativamente às habilitações literárias, trata-se de uma amostra com fraco nível de habilitações, pois apenas 11,0% indicou habilitações de nível superior. A maioria tinha entre o 5º e o 9º ano (38,0%) ou apenas o 4º ano (21,0%) de escolaridade.

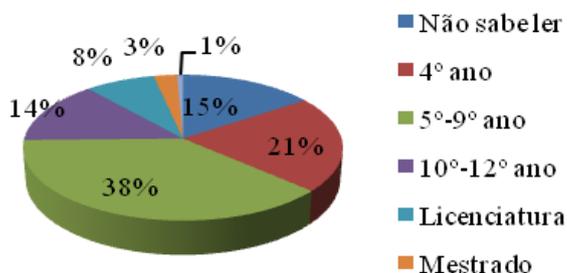


Gráfico 4 - Habilitações literárias

Por último, no que se refere à situação profissional, um pouco mais de metade da amostra encontrava-se empregada (57,3%), 23,3% encontrava-se numa situação de

desemprego e 17,3% estava reformada. Os estudantes representavam apenas 2,0% do total da amostra.

**Tabela 2** - Resultados referentes à situação profissional

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem acumulada
Desemprego	35	23,3	23,3	23,3
Emprego	86	57,3	57,3	80,7
Reformado	26	17,3	17,3	98,0
Estudante	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

### 3.1.2 - Caracterização da amostra (dados de consumo)

O vinho constituía a bebida de eleição de mais de metade dos sujeitos da amostra (56,7%), seguido da cerveja (30,0%) e das bebidas destiladas (9,3%).

**Tabela 3** - Resultados referentes a bebidas de eleição

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Cerveja	45	30,0	30,0	30,0
Vinho	85	56,7	56,7	86,7
Bebidas destiladas	14	9,3	9,3	96,0
Licores	6	4,0	4,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Mais de metade começou a beber entre os 14 e os 18 anos (51,3%) e 23,3% entre os 10 e os 13 anos, mas temos 6,7% que consome com menos dos 10 anos de idade.

**Tabela 4** - Resultados referentes à idade de início de consumo

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
<10 anos	10	6,7	6,7	6,7
10-13 anos	35	23,3	23,3	30,0
14 aos 18 anos	77	51,3	51,3	81,3
19 aos 25 anos	28	18,7	18,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

A percentagem de abstinentes é reduzida e cerca de 40,0% referiu beber entre 1 a 2 copos por dia, 55,3% apresentam consumos superiores ao considerado de baixo risco pela OMS (2 copos dia).

**Tabela 5** - Resultados referentes ao número de copos de bebidas alcoólicas que ingere por dia

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem válida</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
Nenhum	10	6,7	6,7	6,7
1 a 2 copos	57	38,0	38,0	44,7
3 a 4 copos	48	32,0	32,0	76,7
mais 5 copos	35	23,3	23,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Para uma proporção elevada (68,0%), o consumo de álcool é acompanhado do consumo de outras substâncias, designadamente o café (66,7%) ou o tabaco (28,4%) e é muito reduzida a percentagem de consumidores de haxixe (3,3%).

**Tabela 6** - Resultados referentes ao consumo de outras substâncias

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Não	48	32,0
Sim	102	68,0
Total	150	100,0

**Tabela 7** - Resultados referentes às substâncias específicas de consumo

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem válida</b>
Café	68	45,3	66,7
Tabaco	29	19,3	28,4
Haxixe	5	3,3	4,9
Total	102	68,0	100,0
Não consomem	48	32,0	
Total	150	100,0	

Mais de metade dos sujeitos indicou antecedentes familiares no consumo excessivo de álcool (58,0%), assinalando a transgeracionalidade dos consumos

**Tabela 8** - Resultados referentes à existência de familiares com PLA

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sim	87	58,0
Não	63	42,0
Total	150	100,0

O pai (17,3%), avós (10,7%) e tios (7,3%) são os familiares mais referidos com antecedentes familiares de consumo.

**Tabela 9** - Resultados referentes aos familiares específicos relacionados com consumo excessivo de álcool

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<i>Cônjuge</i>	10	6,7
<i>Pai</i>	26	17,3
<i>Mãe</i>	8	5,3
<i>Avôs</i>	16	10,7
<i>Tios</i>	11	7,3
<i>Irmãos</i>	5	3,3
<i>Mais de um antecedente familiar</i>	11	7,3
<i>Total</i>	87	58,0
<i>(sem familiares)</i>	63	42,0
<i>Total</i>	150	100,0

Apenas uma pequena percentagem de 12,7% indicou que teve problemas de sinistralidade, e dentro destes surge com iguais percentagens os acidentes de carro (36,8%) ou queda (36,8%).

**Tabela 10** - Resultados referentes aos problemas de sinistralidade relacionados com o consumo de álcool

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sim	19	12,7
Não	131	87,3
Total	150	100,0

**Tabela 11** - Resultados referentes ao tipo de sinistralidade relacionado com o consumo de álcool

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem válida</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
Acidente de carro	7	4,7	36,8	36,8
Acidente no trabalho	3	2,0	15,8	52,6
Queda	7	4,7	36,8	89,5
Vários acidentes	2	1,3	10,5	100,0
Total	19	12,7	100,0	
Omissos	131	87,3		
Total	150	100,0		

E cerca de 8,0% indicou já ter tido problemas com a justiça, essencialmente por ter conduzido sob o efeito de álcool de forma ocasional (3,3%) ou por multa (2,0%).

**Tabela 12** - Resultados referentes à existência de problemas com a justiça relacionados com o consumo de álcool

	Frequência	Percentagem
Sim	12	8,0
Não	138	92,0
Total	150	100,0

**Tabela 13** - Resultados referentes aos problemas específicos com a justiça relacionados com o consumo de álcool

	Frequência	Percentagem
Não	138	92,0
Conduziu sob o efeito de álcool de forma ocasional	5	3,3
Conduz sob o efeito de álcool regularmente	2	1,3
Multa	3	2,0
Inibição de conduzir	2	1,3
Total	150	100,0

**Tabela 14** - Resultados referentes à ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	6	13,3	13,3	13,3
Não	39	86,7	86,7	100,0
Total	45	100,0	100,0	

**Tabela 15** - Resultados referentes ao tempo de ingestão de bebidas alcoólicas

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Não	40	88,9	88,9	88,9
1º trimestre	1	2,2	2,2	91,1
3º trimestre	4	8,9	8,9	100,0
Total	45	100,0	100,0	

**Tabela 16** - Resultados referentes à ingestão de bebidas alcoólicas durante o período de amamentação

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	5	11,1	11,1	11,1
Não	40	88,9	88,9	100,0
Total	45	100,0	100,0	

**Tabela 17** - Resultados referentes ao tempo de ingestão de bebidas alcoólicas durante o período de amamentação

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
0	40	88,9	88,9	88,9
06 Meses	1	2,2	2,2	91,1
12 Meses	3	6,7	6,7	97,8
18 Meses	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Só 13,3% indicou ter ingerido bebidas durante a gravidez (cf. tabela 14), e uma proporção ainda mais pequena (11,1%) ingeriu bebidas durante o período de amamentação (cf. tabela 16).

### 3.1.3 - Resultados dos níveis de risco (AUDIT)

A categorização dos sujeitos feita com o AUDIT permitiu identificar 68,9% em Nível I Baixo Risco, 16,9% Nível II Risco, 5,4% Nível III Uso Nocivo e 8,8% com sintomas de dependência Nível IV.

**Tabela 18** - Resultados obtidos com o AUDIT

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Nível I Baixo Risco	102	68,0	68,9	68,9
Nível II Risco	25	16,7	16,9	85,8
Nível III Uso Nocivo	8	5,3	5,4	91,2
Nível IV Dependência	13	8,7	8,8	100,0
Total	148	98,7	100,0	
Omissos	2	1,3		
Total	150	100,0		

### 3.1.4 - Resultados do questionário relativos aos falsos conceitos sobre o álcool

Na tabela 19 podemos apreciar as respostas dos sujeitos nas perguntas que se referem às relacionadas com o consumo de álcool. Em cinza claro evidenciamos as respostas mais frequentes (moda).

**Tabela 19** - Falsos conceitos relacionados com o consumo de álcool

	Sim		Não		Não sei	
	N	%	N	%	N	%
O álcool dá força	34	22,7%	89	59,3%	27	18,0%
O álcool alimenta	38	25,3%	95	63,3%	17	11,3%
Quando bebo fico mais bem disposto	57	38,0%	69	46,0%	24	16,0%
Sinto-me mais homem ou mulher	25	16,7%	101	67,3%	24	16,0%
O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido	27	18,0%	89	59,3%	34	22,7%
Depois de beber o meu trabalho rende melhor	26	17,3%	100	66,7%	24	16,0%
O álcool mata a sede	15	10,0%	112	74,7%	23	15,3%
O álcool ajuda a digestão	39	26,0%	86	57,3%	25	16,7%
O álcool é um medicamento	15	10,0%	112	74,7%	23	15,3%
Depois de beber gosto mais de mim	11	7,3%	110	73,3%	29	19,3%
Quando bebo fico mais alerta	22	14,7%	100	66,7%	28	18,7%
O álcool inspira	26	17,3%	91	60,7%	33	22,0%
O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer	114	76,0%	15	10,0%	21	14,0%
O álcool deve ser evitado durante a gravidez	121	80,7%	10	6,7%	19	12,7%
O álcool pode passar para o bebé através do leite materno	105	70,0%	13	8,7%	32	21,3%

### 3.1.5 - Níveis de risco e falsos conceitos sobre o álcool

#### *O álcool dá força*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool dá força é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=71,405$ ,  $p=,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que o álcool não dá força (89,8%) e de sujeitos de risco, uso nocivo ou dependência que considera que sim (36,4%, 21,2% e 27,3%, respetivamente).

**Tabela 20** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool dá força”

	Valor	Df	Sig.
Pearson Chi-Square	71,405	6	,000***
Likelihood Ratio	75,428	6	,000
Teste de Fisher	70,052		,000
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 21** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool dá força”...

AUDIT	O álcool dá força			Total	
		Sim	Não		Não sei
Baixo Risco Nível I	Frequências	5	79	18	102
	% Audit	4,9%	77,5%	17,6%	100,0%
	% O álcool dá força	15,2%	89,8%	66,7%	68,9%
	% do total	3,4%	53,4%	12,2%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	12	8	5	25
	% Audit	48,0%	32,0%	20,0%	100,0%
	% O álcool dá força	36,4%	9,1%	18,5%	16,9%
	% do total	8,1%	5,4%	3,4%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	7	1	0	8
	% Audit	87,5%	12,5%	0,0%	100,0%
	% O álcool dá força	21,2%	1,1%	0,0%	5,4%
	% do total	4,7%	0,7%	0,0%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	9	0	4	13
	% Audit	69,2%	0,0%	30,8%	100,0%
	% O álcool dá força	27,3%	0,0%	14,8%	8,8%
	% do total	6,1%	0,0%	2,7%	8,8%
Total	Frequências	33	88	27	148
	% Audit	22,3%	59,5%	18,2%	100,0%
	% O álcool dá força	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	22,3%	59,5%	18,2%	100,0%

### ***O álcool alimenta***

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool alimenta é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=66,004$ ,  $p=,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que o álcool não alimenta (88,3%) e de sujeitos de uso nocivo ou dependência que considera que o álcool alimenta (21,6% e 24,3%) ou que não sabem (23,5%).

**Tabela 22** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool alimenta”

	Valor	Df	Sig.
Pearson Chi-Square	66,004	6	,000***
Likelihood Ratio	70,037	6	,000
Teste de Fisher	15,032	1	,000
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 23** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool alimenta”

AUDIT		O álcool alimenta			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	10	83	9	102
	% Audit	9,8%	81,4%	8,8%	100,0%
	% O álcool alimenta	27,0%	88,3%	52,9%	68,9%
	% do total	6,8%	56,1%	6,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	10	11	4	25
	% Audit	40,0%	44,0%	16,0%	100,0%
	% O álcool alimenta	27,0%	11,7%	23,5%	16,9%
	% do total	6,8%	7,4%	2,7%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	8	0	0	8
	% Audit	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% O álcool alimenta	21,6%	0,0%	0,0%	5,4%
	% do total	5,4%	0,0%	0,0%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	9	0	4	13
	% Audit	69,2%	0,0%	30,8%	100,0%
	% O álcool alimenta	24,3%	0,0%	23,5%	8,8%
	% do total	6,1%	0,0%	2,7%	8,8%
Total	Frequências	37	94	17	148
	% Audit	25,0%	63,5%	11,5%	100,0%
	% O álcool alimenta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	25,0%	63,5%	11,5%	100,0%

### *Quando bebo fico mais bem-disposto*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool dá boa disposição é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=21,297$ ,  $p=,002$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que não (83,8%) e de sujeitos de uso nocivo ou dependência que considera que sim (10,7% e 16,1%).

**Tabela 24** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais bem-disposto”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	21,297	6	,002**
Likelihood Ratio	27,071	6	,000
Teste de Fisher			,001
N of Valid Cases	148		

\*\*  $p \leq ,01$

**Tabela 25** - Níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais bem-disposto”

AUDIT		Fico mais bem disposto			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	30	57	15	102
	% AUDIT	29,4%	55,9%	14,7%	100,0%
	% fico mais...	53,6%	83,8%	62,5%	68,9%
	% do total	20,3%	38,5%	10,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	11	9	5	25
	% AUDIT	44,0%	36,0%	20,0%	100,0%
	% fico mais...	19,6%	13,2%	20,8%	16,9%
	% do total	7,4%	6,1%	3,4%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	6	2	0	8
	% AUDIT	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	% fico mais...	10,7%	2,9%	0,0%	5,4%
	% do total	4,1%	1,4%	0,0%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	9	0	4	13
	% AUDIT	69,2%	0,0%	30,8%	100,0%
	% fico mais...	16,1%	0,0%	16,7%	8,8%
	% do total	6,1%	0,0%	2,7%	8,8%
Total	Frequências	56	68	24	148
	% AUDIT	37,8%	45,9%	16,2%	100,0%
	% fico mais...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	37,8%	45,9%	16,2%	100,0%

***Depois de beber o álcool ajuda-me a sentir mais homem/mulher***

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool faz sentir-se mais homem ou mulher é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=21,652$ ,  $p=,001$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que não (78,0%) e de sujeitos de dependência que considera que sim (25,0%).

**Tabela 26** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o álcool ajuda-me a sentir mais homem/mulher”

	Valor	Df	Sig.
Pearson Chi-Square	21,652	6	,001***
Likelihood Ratio	20,524	6	,002
Teste de Fisher	19,902		,002
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,00$

**Tabela 27** - Níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o álcool ajuda-me a sentir mais homem/mulher”

AUDIT		Sinto mais homem/mulher			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	9	78	15	102
	% AUDIT	8,8%	76,5%	14,7%	100,0%
	% Sinto-me...	37,5%	78,0%	62,5%	68,9%
	% do total	6,1%	52,7%	10,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	6	12	7	25
	% AUDIT	24,0%	48,0%	28,0%	100,0%
	% Sinto-me...	25,0%	12,0%	29,2%	16,9%
	% do total	4,1%	8,1%	4,7%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	3	5	0	8
	% AUDIT	37,5%	62,5%	0,0%	100,0%
	% Sinto-me...	12,5%	5,0%	0,0%	5,4%
	% do total	2,0%	3,4%	0,0%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	6	5	2	13
	% AUDIT	46,2%	38,5%	15,4%	100,0%
	% Sinto-me...	25,0%	5,0%	8,3%	8,8%
	% do total	4,1%	3,4%	1,4%	8,8%
Total	Frequências	24	100	24	148
	% AUDIT	16,2%	67,6%	16,2%	100,0%
	% Sinto-me...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	16,2%	67,6%	16,2%	100,0%

### *O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido*

A relação entre os níveis de risco e a crença de que o álcool aumenta o desejo sexual não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=11,439$ ,  $p=,0740$ .

**Tabela 28** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	11,439	6	,074
Likelihood Ratio	12,903	6	,045
Teste de Fisher	9,816		,106
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,00$

**Tabela 29** - Níveis de risco e o falso conceito “O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido”

AUDIT		O desejo aumenta			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	20	60	22	102
	% AUDIT	19,6%	58,8%	21,6%	100,0%
	% O desejo aumenta...	76,9%	68,2%	64,7%	68,9%
	% do total	13,5%	40,5%	14,9%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	5	10	10	25
	% AUDIT	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	% O desejo aumenta...	19,2%	11,4%	29,4%	16,9%
	% do total	3,4%	6,8%	6,8%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	0	7	1	8
	% AUDIT	0,0%	87,5%	12,5%	100,0%
	% O desejo aumenta...	0,0%	8,0%	2,9%	5,4%
	% do total	0,0%	4,7%	0,7%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	1	11	1	13
	% AUDIT	7,7%	84,6%	7,7%	100,0%
	% O desejo aumenta...	3,8%	12,5%	2,9%	8,8%
	% do total	0,7%	7,4%	0,7%	8,8%
Total	Frequências	26	88	34	148
	% AUDIT	17,6%	59,5%	23,0%	100,0%
	% O desejo aumenta...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	17,6%	59,5%	23,0%	100,0%

### *Depois de beber o meu trabalho rende melhor*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool faz render melhor o trabalho é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6) = 68,097$ ,  $p = ,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que consideram que não é verdade (88,8%) e de sujeitos de uso nocivo ou dependência que consideram que sim (24,0% e 36,0%).

**Tabela 30** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	68,097	6	,000***
Likelihood Ratio	59,329	6	,000
Teste de Fisher	55,292		,000
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 31** - Níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor”

AUDIT		O trabalho rende melhor			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	4	83	15	102
	% AUDIT	3,9%	81,4%	14,7%	100,0%
	% O trabalho rende...	16,0%	83,8%	62,5%	68,9%
	% do total	2,7%	56,1%	10,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	6	10	9	25
	% AUDIT	24,0%	40,0%	36,0%	100,0%
	% O trabalho rende...	24,0%	10,1%	37,5%	16,9%
	% do total	4,1%	6,8%	6,1%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	6	2	0	8
	% AUDIT	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	% O trabalho rende...	24,0%	2,0%	0,0%	5,4%
	% do total	4,1%	1,4%	0,0%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	9	4	0	13
	% AUDIT	69,2%	30,8%	0,0%	100,0%
	% O trabalho rende...	36,0%	4,0%	0,0%	8,8%
	% do total	6,1%	2,7%	0,0%	8,8%
Total	Frequências	25	99	24	148
	% AUDIT	16,9%	66,9%	16,2%	100,0%
	% O trabalho rende...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	16,9%	66,9%	16,2%	100,0%

### *O álcool mata a sede*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool mata a sede é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=25,327$ ,  $p=,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de uso nocivo que considera que sim (28,6%).

**Tabela 32** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool mata a sede”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	25,327	6	,001***
Likelihood Ratio	20,770	6	,002
Teste de Fisher	18,174		,003
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 33** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool mata a sede”

AUDIT		O álcool mata a sede			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	6	81	15	102
	% AUDIT	5,9%	79,4%	14,7%	100,0%
	% O álcool mata...	42,9%	73,0%	65,2%	68,9%
	% do total	4,1%	54,7%	10,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	2	15	8	25
	% AUDIT	8,0%	60,0%	32,0%	100,0%
	% O álcool mata...	14,3%	13,5%	34,8%	16,9%
	% do total	1,4%	10,1%	5,4%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	4	4	0	8
	% AUDIT	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% O álcool mata...	28,6%	3,6%	0,0%	5,4%
	% do total	2,7%	2,7%	0,0%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	2	11	0	13
	% AUDIT	15,4%	84,6%	0,0%	100,0%
	% O álcool mata...	14,3%	9,9%	0,0%	8,8%
	% do total	1,4%	7,4%	0,0%	8,8%
Total	Frequências	14	111	23	148
	% AUDIT	9,5%	75,0%	15,5%	100,0%
	% O álcool mata...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	9,5%	75,0%	15,5%	100,0%

### *O álcool ajuda a digestão*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool ajuda a digestão é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=29,299$ ,  $p=,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que não (80,0%) e de sujeitos de dependência que considera que sim (26,3%).

**Tabela 34** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool ajuda a digestão”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	29,299	6	,000***
Likelihood Ratio	26,537	6	,000
Teste de Fisher	24,417		,000
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 35** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool ajuda a digestão”

AUDIT		O álcool ajuda a digestão			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	19	68	15	102
	% AUDIT	18,6%	66,7%	14,7%	100,0%
	% O álcool ajuda...	50,0%	80,0%	60,0%	68,9%
	% do total	12,8%	45,9%	10,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	6	10	9	25
	% AUDIT	24,0%	40,0%	36,0%	100,0%
	% O álcool ajuda...	15,8%	11,8%	36,0%	16,9%
	% do total	4,1%	6,8%	6,1%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	3	4	1	8
	% AUDIT	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
	% O álcool ajuda...	7,9%	4,7%	4,0%	5,4%
	% do total	2,0%	2,7%	0,7%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	10	3	0	13
	% AUDIT	76,9%	23,1%	0,0%	100,0%
	% O álcool ajuda...	26,3%	3,5%	0,0%	8,8%
	% do total	6,8%	2,0%	0,0%	8,8%
Total	Frequências	38	85	25	148
	% AUDIT	25,7%	57,4%	16,9%	100,0%
	% O álcool ajuda...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	25,7%	57,4%	16,9%	100,0%

### *O álcool é um medicamento*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool é um medicamento é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=25,729$ ,  $p=,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que não (78,4%) e de sujeitos de risco nível II que não sabe (43,5%) ou de nível IV dependência que considera que sim (28,6%).

**Tabela 36** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool é um medicamento”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	25,729	6	,000***
Likelihood Ratio	21,508	6	,001
Teste de Fisher	23,241		,001
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 37** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool é um alimento”

AUDIT		O álcool é um alimento			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	6	87	9	102
	% AUDIT	5,9%	85,3%	8,8%	100,0%
	% O álcool é...	42,9%	78,4%	39,1%	68,9%
	% do total	4,1%	58,8%	6,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	3	12	10	25
	% AUDIT	12,0%	48,0%	40,0%	100,0%
	% O álcool é...	21,4%	10,8%	43,5%	16,9%
	% do total	2,0%	8,1%	6,8%	16,9%
Uso Nocivo nível III	Frequências	1	5	2	8
	% AUDIT	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%
	% O álcool é...	7,1%	4,5%	8,7%	5,4%
	% do total	0,7%	3,4%	1,4%	5,4%
Nível IV Dependência	Frequências	4	7	2	13
	% AUDIT	30,8%	53,8%	15,4%	100,0%
	% O álcool é...	28,6%	6,3%	8,7%	8,8%
	% do total	2,7%	4,7%	1,4%	8,8%
Total	Frequências	14	111	23	148
	% AUDIT	9,5%	75,0%	15,5%	100,0%
	% O álcool é...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	9,5%	75,0%	15,5%	100,0%

### *Depois de beber gosto mais de mim*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool melhora a autoestima é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6) = 37,478$ ,  $p = ,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de risco nível II e uso nocivo nível III que não sabe (35,7% e 14,3%) e de sujeitos de nível IV dependência que considera que sim (36,4%).

**Tabela 38** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber gosto mais de mim”

	Valor	Df	Sig.
Pearson Chi-Square	37,478	6	,000***
Likelihood Ratio	32,513	6	,000
Teste de Fisher	33,729		,000
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 39** - Níveis de risco e o falso conceito “Depois de beber gosto mais de mim”

AUDIT		Depois de beber gosto...			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	2	87	13	102
	% AUDIT	2,0%	85,3%	12,7%	100,0%
	% depois de beber...	18,2%	79,8%	46,4%	68,9%
	% do total	1,4%	58,8%	8,8%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	3	12	10	25
	% AUDIT	12,0%	48,0%	40,0%	100,0%
	% depois de beber...	27,3%	11,0%	35,7%	16,9%
	% do total	2,0%	8,1%	6,8%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	2	2	4	8
	% AUDIT	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% depois de beber...	18,2%	1,8%	14,3%	5,4%
	% do total	1,4%	1,4%	2,7%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	4	8	1	13
	% AUDIT	30,8%	61,5%	7,7%	100,0%
	% depois de beber...	36,4%	7,3%	3,6%	8,8%
	% do total	2,7%	5,4%	0,7%	8,8%
Total	Frequências	11	109	28	148
	% AUDIT	7,4%	73,6%	18,9%	100,0%
	% depois de beber...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	7,4%	73,6%	18,9%	100,0%

### *Quando bebo fico mais alerta*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que quando bebem ficam mais alerta é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=32,993$ ,  $p=,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que não (83,0%) e de sujeitos de risco Zona II que considera que sim (33,3%) e de sujeitos de dependência que não sabe (25,9%).

**Tabela 40** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	32,993	6	,000***
Likelihood Ratio	30,654	6	,000
Teste de Fisher	31,919		,000
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 41** - Níveis de risco e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta”

AUDIT		Fico mais alerta			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	10	83	9	102
	% AUDIT	9,8%	81,4%	8,8%	100,0%
	% fico mais alerta	47,6%	83,0%	33,3%	68,9%
	% do total	6,8%	56,1%	6,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	7	10	8	25
	% AUDIT	28,0%	40,0%	32,0%	100,0%
	% fico mais alerta	33,3%	10,0%	29,6%	16,9%
	% do total	4,7%	6,8%	5,4%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	2	3	3	8
	% AUDIT	25,0%	37,5%	37,5%	100,0%
	% fico mais alerta	9,5%	3,0%	11,1%	5,4%
	% do total	1,4%	2,0%	2,0%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	2	4	7	13
	% AUDIT	15,4%	30,8%	53,8%	100,0%
	% fico mais alerta	9,5%	4,0%	25,9%	8,8%
	% do total	1,4%	2,7%	4,7%	8,8%
Total	Frequências	21	100	27	148
	% AUDIT	14,2%	67,6%	18,2%	100,0%
	% fico mais alerta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	14,2%	67,6%	18,2%	100,0%

### *O álcool inspira-me*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool inspira é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=16,918$ ,  $p=,010$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco nível I que considera que não (79,1%) e de sujeitos de risco nível II que não sabe (34,4%).

**Tabela 42** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool inspira-me”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	16,918	6	,010**
Likelihood Ratio	15,359	6	,018
Teste de Fisher	16,140		,008
N of Valid Cases	148		

\*\*  $p \leq ,01$

**Tabela 43** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool inspira-me”

AUDIT		O álcool inspira			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	14	72	16	102
	% AUDIT	13,7%	70,6%	15,7%	100,0%
	% O álcool inspira	56,0%	79,1%	50,0%	68,9%
	% do total	9,5%	48,6%	10,8%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	4	10	11	25
	% AUDIT	16,0%	40,0%	44,0%	100,0%
	% O álcool inspira	16,0%	11,0%	34,4%	16,9%
	% do total	2,7%	6,8%	7,4%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	3	4	1	8
	% AUDIT	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
	% O álcool inspira	12,0%	4,4%	3,1%	5,4%
	% do total	2,0%	2,7%	0,7%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	4	5	4	13
	% AUDIT	30,8%	38,5%	30,8%	100,0%
	% O álcool inspira	16,0%	5,5%	12,5%	8,8%
	% do total	2,7%	3,4%	2,7%	8,8%
Total	Frequências	25	91	32	148
	% AUDIT	16,9%	61,5%	21,6%	100,0%
	% O álcool inspira	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	16,9%	61,5%	21,6%	100,0%

***O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer***

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=24,210$ ,  $p=,000$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que sim (75,9%) e de sujeitos de risco nível II que não sabe (42,9%).

**Tabela 44** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	24,210	6	,000***
Likelihood Ratio	24,550	6	,000
Teste de Fisher	23,926		,000
N of Valid Cases	148		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 45** - Níveis de risco e o falso conceito “O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer”

AUDIT		O consumo de álcool			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	85	11	6	102
	% AUDIT	83,3%	10,8%	5,9%	100,0%
	% O consumo...	75,9%	73,3%	28,6%	68,9%
	% do total	57,4%	7,4%	4,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	16	0	9	25
	% AUDIT	64,0%	0,0%	36,0%	100,0%
	% O consumo...	14,3%	0,0%	42,9%	16,9%
	% do total	10,8%	0,0%	6,1%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	5	1	2	8
	% AUDIT	62,5%	12,5%	25,0%	100,0%
	% O consumo...	4,5%	6,7%	9,5%	5,4%
	% do total	3,4%	0,7%	1,4%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	6	3	4	13
	% AUDIT	46,2%	23,1%	30,8%	100,0%
	% O consumo...	5,4%	20,0%	19,0%	8,8%
	% do total	4,1%	2,0%	2,7%	8,8%
Total	Frequências	112	15	21	148
	% AUDIT	75,7%	10,1%	14,2%	100,0%
	% O consumo...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	75,7%	10,1%	14,2%	100,0%

### *O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação*

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=16,324$ ,  $p=,012$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco que considera que sim (73,9%) e de sujeitos de risco nível II e de nível IV dependência que não sabe (36,8% e 21,1%).

**Tabela 46** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	16,324	6	,012**
Likelihood Ratio	16,713	6	,010
Teste de Fisher	16,744		,005
N of Valid Cases	148		

\*\*  $p \leq ,01$

**Tabela 47** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação”

AUDIT		O álcool deve ser evitado...			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	88	8	6	102
	% AUDIT	86,3%	7,8%	5,9%	100,0%
	% O álcool deve...	73,9%	80,0%	31,6%	68,9%
	% do total	59,5%	5,4%	4,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	18	0	7	25
	% AUDIT	72,0%	0,0%	28,0%	100,0%
	% O álcool deve...	15,1%	0,0%	36,8%	16,9%
	% do total	12,2%	0,0%	4,7%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	5	1	2	8
	% AUDIT	62,5%	12,5%	25,0%	100,0%
	% O álcool deve...	4,2%	10,0%	10,5%	5,4%
	% do total	3,4%	0,7%	1,4%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	8	1	4	13
	% AUDIT	61,5%	7,7%	30,8%	100,0%
	% O álcool deve...	6,7%	10,0%	21,1%	8,8%
	% do total	5,4%	0,7%	2,7%	8,8%
Total	Frequências	119	10	19	148
	% AUDIT	80,4%	6,8%	12,8%	100,0%
	% O álcool deve...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	80,4%	6,8%	12,8%	100,0%

### ***O álcool pode passar para o bebé através do leite materno***

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool pode passar para o bebé através do leite materno é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=13,084$ ,  $p=,042$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos de baixo risco nível I que considera que sim (75,7%).

**Tabela 48** - Testes do Qui-quadrado entre os níveis de risco e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	13,084	6	,042*
Likelihood Ratio	11,356	6	,078
Teste de Fisher	12,785		,025
N of Valid Cases	148		

\*  $p \leq ,05$

**Tabela 49** - Níveis de risco e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno”

AUDIT		O álcool pode passar...			Total
		Sim	Não	Não sei	
Baixo Risco Nível I	Frequências	78	7	17	102
	% AUDIT	76,5%	6,9%	16,7%	100,0%
	% O álcool pode...	75,7%	53,8%	53,1%	68,9%
	% do total	52,7%	4,7%	11,5%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	15	1	9	25
	% AUDIT	60,0%	4,0%	36,0%	100,0%
	% O álcool pode...	14,6%	7,7%	28,1%	16,9%
	% do total	10,1%	0,7%	6,1%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	4	2	2	8
	% AUDIT	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	% O álcool pode...	3,9%	15,4%	6,2%	5,4%
	% do total	2,7%	1,4%	1,4%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	6	3	4	13
	% AUDIT	46,2%	23,1%	30,8%	100,0%
	% O álcool pode...	5,8%	23,1%	12,5%	8,8%
	% do total	4,1%	2,0%	2,7%	8,8%
Total	Frequências	103	13	32	148
	% AUDIT	69,6%	8,8%	21,6%	100,0%
	% O álcool pode...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	69,6%	8,8%	21,6%	100,0%

### 3.1.6 - Diferenças de género e o AUDIT (níveis de risco)

A relação entre os níveis de risco e o género é estatisticamente significativa,  $\chi^2(6)=11,541$ ,  $p=,007$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de mulheres categorizadas como de baixo risco nível I (79,4 vs 61,2%) e de homens em risco nível II (25,9% vs 4,8%).

**Tabela 50** - Testes do Qui-quadrado “Diferenças de género e níveis de risco”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	11,541	6	,007*
Likelihood Ratio	13,145	6	,007
Teste de Fisher	12,525		,005
N of Valid Cases	148		

\*  $p \leq ,01$

**Tabela 51** - Níveis de risco e género

AUDIT		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Baixo Risco Nível I	Frequências	50	52	102
	% AUDIT	49,0%	51,0%	100,0%
	% Género	79,4%	61,2%	68,9%
	% do total	33,8%	35,1%	68,9%
Risco Nível II	Frequências	3	22	25
	% AUDIT	12,0%	88,0%	100,0%
	% Género	4,8%	25,9%	16,9%
	% do total	2,0%	14,9%	16,9%
Uso Nocivo Nível III	Frequências	4	4	8
	% AUDIT	50,0%	50,0%	100,0%
	% Género	6,3%	4,7%	5,4%
	% do total	2,7%	2,7%	5,4%
Dependência Nível IV	Frequências	6	7	13
	% AUDIT	46,2%	53,8%	100,0%
	% Género	9,5%	8,2%	8,8%
	% do total	4,1%	4,7%	8,8%
Total	Frequências	63	85	148
	% AUDIT	42,6%	57,4%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,6%	57,4%	100,0%

### 3.1.7 - Diferenças de género e falsos conceitos sobre o álcool

No que se refere aos resultados obtidos da análise das diferenças de género e os falsos conceitos sobre o consumo de álcool, verificamos que só existem diferenças estatisticamente significativas em três falsos conceitos.

#### *O álcool dá força*

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool dá força não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=4,722$ ,  $p=,096$  (*Anexo III*).

#### *O álcool alimenta*

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool alimenta não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=5,745$ ,  $p=,057$  (*Anexo III*).

#### *Quando bebo fico mais bem-disposto*

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool dá boa disposição não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=1,545$ ,  $p=,462$  (*Anexo III*).

***Depois de beber sinto-me mais homem/mulher***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool faz sentir-se mais homem ou mulher não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=3,529$ ,  $p=,171$  (*Anexo III*).

***O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool aumenta o desejo sexual não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=3,194$ ,  $p=,203$  (*Anexo III*).

***Depois de beber o meu trabalho rende melhor***

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool faz render melhor o trabalho é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=6,560$ ,  $p=,038$ . Há uma proporção significativamente mais elevada homens que consideram que é verdade (76,9 vs 23,1%).

**Tabela 52** - Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor”

	<b>Valor</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	6,560	2	,038*
Likelihood Ratio	6,828	2	,033
Teste de Fisher	6,561		,040
N of Valid Cases	150		

\*  $p \leq ,05$

**Tabela 53** - Diferenças de género e o falso conceito “Depois de beber o meu trabalho rende melhor”

		<b>Género</b>		<b>Total</b>
		<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	
Sim	Frequências	6	20	26
	% O meu trabalho...	23,1%	76,9%	100,0%
	% Género	9,4%	23,3%	17,3%
	% do total	4,0%	13,3%	17,3%
Não	Frequências	44	56	100
	% O meu trabalho...	44,0%	56,0%	100,0%
	% Género	68,8%	65,1%	66,7%
	% do total	29,3%	37,3%	66,7%
Não sei	Frequências	14	10	24
	% O meu trabalho...	58,3%	41,7%	100,0%
	% Género	21,9%	11,6%	16,0%
	% do total	9,3%	6,7%	16,0%
Total	Frequências	64	86	150
	% O meu trabalho...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### ***O álcool mata a sede***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool mata a sede não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=3,933$ ,  $p=,140$  (*Anexo III*).

### ***O álcool ajuda a digestão***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool ajuda a digestão não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=0,381$ ,  $p=,826$  (*Anexo III*).

### ***O álcool é um medicamento***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool é um medicamento não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=4,727$ ,  $p=,094$  (*Anexo III*).

### ***Depois de beber gosto mais de mim***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool melhora a autoestima não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=1,244$ ,  $p=,537$  (*Anexo III*).

### ***Quando bebo fico mais alerta***

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que quando bebem ficam mais alerta é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=6,321$ ,  $p=,042$ . Há uma proporção significativamente mais elevada de homens que considera que sim (81,8% vs 18,2%).

**Tabela 54** - Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta”

	<b>Valor</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	6,321	2	,042*
Likelihood Ratio	6,901	2	,032
Teste de Fisher	6,501		,042
N of Valid Cases	150		

\*  $p \leq ,05$

**Tabela 55** - Diferenças de género e o falso conceito “Quando bebo fico mais alerta”

		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Sim	Frequências	4	18	22
	% Quando bebo...	18,2%	81,8%	100,0%
	% Género	6,2%	20,9%	14,7%
	% do total	2,7%	12,0%	14,7%
Não	Frequências	47	53	100
	% Quando bebo...	47,0%	53,0%	100,0%
	% Género	73,4%	61,6%	66,7%
	% do total	31,3%	35,3%	66,7%
Não sei	Frequências	13	15	28
	% Quando bebo...	46,4%	53,6%	100,0%
	% Género	20,3%	17,4%	18,7%
	% do total	8,7%	10,0%	18,7%
Total	Frequências	64	86	150
	% Quando bebo...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### ***O álcool inspira***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool inspira não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=2,742$ ,  $p=,254$  (*Anexo III*).

### ***O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer***

A relação entre o género e o falso conceito de que o consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=5,569$ ,  $p=,062$  (*Anexo III*).

### ***O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação***

A relação entre o género e o falso conceito de que o álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2) = 4,233$ ,  $p=,120$  (*Anexo III*).

### ***O álcool pode passar para o bebé através do leite materno***

A relação entre os níveis de risco e o falso conceito de que o álcool pode passar para o bebé através do leite materno é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2)=15,186$ ,  $p=,001$ . Há uma proporção significativamente mais elevada nas mulheres que considera que sim

(82,8% vs 60,5%) e de homens que tem dúvidas de que isso seja verdade (32,6% vs 6,2%).

**Tabela 56** - Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno”

	Valor	Df	Sig.
Pearson Chi-Square	15,186	2	,001***
Likelihood Ratio	17,096	2	,000
Teste de Fisher	16,411		,001
N of Valid Cases	150		

\*\*\*  $p \leq ,001$

**Tabela 57** - Diferenças de género e o falso conceito “O álcool pode passar para o bebé através do leite materno”

		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Sim	Frequências	53	52	105
	% O álcool pode...	50,5%	49,5%	100,0%
	% Género	82,8%	60,5%	70,0%
	% do total	35,3%	34,7%	70,0%
Não	Frequências	7	6	13
	% O álcool pode...	53,8%	46,2%	100,0%
	% Género	10,9%	7,0%	8,7%
	% do total	4,7%	4,0%	8,7%
Não sei	Frequências	4	28	32
	% O álcool pode...	12,5%	87,5%	100,0%
	% Género	6,2%	32,6%	21,3%
	% do total	2,7%	18,7%	21,3%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool pode...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

Terminada a descrição dos resultados obtidos, e antes de se passarmos à discussão dos mesmos, seguem os resultados da avaliação qualitativa realizada junto de 19 mulheres.

### 3.2 - Apresentação dos resultados qualitativos

Como já referido previamente foi nossa intenção, no presente estudo, complementar a informação recolhida quantitativamente com informação de índole qualitativa, que nos permitisse aceder aos conteúdos específicos das experiências de um grupo de mulheres

que haviam sido mães, no que dizia respeito à informação que haviam recebido sobre álcool, gravidez e aleitamento durante o tempo que haviam estado grávidas.

Para tal, organizamos uma pequena entrevista estruturada que sustentou a recolha de informação junto de 19 mulheres, entrevistadas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua.

Tratou-se de uma amostra intencional, pois foi selecionada com base no critério de terem sido mães, pelo menos uma vez durante a sua vida, e a análise realizada foi de carácter indutivo, ou seja, foi hierarquizando a informação recolhida em diferentes níveis de categorização, tal como referido no ponto 2.2.2., tendo como ponto de partida os discursos destas 19 utentes, e sendo sustentada na avaliação subjetiva dos conteúdos transformados em unidades discursivas, categorizadas descritivamente. Os passos seguintes – categorização conceptual (ou intermédia) e categorização central – refletem uma reflexão contínua e uma clarificação constante de significados que tendem para a aglomeração hierarquizada das categorias intermédias em categorias centrais, sempre de acordo com o processo de similaridade de significados.

### 3.2.1 - Caracterização da amostra (dados sociodemográficos)

Este grupo de 19 mulheres, cujas características estão sintetizadas numa tabela (*Anexo IV*), tem uma dispersão etária que varia entre os 21 e os 65 anos, com uma média de 41,84% e um desvio padrão de 12,01%.

A escolaridade é na sua globalidade baixa. O estado civil é predominantemente casado (em 100% dos casos). Encontram-se empregadas em 70% dos casos e desempregadas em 30%.

### 3.2.2 - Apresentação dos resultados das quatro questões que constituíam a entrevista

A tabela 58 sintetiza o processo de hierarquização das unidades discursivas em categorias intermédias e centrais, na primeira questão “Durante o período de gestação, teve informação específica sobre o consumo de bebidas alcoólicas na gravidez e aleitamento? (Que recorda dessas informações?)”.

**Tabela 58** - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1. Durante o período de gestação, teve informação específica sobre o consumo de bebidas alcoólicas na gravidez e aleitamento? (Que recorda dessas informações?)

Unidades discursivas	Categorias intermédias	Categorias Centrais
“Não” (Suj. 1 e Suj. 5)	Não, sem explicitação (N= 2)	Não foi fornecida informação  N= 9
“Não tive acompanhamento” (Suj. 3) “Não recebi informação” (Suj. 4) “Não deram informação” (Suj. 6) “Não recebi” (Suj.21; 9 Suj.12) “ Nunca me disseram para não beber” (Suj. 13)	Não recebeu informação ou acompanhamento (N= 6)	
“Não. Eu pesquisei” (Suj. 10)	Não recebeu mas procurou informação (N=1)	
“Sim ” (Suj. 18)	Sim, sem explicitação (N=1)	
Sim. Seria prejudicial para o bebé” (Suj. 8) Sim. Que seria prejudicial para o bebé” (Suj.11) Sim recebi, fazia mal à criança. (Suj. 16)	Sim, focalizada no prejuízo do bebé (N= 3)	Foi fornecida informação de âmbito lato  N= 10
Sim. Não deveria consumir bebidas alcoólicas (Suj.2) Sim fui informada dos malefícios do álcool. (Suj. 17)	Sim, com justificação generalizada  N= 2	
Sim deram essa informação. (Suj. 14) Sim recebi. (Suj. 18 e Suj. 15)	Sim, sem especificação N= 3	
Sim, através de panfletos. (Suj. 9)	Sim, salientando a fonte N= 1	

Das respostas obtidas nesta pergunta, junto dos 19 elementos entrevistados, temos como categorias centrais ou finais duas: “Não foi fornecida informação” (com referências de 9 sujeitos) à qual se contrapõe “Foi fornecida informação de âmbito lato” (com referência de 10 sujeitos).

Na primeira categoria central (CC), as três categorias intermédias (CI) que contribuíram para esta categorização central diferenciam-se na terceira CI porque embora não tenha havido informação, a participante pesquisou por sua iniciativa enquanto que na primeira e segunda CI surge igualmente a não existência de informação sobre álcool durante a gravidez.

Já no que se refere à segunda CC “Foi fornecida informação de âmbito lato”, parece-nos ser de salientar que as recordações dessas informações, agregadas em cinco CI (“Sim, sem explicitação”; “sim, focalizada no prejuízo do bebé”; Sim, com justificação generalizada”; “Sim, sem especificação” e “Sim, salientando a fonte”) espelham conteúdos muito pouco específicos, não refletindo conhecimentos passíveis de serem detalhados ou pormenorizados no discurso das participantes.

Para a segunda questão, que visava esclarecer em que situações havia decorrido a partilha de informação, encontramos na tabela 59 sintetizado o processo de hierarquização das unidades discursivas em categorias intermédias e centrais, quando se questionou as participantes “Em que situação é que recebeu informação relacionada com o consumo de álcool na gravidez e aleitamento?”. Tal como na questão 1, tem como categorias centrais duas que se contrapõem – “Não foi fornecida informação” (com 8 referências) e “Recebeu em contexto de prestação de saúde (com 10 referências).

Na primeira CC “não foi fornecida informação”, as CI que contribuíram para esta categorização final distinguem-se apenas pelo facto de, na primeira CI, a resposta ter sido negativa e não haver qualquer complemento de informação, enquanto que na segunda CI surge igualmente a não existência de informação sobre álcool durante a gravidez, que no entanto é completada com informação errónea.

Já na segunda CC, as quatro categorias intermédias que lhe dão sustentação (“No centro de saúde”; “Em consulta”; “Em aulas de preparação para o parto; no Hospital”) revelam os contextos de prestação de cuidados de saúde como predominantes na passagem desta informação, num total de 10 referências.

**Tabela 59** - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2. Em que situação é que recebeu informação relacionada com o consumo de álcool na gravidez e aleitamento?

Unidades discursivas	Categorias intermédias	Categorias centrais
Não recebi (Suj. 1; Suj. 3; Suj.10) Nunca falaram (Suj. 7) Nunca falaram sobre esses temas (Suj.19)	Não, sem explicitação (N=5)	Não foi fornecida informação  (N= 8)
Nunca recebi. Acho que beber durante este período faz com que a mulher tenha mais leite (Suj. 4) Não falaram durante a gravidez. No aleitamento podia beber cerveja preta (Suj. 13) ” Não falaram porque sabiam que não bebia. (Suj. Suj. 12)	Não recebeu informação complementada com falsos conceitos (N= 3)	
Centro de saúde (Suj. 2; Suj 11; Suj.16)	No Centro de Saúde N= 3	(Recebeu) em contexto de prestação de cuidados de saúde N= 10
“Consulta” (Suj. 6, Suj. 8) Em consulta de acompanhamento. (Suj. 14) Na consulta de obstetrícia (Suj. 17; Suj. 18)	Em consulta N= 5	
Aulas de preparação para o parto” (Suj. 9)	Aulas de preparação para o parto (N=1)	
“Hospital (Suj. 15)	No hospital (N=1)	
Pode-se beber dois copos de vinho por dia (Suj. 5)	Responde com informação errónea (N=1)	Unidade residual N= 1

No que se refere à terceira questão, relativa à novidade ou não da informação recolhida, encontramos 3 CC (“Nunca havia sido fornecida informação”; “Foi informação nova”; “Conhecimento já adquirido”), como podemos confirmar na tabela 60.

A primeira CC é sustentada apenas numa CI que reflete respostas negativas, sem explicitação. A segunda CC resulta de três categorias intermédias que espelham a informação como sendo nova, mas sem explicitação, como sendo nova mas resultado de pesquisa própria, e finalmente como resultado de informação veiculada na TV. E a terceira revela a existência deste conhecimento como previamente adquirido (com 10 referências) apesar da fonte só ter sido especificada num caso (através de familiares).

**Tabela 60** - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3. Foi informação nova ou já tinha esses conhecimentos?

Unidades discursivas	Categorias intermédias	Categorias centrais
Não tive informação (Suj.) 4, 5 Não sabia (Suj.1) Não recebi (Suj. 19)	Não, sem explicitação (N=4)	Nunca havia sido fornecida informação (N= 4)
Foi informação nova (Suj.) 12: (Suj.) 17	Informação nova sem explicitação N= 2	Foi informação nova (N= 6)
Foi informação nova eu pesquisei (Suj. 10) Eu é que pesquisei (Suj. 3)	Informação nova resultado de pesquisa própria N= 2	
Foi informação nova, ouvi na televisão (Suj. 7)” “Ouvi pela primeira vez na TV” (Suj. 13)	Informação nova obtida na TV N=2	
Já tinha conhecimento (Suj. 8) Já tinha esses conhecimentos (Suj.2) 11 já tinha (Suj. 20) “Não foi informação nova” (Suj.) 9; 14,15,16;18	Tinha esses conhecimentos previamente inespecificado (N=9)	Conhecimento adquirido previamente  N=10
As minhas irmãs tinham-me falado (SUJ. 16)	Conhecimento facilitado por familiares (N=1)	

Tendo em linha de conta as respostas à questão 4, que tinha como objetivo elencar em que outras situações se recordava de ter tido informação sobre álcool e gravidez, e o processo de hierarquização de categorias suportado pelas unidades discursivas recolhidas, encontramos três CC (“Múltiplos meios de comunicação”; “Na escola” e “com familiares e conhecidos”), como se pode constatar na tabela 61.

**Tabela 61** - Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4. Em que outras situações se recorda de ter ouvido falar sobre álcool, e gravidez

Unidades discursivas	Categorias intermédias	Categorias Centrais
TV (Suj. 1; 14; 15; 18) Na televisão (Suj. 4; 5; 7; 10; 12) Na TV dizem que não se pode beber (Suj. 13)	Televisão (N=10)	Múltiplos meios de comunicação (media)  (N= 20)
Internet (Suj. 2; 14; 18)	Internet (N=3)	
Comunicação social (Suj.2; 3)	Comunicação social N= 2	
Eu li em revistas (Suj. 19) Revistas (Suj. 7; 15; 18) Livros (Suj. 19)	Revistas e livros N= (5)	
Na escola (Suj. 1; 2; 8; 9) Na escola em trabalhos (Suj.11)	Na escola (N=5)	Na escola (N=5)
Entre amigos (Suj 9) Com os filhos, (Suj 12) Com os colegas no trabalho (Suj 17)	Com familiares e conhecidos (N=3)	Com familiares e conhecidos (N=3)
No Hospital (Suj. 16)	Unidade residual	U. residual

As respostas são mais variadas e múltiplas nesta questão quando comparadas com as anteriores. Assim temos a primeira CC constituída por quatro CI (“televisão”; Internet”; “Comunicação social” e “Revistas e livros”) onde sobressai o peso das referências à televisão (N=10). As duas restantes CC são constituídas, cada uma delas, por uma única CI, refletindo o peso da família e da escola nas experiências das participantes no que se refere a esta questão.

### 3.2.2.1. Discurso do grupo

Temos, assim, em termos de discurso de grupo, um grupo dividido de forma equilibrada entre a ausência de informação e a prestação desta de forma lata sobre álcool e gravidez, aquando das suas gestações. Quando a informação ocorre é predominantemente em contexto de saúde, embora haja várias referências de que o conhecimento sobre os temas em questão já era prévio. Neste seguimento, surgem os múltiplos meios de comunicação social como elementos privilegiados de veiculação de informação sobre álcool, gravidez e amamentação.

Terminado o ponto relativo à apresentação dos dados de âmbito quantitativo e qualitativo, estão criadas as condições para a discussão dos mesmos.

#### **4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo pretende interpretar os resultados de acordo com os objetivos propostos. Na discussão dos resultados serão abordados em primeiro lugar os dados referentes ao questionário sociodemográfico. Seguidamente serão analisados os resultados da análise quantitativa e qualitativa.

No que se refere aos dados sociodemográficos da amostra (150 utentes inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua), relativos às variáveis género, habilitações literárias, estado civil e situação profissional, vão ao encontro do diagnóstico territorial realizado pelo IDT (2012), em que o desemprego, a baixa escolaridade, a ausência de formação profissional, a falta de investimento empresarial e a falta de oportunidades de emprego são variáveis encontradas no concelho do Peso da Régua.

Em relação à bebida de eleição, existe um predomínio de consumo de vinho mais elevado que os dados nacionais, refletindo o facto de se tratar de uma região vinícola. Para além disso, estes dados vão ao encontro da literatura consultada pois, a nível europeu, Portugal é o quarto em consumo de vinho (42 L/ano), vigésimo terceiro em consumo de cerveja (58,7 L), e trigésimo em consumo de bebidas espirituosas (1,4 L) (WHO, 2005b). Por outro lado, tendo em conta o contexto demográfico onde foi realizado o estudo e o facto de ser um país com produtores mundiais de vinho e este servir de pagamento complementar do dia de trabalho, explica, em certa medida, que sejamos um dos maiores consumidores europeus de álcool *per capita* (Balsa, Vital e Pascueiro, 2011).

Verificamos que a amostra iniciou consumos muito cedo, 81,3% começou a beber antes dos dezoito anos de idade, ou seja, anteriormente ao limite imposto pela lei, para além disso pode vir a ser um preditor de consequências graves a nível físico e psicológico (WHO, 2013). Quase 7% da amostra iniciou o consumo com idade inferior aos 10 anos de idade, ou seja, este consumo denota a existência de padrões culturais e sociais referidos em 1989 por Teixeira (2004) e também assinala a adolescência como um período que se caracteriza por uma maior vulnerabilidade dos jovens às eventuais solicitações ambientais (Eccles et al., 2003; Moore et al., 2007).

É de salientar que os homens da amostra começam a beber mais cedo que as mulheres, podendo este facto ser explicado pelas características socioculturais da população portuguesa. Este consumo precoce de bebidas alcoólicas terá sido incentivado por um familiar, alcoólico ou não, sendo de ressaltar que 58% da amostra possui antecedentes familiares com este tipo de problemática, o que está de acordo com Roussaux et al. (2002), que referem que parece existir um papel importante na transmissão do alcoolismo de pais para filhos, levando o jovem a interiorizar aquele comportamento como sendo o correto nos rituais familiares. Teixeira (2004) também descreveu a presença transgeracional de consumo de álcool reconhecido como excessivo, confirmando esta transmissão vertical.

Em relação ao número de copos por dia, 40% respondeu beber 1 a 2 copos por dia, o que vai ao encontro das orientações da OMS (WHO, 2010b), mas uma percentagem interessante da amostra (32% 3 a 4 copos dia; 23,3% mais de 5 copos) faz consumos superiores e, por isso, de risco.

No que se refere aos níveis de risco - AUDIT - e apesar da maioria dos participantes no estudo se encontrar no nível I baixo risco, nos níveis II, III e IV encontra-se 31,1%, o que, tal como descrito na literatura consultada, sugere que os níveis e os padrões de consumo assim como o controlo da acessibilidade ao álcool são vistos como um problema de saúde pública. O álcool é um dos mais importantes determinantes da saúde da UE, sendo assim o momento apropriado para aprofundar a discussão sobre a promoção da saúde e prevenção da doença, devendo a prevenção do alcoolismo e o seu tratamento serem vistos numa perspetiva de igualdade social e económica tanto a nível nacional como europeu (Gomes, 2010). Para além disso, a pontuação total obtida, tanto nos níveis de consumo, sinais de dependência, presença de efeitos nocivos do álcool e modo como o indivíduo valoriza a sua situação, deve ser considerada porque reflete o nível de risco do indivíduo em relação à utilização de bebidas alcoólicas (Cunha, 2002).

Em relação aos falsos conceitos e níveis de risco (AUDIT) relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas, a maioria da amostra demonstra que não tem crenças associadas ao consumo de álcool, e que são todos significativamente mais elevados nos indivíduos que se encontram no nível I, o que vai ao encontro da pesquisa realizada, porque os falsos conceitos são utilizados como justificação para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, tendo como base ideias gerais erróneas (Cabral, Farate e Duarte,

2007), no entanto, só em dois dos falsos conceitos, “o álcool mata a sede” e “depois de beber gosto mais de mim”, existiu uma proporção significativamente mais elevada no nível de risco III (uso nocivo) e no nível IV (dependência), confirmando os autores acima descritos. Para além disso, se relacionarmos os resultados com o contexto onde foi realizado o estudo, estes vão ao encontro dos estudos consultados porque os hábitos, os costumes, as tradições, o uso e os “falsos conceitos” têm impregnado todo o esquema da vida do indivíduo, do grupo familiar e social, estimulando e mantendo um fácil acesso a bebidas alcoólicas (Breda, 2000).

No que se refere às diferenças de género e níveis de risco (AUDIT), os resultados obtidos vão ao encontro de uma pesquisa realizada (Ministério da Saúde, 2009), porque às mulheres está mais associado um consumo menos frequente. No entanto, encontra-se um consumo igualmente moderado, embora realizado mais ocasionalmente. O consumo abusivo regular (consumo em quantidades mais elevadas e realizado de forma regular) associado maioritariamente ao género masculino, assim como um consumo de baixo risco nas mulheres comparativamente àquela que se regista para os homens.

Por fim, na análise referente às diferenças de género e falsos conceitos associados ao consumo de bebidas alcoólicas, só existem três falsos conceitos estatisticamente significativos. No que se refere ao género masculino, os falsos conceitos “o álcool faz render melhor o trabalho” e “quando bebo fico mais alerta” são estatisticamente significativos, isto é, os homens consideram que é verdade, este resultado vai ao encontro da literatura consultada porque os estudos referem que quem exerça uma atividade mais intensa pode ingerir cerca de um quarto de litro a mais do que outro com menor atividade, para além disso, o álcool disfarça o cansaço do trabalho físico ou intelectual intenso pela sua ação euforizante e anestésica, dando a falsa aparência de uma nova energia, para além disso julgam-se mais fortes, mais confiantes em si mesmos, mais hábeis e mais desinibidos (Antunes, 1998; Cabral, Farate e Duarte, 2007).

No terceiro falso conceito estatisticamente significativo, “o álcool pode passar para o bebé através do leite materno”, as mulheres responderam que sim ao contrário dos homens que responderam que não sabiam. Estes resultados não vão ao encontro dos resultados de um estudo realizado por Mello et al. (1988), em que mais de 50% das mulheres inquiridas continuava o consumo de bebidas alcoólicas durante a

amamentação. O consumo, num elevado número de mulheres, começou durante o período de gravidez e de amamentação, e uma fração considerável da população feminina mantinha o consumo durante a amamentação, salientando ser um hábito cultural (Burgos et al., 2002; Del Campio et al., 2009).

Tendo em conta os resultados obtidos relativos à ingestão de bebidas durante o período da gravidez e amamentação, podemos aferir que estes não vão ao encontro da literatura, já que em Portugal, segundo dados disponíveis pelo Ministério da Saúde (2007), cerca de 44% a 89% das grávidas consome álcool nesta etapa desenvolvimental, no entanto, já as citações bíblicas referiam que as mulheres grávidas não deveriam consumir cerveja e vinho, sendo ainda a norma proibitiva em algumas cidades da antiguidade o brinde nupcial com bebidas alcoólicas, que tinha como objetivo prevenir patologias na conceção (Burgos et al., 2002). Na Grécia antiga, os filósofos discutiam os possíveis malefícios do álcool sobre os filhos de mães que consumiam bebidas alcoólicas durante a gravidez (Warner e Rosett, 1975, *cit. in* Burgos et al., 2002).

No que diz respeito à análise qualitativa, verificamos que a maioria da amostra é casada e que se encontra a trabalhar, no entanto, possuem baixas habilitações, o que vai ao encontro das características socioeconómicas da região onde foi realizado o estudo.

Em relação aos resultados obtidos na primeira e segunda perguntas, verificamos que as mulheres referiram não ter obtido informação sobre o consumo de álcool na gravidez e que as informações recebidas eram de informação lata, o que vai ao encontro da literatura. Mennella e Gerrish (1998) referiam que, embora as mulheres grávidas sejam desencorajadas a beber álcool por causa do efeito negativo sobre o desenvolvimento fetal, as tradições de muitas culturas incentivam as mulheres a amamentar e a beber álcool para otimizar a produção de leite materno e a nutrição infantil.

Na terceira e quarta questões, verificamos que parte da amostra recebeu informação em contexto de saúde, no entanto, a informação é pouco específica, o que poderá significar o mau sinalizador da integração da informação. Para além disso, referem ter recebido informação sobre o consumo de álcool e gravidez através da comunicação social, pelo que estes dados revelam que, apesar da amostra ser muito pequena, a informação sobre estes consumos é determinante, porque beber durante a gravidez pode levar a problemas físicos, de aprendizagem, bem como comportamentais no desenvolvimento do cérebro, sendo o mais grave de todos a SFA. Os profissionais de saúde (pediatras e médicos de

clínica geral) estão cada vez melhor informados sobre o TEFA, mas são necessários esforços continuados para apoiar o seu trabalho sobre a exposição ao álcool no período pré-natal, isto é, treiná-los sobre o espectro completo dos efeitos do álcool fetal, a fim de melhorar o diagnóstico e intervenção precoces. No que se refere à intervenção preventiva, não deve ser limitada às mulheres conhecidas por estarem grávidas, educar as pessoas e as famílias sobre exposição fetal ao álcool é uma abordagem necessária (Stoler e Holmes, 1999; Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

## **CONCLUSÃO**

Com a realização desta dissertação, podemos concluir que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um problema grave de saúde, pelo facto de ser uma das doenças que mais influencia os indivíduos numa perspetiva biopsicossocial, cujos pressupostos partilhamos ao longo do trabalho (Ribeiro, 2001).

Uma das principais conclusões deste estudo é que a realidade portuguesa pode ter vindo a mudar nas últimas décadas, fruto do esforço de técnicos a trabalhar no terreno e da maior consciencialização das populações em relação à sua saúde feita pela comunicação social, e pela disseminação mais global da informação que hoje se verifica, isto porque nos dados referentes ao objetivo relacionado com a caracterização dos níveis de consumo podemos concluir que a amostra se encontra no nível I (de baixo risco) com 61,1%, apesar de se manter uma percentagem significativa nos níveis II, III e IV. É de ressaltar que quando consideramos o agrupamento dos níveis II e III (consumo nocivo e dependente) os valores são de 31,1%.

Em relação ao objetivo que pretendia analisar as variáveis propostas para caracterizar a amostra, podemos concluir que a nossa amostra tem uma baixa escolaridade, que a bebida de eleição é o vinho e que o consumo é superior nos indivíduos do género masculino.

Nos falsos conceitos associados ao consumo de bebidas alcoólicas, concluímos que os indivíduos apresentam frequências relativamente baixas de crenças erróneas relativas ao consumo de bebidas alcoólicas (cf. tabela 19). Todavia, nas diferenças de género relacionadas com os falsos conceitos, concluímos que existem dois falsos conceitos estatisticamente significativos que distinguem os dois géneros e que estão relacionados com as características demográficas e laborais onde foi realizada a investigação. No terceiro falso conceito, onde encontramos resultados estatisticamente significativos que diferenciam os géneros, concluímos que, por se tratar de uma questão relacionada com gravidez e amamentação, as mulheres demonstram mais interesse e informação.

Na análise qualitativa podemos concluir que o número de mulheres que relata ter tido informação sobre o consumo de álcool na gravidez e amamentação, tanto em contexto de saúde como através da comunicação, é bastante superficial e lata. Esta constatação vai ao encontro das preocupações atuais das estruturas responsáveis pelas definições de

políticas de saúde neste âmbito patente, por exemplo, nas diretrizes apresentadas pelo PNRPLA 2009-2012 (Ministério da Saúde, 2009), que tinham como objetivos “diminuir a exposição ao álcool e as suas consequências nefastas em crianças por nascer e em crianças inseridas em famílias com problemas ligados ao álcool e reduzir o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e jovens”, isto é, a abordagem relacionada com o consumo nocivo de álcool nestes grupos mais vulneráveis deverá ser, portanto, a mais precocemente possível, pela pertinência do tipo de consequências que provoca no próprio e a terceiros. Uma gestão adequada da informação e do conhecimento reflete-se na melhoria do sistema de saúde e também na participação ativa e esclarecida da sociedade civil.

Em termos de limitações que reconhecemos existem depois de terminado este trabalho, importa referir a característica da amostra como sendo predominantemente de elementos com baixa escolaridade. Uma amostra mais diversificada permitiria analisar de uma forma mais completa o peso da componente da informação adquirida em contextos mais formais promotores de educação.

Ainda no que concerne aos resultados obtidos com o AUDIT, temos que referir que se trata de um instrumento de rastreio e não de diagnóstico, pelo que numa extensão deste estudo seria interessante aprofundar as condições evidenciadas pelos sujeitos com níveis de risco III e IV, a fim de confirmar a existência de diagnóstico de problemas ligados ao álcool com relevância clínica.

Temos também de referir que a quantificação dos consumos por técnicas de autorrelato padece de fragilidades, muito mais quando o investigador é alguém alheio à rede de cuidados de saúde dos participantes, sendo certo que, também nesse contexto, a descrição de padrões de consumo de bebidas alcoólicas tende a ser desvalorizado pelo próprio.

Como perspetivas de alargamento do conhecimento que pudemos construir neste trabalho fica a consciência da necessidade de mais e maior investimento nas questões que associam o álcool aos períodos de gravidez e amamentação. Neste sentido, seria fundamental implementar medidas de prevenção em contexto educativo e de saúde, apostando na transmissão de informação completa e específica, dirigida aos efeitos no feto e na mãe, de modo a assegurar uma integração e uma interiorização efetiva da informação.

O incentivo a estudos mais alargados sobre a temática da gravidez e amamentação e o consumo de bebidas alcoólicas é a recomendação que deixamos a encerrar esta dissertação.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Adés, J. e Lejoyeux, M. (2004). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*, 2ª ed. Lisboa, Climepsi Editores.
- Álcool e o organismo. (1997). *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, 2.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* 5ª ed. Lisboa, Climepsi Editores.
- Anderson, C. L. et al. (2009) Fetal chromosomal abnormalities: antenatal screening and diagnosis. *Am Fam Physician*, 79, pp. 117-123.
- Anderson, P. e Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective. A report for the European Commission*. London, Institute of Alcohol Studies [Em linha]. Disponível em [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf) [Consultado em 12/12/2014].
- André, M. E. D. A (2005). *Etnografia da prática escolar*. Campinas, Papirus.
- Antunes, M. T. C. (1998). Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas. *Referência*, 1.
- Appelbaum, M. G. (1995). Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, management and prevention. *Nurse Practitioner*, 20 (10), p. 24.
- Babor, T. et al. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*. Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Bal, C. (2006). Alcoolismo feminino: Um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (3), pp. 208-211.
- Balsa, C., Vital, C. e Pascueiro, L. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: Prevalências e padrões de consumo 2001-2007*. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Beauchamp, G. K. e Mennella, J. A. (1991). Effects of beer on breast-fed infants. *JAMA*, 269, pp. 1637-1638.
- Beck, A. T. et al. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, Guilford.
- Bobo, J. e Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Research & Health*, 24, pp. 225-232.
- Borges, C. e Filho, H. (2005). *Alcoolismo e toxicodependências*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Breda, J. (2000). Bebidas alcoólicas em jovens escolares: Um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia Coimbra*, 4, pp. 6-8.
- Breda, J. (2010). *problemas ligados ao álcool em Portugal: Contributos para uma estratégia compreensiva*. Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto.
- Burgos, M. G. et al. (2002). The effect of alcoholic beverages in nursing mothers and their impact on children. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, 2, pp. 129-135.
- Cabral, L. R., Farate, M. C. e Duarte, J. C. (2007). Representações sociais sobre o álcool em estudos do ensino superior. *Revista Referência*, 4 (Série 2), pp. 69-72.
- Canhota, C. (2008). Qual a importância do estudo piloto? In: Silva, E. E. (Org.), *Investigação passo a passo: Perguntas e respostas para investigação clínica*. Lisboa, APMCG, pp. 69-72.

- Carmichael-Olson, H., Morse, B. A. e Huffine, C. (1998). Development and psychopathology: Fetal alcohol syndrome and related conditions. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 3 (4), pp. 262-284.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect: Defining the National Agenda for Fetal Alcohol Syndrome and Other Prenatal Alcohol-Related Effects. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 51 (14), pp. 9-12.
- César, B. (2006). *O beber feminino: A marca social do género feminino no alcoolismo em mulheres*. *Cad Saúde Coletiva*, 14 (4), pp. 583-584.
- Chamaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research*. London, Sage Publications.
- Chaudhuri, J. D. (2000). Alcohol and developing fetus: a review. *Med Sci Monit.*, 6 (5), pp. 1031-1041.
- Coles, C. D. (1997). Comparison of children affected by prenatal alcohol exposure and attention deficit-hyperactivity disorder. *Alcohol Clin Exp Res*, 21, pp. 150-161.
- Cordeiro, J. C. (2002). *Manual de psiquiatria clínica*, 2ª ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Coutinho, C. P. (2008). A qualidade da investigação científica de natureza qualitativa: Questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12 (1), pp. 5-15.
- Creasy, R. K., Resnik, R. e Iams, J. D. (2009). *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
- Cunha, J. R. (2002). *Validação da versão portuguesa dos questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Lisboa, Internato complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- De Jong, W. (2001). *You Talking" to me?* U.S. Department of Education's Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention.
- Del Ciampo, L. A. et al. (2009). Prevalence of smoking and alcohol consumption among mothers of infants under six months of age. *Rev Paul Pediatría*, 27, pp. 361-365.
- Dias, J. M. M. (2004). *Formadores: Que desempenho?*. Loures, Lusociência.
- Dietler, M. (2006). Alcohol: Anthropological/archaeological perspectives. *Annual Review of Anthropology*, 35, pp. 229-249.
- Duarte, Z. T., Barrias, J. e Moreira, R. (1993). Influências históricas e culturais nos padrões de consumo em Portugal. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Porto*, 3 (9), pp. 3-4.
- Dupont, L. R. (1997). *Cérebro Álcool e Drogas. O cérebro egoísta: Aprender com dependências*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Eccles, J. et al. (2003). Extracurricular activities and adolescent development. *Journal of Social Issues*, 59 (4), pp. 865-889.
- Edwards, G., Marshall, E. e Cook, C. (1999). *O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais de saúde*, 3ª ed. Porto Alegre, Artmed.

- Fernandes, E. e Maia, A. (2001). Grounded theory. *In: Fernandes, E. e Almeida, A. (Eds.), Métodos e técnicas de avaliação para a prática e investigação psicológicas.* CEEP-UM.
- Finnegan, L. (2010). Neonatal abstinence syndrome: assessment and pharmacotherapy. *In: Rubaltelli, F. F. e Granti, B. (Eds.), Neonatal Therapy: an update.* Amsterdam, Elsevier Science, pp. 122-146.
- Fleming, M. F. et al. (2008). The healthy moms study: the efficacy of brief alcohol intervention in postpartum women. *Alcohol Clin Exp Res*, 32, pp. 1600-1606. .
- Floyd, R. L. et al. (2008). The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol*, 199, pp. 333-339.
- Floyd, R. L. et al. (2009). Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev.*, 15 (3), pp. 193-199.
- Fonseca, M. (2008). Álcool e gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, pp. 277-288.
- Fonte, C. (2005). Investigar narrativas e significados: A Grounded Analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2, pp. 290-297.
- Fontes, C. (2003). Investigar narrativas e significados. A grounded analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa*, 2, pp. 290-297.
- Fortin, M.-F., Côté, J. e Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures, Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J. e Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. *In: Fortin, M-F., O processo de investigação da concepção à realização.* Loures, Lusociência, pp. 15-24.
- Freire, T. M. et al. (2005). Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia*, 27 (7), p. 376.
- Frezza, M. et al. (1990). High blood alcohol levels in women: The role of decreased alcohol dehydrogenase activity in first pass metabolism. *New England Journal of Medicine*, 322, pp. 95-99.
- Galenter, M. (1993). Network therapy for addiction: a model for office practice. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 28-36.
- Gallo, S. (2006). Modernidade/pós-modernidade: Tensões e repercussões na produção de conhecimento em educação. *Educação e Pesquisa*, 32, pp. 551-565.
- Gameiro, A. (1981). Hábitos de beber em Portugal. *In: Liberdade de beber e de não beber.* Lisboa, Ed. Hospitalidade.
- Gavaler, J. S. et al. (1993). Alcohol and estrogen levels in postmenopausal women: the spectrum of effect. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, pp. 786-790.
- Geller, A. (1992). Rehabilitation programs and halfway houses. *In: Lowinson, J. et al. (Eds.), Substance abuse: a comprehensive textbook*, 2nd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, cap. 35.
- Gomes, C. M. P. R. (2010). *A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: Detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários.* Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento.

- Gonçalves, P. F. (1996). A mulher e o alcoolismo. *Sonhar, Comunicar, Repensar a Diferença*, 2 (3), pp. 281-289.
- Graham, K. et al. (1998). Should alcohol measure be adjusted for gender differences? *Addiction*, 93, pp. 1717-1727.
- Hanson, D. J. (2007). *History of alcohol and drinking around the world* [Em linha]. Disponível em <http://www2.potsdam.edu/hansondj/controversies/1114796842.html> [Consultado em 8/12/2014].
- Harrison, J. W., Streissguth, A. P. e Smith, D.W. (2009). The effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis. *J Pediatr.*, 92 (3), pp. 457-460.
- Hermida, M. (2002). Drogas: Quando o feto também consome. *Pais e Filhos*, 133, pp. 16-18.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005), *Investigação por questionário*, 2ª ed. Lisboa, Edições Sílabo.
- Hommer, D. W. (2003). Male and female sensitivity to alcohol induced brain damage. *Alcohol Research & Health*, 27 (2), pp. 181-185.
- Husselid, R. F. e Cooper, M. L. (1992). Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health & Social Behavior*, 33, pp. 348-362.
- Instituto da Droga e Toxicodpendência. (2012). *Plano Operacional de Respostas Integradas: Diagnóstico analítico dos concelhos de Santa Marta de Penaguião, Peso da Régua e Mesão Frio*. Vila Real, Centro de Respostas Integradas.
- Jacobson, S. W., Bihun, J. T. e Chiodo, L. M. (1998). Effects of prenatal alcohol and cocaine exposure on infant cortisol levels. *Developmental Psychopathology*, 11, pp. 195-208.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Hil House Press.
- Jones, K. L. e Smith, D. W (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 2, pp. 999-1001.
- Keegan, J. et al. (2010). Addiction in pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 29, pp. 175-191.
- Kendler, K.S. et al. (1993). A population-based twin study of alcoholism in women. *Journal of the American Medical Association*, 268 (14), 1877-1882.
- Kerns, K. et al. (1997). Cognitive deficits in normal IQ and borderline IQ adults with fetal alcohol syndrome. *Journal of Learning Disabilities*, 30, pp. 685-693.
- Kiritzé-Topor, P. e Benard, J. P. (2007). *Guia prático de acoologia*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Kuczkowski, K. (2007). The effects of drug abuse on pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19, pp. 578-585.
- Lawton, M. E. (1985). Alcohol in breast milk. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 25, pp. 71-73.
- Lessa, L. (2008). *Síndrome Fetal Alcoólico: Do diagnóstico às estratégias preventivas* [Em linha]. Disponível em <http://www.cran.min> [Consultado em 20/12/2014].
- Lima, J. M. B. (2008). *Álcool e gravidez - Síndrome Alcoólica Fetal - SAF: Tabaco e outras drogas*. Rio de Janeiro, Medbook Editora Científica.

- Ludberg, L. S., Bracken, M. B. e Saftlas A. F. (1997). Low to moderate gestational alcohol use and intrauterine growth retardation, low birthweight and preterm delivery. *Ann Epidemiol*, 7, pp. 498-508.
- Machado, P. P. e Gonçalves, O. F. (1999). Introduction: narrative in psychotherapy: the emerging Metaphor. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), pp. 1175-1777.
- Marconi, M.A. e Lakatos, E.M. (2004). *Metodologia científica*, 4ª ed. São Paulo, Atlas.
- Marlatt, G. A. e Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. London, The Guilford Press.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*, 3ª ed. Lisboa, Edições Sílabo.
- Mattson, S. M. (1997). Heavy prenatal alcohol exposure with or without physical features of fetal alcohol syndrome leads to IQ deficits. *J Pediat*, 131, pp. 718-721.
- Mattson, S. N. et al. (1999). Executive functioning in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, pp. 1808-1815.
- May, P. A. e Gossage, J. P. (2001). Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: A summary. *Alcohol Research and Health*, 25 (3), pp. 159-167.
- Mello, M. et al. (1992). A perspectiva alcoólica nos cuidados de saúde primária. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 1, pp. 20-38
- Mello, M. L. M. et al. (1988). *Manual de alcoologia para o clínico geral*. Coimbra, Delagrangue.
- Mello, M. L., Barrias, J. e Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Mennella, J.A. e Gerrish, C.J. (1998) Effects of expo-sure to alcohol in mother's milk on infant sleep. *Pediatrics*, 101 (5), pp. 21-25.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: prioridades para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. cit in Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao Álcool,2010\2011.
- Ministério da Saúde. (2007). *Tabaco, álcool e drogas na gravidez* [Em linha]. Disponível em <http://www.mac.min-saude.pt/clinica/tabacoalcooldrogas.html> [Consultado em 20/11/2014]
- Ministério da Saúde. (2009). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2009-2012)*. Lisboa, MS [Em linha]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DF7BEF4-9F5F-4470-B058376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf> [Consultado em 15/12/2014].
- Monteiro, M. (2000). Repercussões do paradigma pós-moderno na pesquisa de relacionamentos conjugais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20 (2), pp. 38-45.
- Moore, S. et al. (2007). Expanding the tension reduction model of work stress and alcohol use: Comparison of managerial and non-managerial men and women. *Journal of Management Studies*, 44 (2), pp. 261-283.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). NIAAA council approves definition of binge drinking. *Newsletter*, 13, p. 3.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2000). Alcohol and women: An overview. In: *10<sup>th</sup> Special report to the US congress and alcohol and health*. US Department of Health and Human Services, pp. 253-257.

- Nixon, S., Tivis, R. e Parsons, O. (1995). Behavioral dysfunction and cognitive efficiency in male and female alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19 (3), pp. 577-581.
- Nunes, L. M. e Jólluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adicção. Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Oliveira, J. F. (2001). O alcoolismo e suas implicações sociais. In: Carmo, H. (Coord.). *Problemas sociais contemporâneos*. Lisboa, Universidade Aberta., pp. 311-326.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *CID-10: Classificação internacional de doenças e problemas relacionados a saúde*. São Paulo, EDUSP.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: Consecución de ambientes libres de humo de tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Oscar-Berman, M. e Marinkovic, K. (2003). Alcoholism and the brain: An overview. *Alcohol Research & Health*, 27 (2), pp. 125-133.
- Oyama, L. M. et al. (2000). Ethanol intake during lactation. II. Effects on pups' liver and brain metabolism. *Alcohol*, 21 (3), pp. 201-2066.
- Paiva, M. F. e Silva, A. (1995). As dimensões da Personalidade e o Alcoolismo. *Alcoologia*, 1 (1), pp. 53-70.
- Paixão, A. (1993). Mulheres e alcoolismo. *Crónica Feminina 1. Série 2*.
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa, Figueirinhas.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Pillon, S. e Luís, M. (2004). Modelos explicativos para o uso do álcool e droga e a prática de enfermagem. *Revista Latino Americana*, 12 (4), pp. 676-682.
- Pinto, (1989). Alguns aspectos epidemiológicos da doença alcoólica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*.
- Pinto, J. M. (1999) O grupo na adolescência: Vicissitudes do processo de construção/desconstrução. *Referência*, 2, pp. 27-34.
- Pombo, S. (2006). *Que álcool se consome em Portugal?* [Em linha]. Disponível em [www.sociedadeportuguesaalcoologia.pt/content/view/32/72](http://www.sociedadeportuguesaalcoologia.pt/content/view/32/72) [Consultado em 09/11/2014].
- Project CHOICES Research Group. (2002). Alcohol-exposed pregnancy: Characteristics associated with risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 23 (3), pp. 166-173.
- Quartilho, M. J. R. (2001). *Cultura, medicina e psiquiatria*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Rehm, J. et al. (2013). Modelling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23 (2), pp. 89-97.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2001). Tornar-se toxicod dependente: opção ou fatalidade. *Toxicod dependência*, 4 (2), pp. 45-53.

- Roerecke, M. e Rehm, J. (2012). The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 107, 1246-1260.
- Rosa, F. (1999). Alcoolismo: Comorbilidade com outros distúrbios psiquiátricos. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), pp. 79-82.
- Roussaux, J. P., Kreit, B. F. e Hers, D. (2002). *O Alcoolismo em família*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Salmon, J. (2008). Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. *Can J Clin Pharmacol*, 15, pp. 191-213.
- Sampson, P. D. et al. (1997) Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcoholrelated neurodevelopmental disorder. *Teratology*, 56, pp. 317-326.
- Santana, P. (2003). Mortalidade "evitável" em Portugal continental, 1989 a 1993. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, pp. 107-145.
- Santos, I. A. G. S. (1999). Alcoolismo na adolescência: Que intervenção? *Nursing*, 12 (136), pp. 38-39.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Ed.). (2013). *Rede Referenciação/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa, SICAD [Em linha]. Disponível em [http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/Rede\\_Referenciacao%20comportamentos%20aditivos.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/Rede_Referenciacao%20comportamentos%20aditivos.pdf) [Consultado em 12/09/2014].
- Sokol, R. J., Delaney, B. V. e Nordstrom, B. (2003). Fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of the American Medical Association*, 290 (22), pp. 2996-2999.
- Stoler, J. M. e Holmes, L. B. (1999). Under-recognition of prenatal alcohol effects in infants of known alcohol abusing women. *J Pediatrics*, 135 (4), pp. 430-436.
- Stratton, K., Howe, C. e Battaglia, F., (1996). *Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention and treatment*. Washington, DC: National Academy Press.
- Strauss, A. e Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, 2ª ed. Porto Alegre, Artmed.
- Streissguth, A. (1997). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.
- Streissguth, A. P. et al. (1994). Maternal drinking during pregnancy: Attention and short-term memory in 14-year-old offspring: A longitudinal prospective study. *Alcohol Clin Exp Res*, 18, pp. 202-218.
- Streissguth, A. P. et al. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE): Final report*. Seattle, University of Washington Publication Services.
- Streissguth, A. P. et al. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol. *J Dev Behav Pediatr.*, 25 (4), pp. 228-238.
- Streissguth, A.P. et al., (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 265 (15), pp. 1961-1967.

- Teixeira, Z. M. (2004). *Construção e validação de uma narrativa protótipo para o alcoolismo*. Braga, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Dissertação de mestrado.
- Teixeira, Z. M. (2007). Alcoolismo feminino ou histórias de mulheres. *Revista Hospitalidades*, 278, pp. 29-34.
- Vasconcelos-Raposo, J. et al. (2006). *Caracterização dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas nos distritos de Bragança e Vila Real*. Relatório submetido ao Ministério da Saúde (ARS Norte). Vila Real, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Wechsler, H. e Nelson, T. (2001). Binge drinking and the American college student: What's five drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (49), pp. 287- 291.
- Wechsler, H. et al. (1994) Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272, pp. 1672-1677.
- Wilsnack, R. W. et al. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross cultural patterns. *Addiction*, 95, pp. 251-265.
- World Health Organization. (2005a). *Alcohol policy in the WHO european region: Current status and the way forward*. Copenhagen, WHO/Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2005b). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2005c). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm* [Em linha]. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MSD\\_MSB\\_00.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf) [Consultado em 20/10/2014].
- World Health Organization. (2006). *Framework for alcohol policy in the WHO European Region* [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/79396/E88335.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf) [Consultado em 27/06/2014].
- World Health Organization. (2010a). *Final report of the WHO meeting of National Counterparts for Alcohol Policy in the WHO European Region and the AMPHORA Expert meeting*, 14-16 June 2010, Madrid, Spain. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2010b). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, WHO [Em linha]. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf) [Consultado em 27/06/2014].
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health* [Em linha]. Geneva, WHO [Em linha]. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf) [Consultado em 14/12/2014].
- World Health Organization. (2013). *Status report on alcohol and health in 35 european countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Xavier, M. R. (2002). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação: As crianças que não podem dizer não*. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Tese de doutoramento.
- Zago, J. A. (1996). Considerações sobre os aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos da drogadição. *Informação Psiquiátrica*, 15 (4), pp. 145-149.

# **ANEXOS**

## **Anexo I**

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>2</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>3</sup>

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Título do estudo:** Consumos de álcool e falsos conceitos-questões de género numa população que recorre aos serviços de um Centro de Saúde no Concelho do Peso da Régua.

**Enquadramento:** Investigação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa sob a orientação da Professora Doutora Zélia Macedo Teixeira

**Explicação do estudo:** O estudo tem como objetivo o preenchimento de um questionário de rastreio sobre o consumo de bebidas alcoólicas e um questionário de conhecimentos sobre falsos conceitos e questões de género, em utentes inscritos no centro de saúde do Peso da Régua com idade superior a 18 anos de idade e a indivíduos do sexo feminino que estejam grávidas ou que tenham sido mães.

**Condições e financiamento:** Não há pagamento deslocações ou contrapartidas o estudo é da responsabilidade do investigador. A participação é voluntária sem prejuízos assistenciais ou outros caso não queira participar. O presente estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

**Confidencialidade e anonimato:** O investigado poderá fazer as perguntas que julgue necessárias. O investigado tem o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a conclusão da dissertação de Mestrado.

Investigadora: Ana Rodrigues

Profissão: Psicóloga

Endereço electrónico: [anacardosocrodrigues@gmail.com](mailto:anacardosocrodrigues@gmail.com)

Entidade: Universidade Fernando Pessoa

**Assinatura/s:** .....

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE  
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se sentir)

NOME: .....

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA .....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

<sup>2</sup> [http://portal.arsnorte.min-](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>3</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

## **Anexo II**

### Questionário

## 2. CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA/AMOSTRA CLÍNICA

### Instruções

Estas questões fazem parte de um estudo no âmbito da realização de uma dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Zélia Macedo Teixeira.

A tese de Mestrado tem como tema “Consumos de bebidas alcoólicas e falsos conceitos- questões de género numa população que recorre aos serviços da Unidade de Cuidados de saúde Personalizados Peso da Régua”.

Para responder coloque uma cruz (X) na coluna que melhor o caracteriza. Leia atentamente cada pergunta, e responda mais rápido possível de modo a ser sincero e espontâneo

Os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Idade: _____	
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Tem filhos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Quantos _____ Nº de Gravidez _____	
Estado Civil: Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/>	
Habilitações Literárias: <input type="checkbox"/> N/sabe ler nem escrever <4º ano <input type="checkbox"/> 5º-9º ano <input type="checkbox"/> 10º -12º ano <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/>	
Situação Profissional/Profissão: Desempregado <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Profissão: _____	

### Caracterização da amostra clínica

Bebidas de eleição: Cerveja <input type="checkbox"/> Vinho <input type="checkbox"/> Bebidas destiladas <input type="checkbox"/> Licores <input type="checkbox"/>
Idade de início de consumo: < 10 anos <input type="checkbox"/> 10 aos 13 anos <input type="checkbox"/> 14 aos 18 anos <input type="checkbox"/> 19 aos 25 anos <input type="checkbox"/>
Quantos copos de bebida alcoólica ingere por dia: nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 2 copos <input type="checkbox"/> 3 a 4 copos <input type="checkbox"/> mais 5 copos <input type="checkbox"/>  <p>cerveja (22cl = 8,8g de álcool) = vinho (12cl = 11,5g de álcool) = whisky (3cl = 9,6g de álcool)</p>
Consome outras substâncias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais? Café <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Haxixe <input type="checkbox"/> Outras _____
Familiares relacionados com o consumo excessivo de álcool: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se respondeu afirmativamente quais: Cônjuge <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Tios <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Vários familiares <input type="checkbox"/>
Já teve problemas de sinistralidade relacionada com o consumo de álcool: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se respondeu afirmativamente qual: Acidente de Carro <input type="checkbox"/> Acidente no trabalho <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/>
Já teve problemas com a Justiça relacionada com o consumo de álcool: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se respondeu afirmativamente: Conduziu sob o efeito de álcool de forma ocasional <input type="checkbox"/> conduz sob o efeito de álcool regularmente (quase diário) <input type="checkbox"/> Mantém o padrão de conduzir sob o efeito de álcool <input type="checkbox"/> Multa <input type="checkbox"/> Inibição de conduzir <input type="checkbox"/>
Ingeriu bebidas alcoólicas durante o período da gravidez: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Durante quanto tempo: 1ª trimestre <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre <input type="checkbox"/>
Ingeriu bebidas alcoólicas durante o período de amamentação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quanto tempo _____

### **3. AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)**

#### **INSTRUÇÕES**

Para responder coloque o número da resposta que melhor o caracteriza. Leia atentamente cada pergunta, e responda mais rápido possível de modo a ser sincero e espontâneo.

Assinale a resposta que creia mais adequada à sua realidade no decurso do último ano.

Os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.



#### 4. QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS

##### INSTRUÇÕES

Para responder coloque uma cruz (X) na coluna que melhor traduz a sua opinião acerca dos efeitos que o álcool tem em si. Nas questões de resposta aberta, pedimos ao género feminino para responder. Leia atentamente cada pergunta, e responda mais rápido possível de modo a ser sincero e espontâneo

Os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

	Sim	Não	Não sei
1. O álcool dá força.			
2. O álcool alimenta.			
3. Quando bebo fico mais bem-disposto.			
4. Depois de beber o álcool ajuda-me a sentir mais homem/mulher.			
5. O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido.			
6. Depois de beber o trabalho rende-me melhor.			
7. O álcool mata a sede.			
8. O álcool ajuda a digestão.			
9. O álcool é um medicamento.			
10. Depois de beber gosto mais de mim.			
11. Quando bebo fico mais alerta.			
12. O álcool inspira-me.			
13. O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer.			
14. O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação.			
15. Acha que o álcool pode passar para o bebé através do leite materno.			

## **5- Guião da entrevista estruturada para mulheres que já tenham sido mães ou que se encontrem grávidas**

Os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

1. Durante o período de gestação, teve informação específica sobre o consumo de bebidas alcoólicas na gravidez e aleitamento? Que recorda dessas informações.

---

---

---

---

2. Em que situação é que recebeu informação relacionada com o consumo de álcool na gravidez e aleitamento.

---

---

---

---

3. Foi informação nova ou já tinha esses conhecimentos.

---

---

---

---

4. Em que outras situações se recorda de ter ouvido falar sobre álcool, e gravidez?

---

---

---

---

## **Anexo III**

Tabelas dos resultados quantitativos

## *Diferenças de géneros e falsos conceitos*

### *O álcool dá força*

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O álcool dá força”

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	4,722	2	,096
Likelihood Ratio	4,915	2	,093
Teste de Fisher	4,766		,093
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “O álcool dá força”

		<b>Género</b>		<b>Total</b>
		<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	
Sim	Frequências	9	25	34
	% O álcool dá...	26,5%	73,5%	100,0%
	% Género	14,1%	29,1%	22,7%
	% do total	6,0%	16,7%	22,7%
Não	Frequências	42	47	89
	% O álcool dá...	47,2%	52,8%	100,0%
	% Género	65,6%	54,7%	59,3%
	% do total	28,0%	31,3%	59,3%
Não sei	Frequências	13	14	27
	% O álcool dá...	48,1%	51,9%	100,0%
	% Género	20,3%	16,3%	18,0%
	% do total	8,7%	9,3%	18,0%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool dá...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### *O álcool alimenta*

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O álcool alimenta”

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	5,745	2	,057
Likelihood Ratio	5,962	2	,051
Teste de Fisher	5,816		
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “O álcool alimenta”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	10	28	38
	% O álcool alimenta...	26,3%	73,7%	100,0%
	% Género	15,6%	32,6%	25,3%
	% do total	6,7%	18,7%	25,3%
Não	Frequências	45	50	95
	% O álcool alimenta...	47,4%	52,6%	100,0%
	% Género	70,3%	58,1%	63,3%
	% do total	30,0%	33,3%	63,3%
Não sei	Frequências	9	8	17
	% O álcool alimenta...	52,9%	47,1%	100,0%
	% Género	14,1%	9,3%	11,3%
	% do total	6,0%	5,3%	11,3%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool alimenta...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “Quando bebo fico mais bem-disposto”

	Valor	Df	Sig.
Pearson Chi-Square	1,545	2	,462
Likelihood Ratio	1,529	2	,466
Teste de Fisher	1,547		,479
N of Valid Cases	150		

*Quando bebo fico mais bem-disposto*

Diferenças de género e o falso conceito “Quando bebo fico mais bem-disposto”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	23	34	57
	% Fico mais...	40,4%	59,6%	100,0%
	% Género	35,9%	39,5%	38,0%
	% do total	15,3%	22,7%	38,0%
Não	Frequências	28	41	69
	% Fico mais...	40,6%	59,4%	100,0%
	% Género	43,8%	47,7%	46,0%
	% do total	18,7%	27,3%	46,0%
Não sei	Frequências	13	11	24
	% Fico mais...	54,2%	45,8%	100,0%
	% Género	20,3%	12,8%	16,0%
	% do total	8,7%	7,3%	16,0%
Total	Frequências	64	86	150
	% Fico mais...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### *Depois de beber sinto-me mais homem/mulher*

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “Depois de beber sinto-me mais homem/mulher”

	<b>Valor</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	3,529	2	,171
Likelihood Ratio	3,616	2	,164
Teste de Fisher	3,492		,183
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “Depois de beber sinto-me mais homem/mulher”

		<b>Género</b>		
		<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Sim	Frequências	7	18	25
	% Sinto-me...	28,0%	72,0%	100,0%
	% Género	10,9%	20,9%	16,7%
	% do total	4,7%	12,0%	16,7%
Não	Frequências	44	57	101
	% Sinto-me...	43,6%	56,4%	100,0%
	% Género	68,8%	66,3%	67,3%
	% do total	29,3%	38,0%	67,3%
Não sei	Frequências	13	11	24
	% Sinto-me...	54,2%	45,8%	100,0%
	% Género	20,3%	12,8%	16,0%
	% do total	8,7%	7,3%	16,0%
Total	Frequências	64	86	150
	% Sinto-me...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### *O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido*

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido”

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	3,194	2	,203
Likelihood Ratio	3,167	2	,205
Teste de Fisher	3,163		,219
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “O meu desejo sexual aumenta depois de ter bebido”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	11	16	27
	% O desejo...	40,7%	59,3%	100,0%
	% Género	17,2%	18,6%	18,0%
	% do total	7,3%	10,7%	18,0%
Não	Frequências	34	55	89
	% O desejo...	38,2%	61,8%	100,0%
	% Género	53,1%	64,0%	59,3%
	% do total	22,7%	36,7%	59,3%
Não sei	Frequências	19	15	34
	% O desejo...	55,9%	44,1%	100,0%
	% Género	29,7%	17,4%	22,7%
	% do total	12,7%	10,0%	22,7%
Total	Frequências	64	86	150
	% O desejo...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### *O álcool mata a sede*

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O álcool mata a sede”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	3,933	2	,140
Likelihood Ratio	3,906	2	,142
Teste de Fisher	3,829		,152
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “O álcool mata a sede”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	5	10	15
	% O álcool mata...	33,3%	66,7%	100,0%
	% Género	7,8%	11,6%	10,0%
	% do total	3,3%	6,7%	10,0%
Não	Frequências	45	67	112
	% O álcool mata...	40,2%	59,8%	100,0%
	% Género	70,3%	77,9%	74,7%
	% do total	30,0%	44,7%	74,7%
Não sei	Frequências	14	9	23
	% O álcool mata...	60,9%	39,1%	100,0%
	% Género	21,9%	10,5%	15,3%
	% do total	9,3%	6,0%	15,3%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool mata...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### *O álcool ajuda a digestão*

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O álcool ajuda a digestão”

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	,381	2	,826
Likelihood Ratio	,384	2	,825
Teste de Fisher	,403		,831
N of Valid Cases	,150		

Diferenças de género e o falso conceito “O álcool ajuda a digestão”

		<b>Género</b>		
		<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Sim	Frequências	15	24	39
	% O álcool ajuda...	38,5%	61,5%	100,0%
	% Género	23,4%	27,9%	26,0%
	% do total	10,0%	16,0%	26,0%
Não	Frequências	38	48	86
	% O álcool ajuda...	44,2%	55,8%	100,0%
	% Género	59,4%	55,8%	57,3%
	% do total	25,3%	32,0%	57,3%
Não sei	Frequências	11	14	25
	% O álcool ajuda...	44,0%	56,0%	100,0%
	% Género	17,2%	16,3%	16,7%
	% do total	7,3%	9,3%	16,7%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool ajuda...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### *O álcool é um medicamento*

Testes do Qui-quadrado da diferença de géneros e o falso conceito “O álcool é um medicamento”

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	4,727	2	,094
Likelihood Ratio	5,030	2	,081
Teste de Fisher	4,633		,624
N of Valid Cases	,150		

Diferenças de género e o falso conceito “O álcool é um alimento”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	3	12	15
	% O álcool é um...	20,0%	80,0%	100,0%
	% Género	4,7%	14,0%	10,0%
	% do total	2,0%	8,0%	10,0%
Não	Frequências	53	59	112
	% O álcool é um...	47,3%	52,7%	100,0%
	% Género	82,8%	68,6%	74,7%
	% do total	35,3%	39,3%	74,7%
Não sei	Frequências	8	15	23
	% O álcool é um...	34,8%	65,2%	100,0%
	% Género	12,5%	17,4%	15,3%
	% do total	5,3%	10,0%	15,3%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool é um...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

*Depois de beber gosto mais de mim*

Testes do Qui-quadrado da diferença de géneros e o falso conceito “Depois de beber gosto mais de *mim*”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	1,244	2	,537
Likelihood Ratio	1,298	2	,523
Teste de Fisher	1,170		,586
N of Valid Cases	150		

Tabela 71 - Diferenças de género e o falso conceito “Depois de beber gosto mais de *mim*”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	3	8	11
	% Depois de beber...	27,3%	72,7%	100,0%
	% Género	4,7%	9,3%	7,3%
	% do total	2,0%	5,3%	7,3%
Não	Frequências	49	61	110
	% Depois de beber...	44,5%	55,5%	100,0%
	% Género	76,6%	70,9%	73,3%
	% do total	32,7%	40,7%	73,3%
Não sei	Frequências	12	17	29
	% Depois de beber...	41,4%	58,6%	100,0%
	% Género	18,8%	19,8%	19,3%
	% do total	8,0%	11,3%	19,3%
Total	Frequências	64	86	150
	% Depois de beber...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

## *O álcool inspira*

Testes do Qui-quadrado da diferença de género e o falso conceito “O álcool inspira”

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	2,742	2	,254
Likelihood Ratio	2,731	2	,255
Teste de Fisher	2,693		,277
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “O álcool inspira-me”

		<b>Género</b>		<b>Total</b>
		<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	
Sim	Frequências	9	17	26
	% O álcool inspira	34,6%	65,4%	100,0%
	% Género	14,1%	19,8%	17,3%
	% do total	6,0%	11,3%	17,3%
Não	Frequências	37	54	91
	% O álcool inspira	40,7%	59,3%	100,0%
	% Género	57,8%	62,8%	60,7%
	% do total	24,7%	36,0%	60,7%
Não sei	Frequências	18	15	33
	% O álcool inspira	54,5%	45,5%	100,0%
	% Género	28,1%	17,4%	22,0%
	% do total	12,0%	10,0%	22,0%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool inspira	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

## *O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer*

Testes do Qui-quadrado da diferença de géneros e o falso conceito “O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer”

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Pearson Chi-Square	5,569	2	,062
Likelihood Ratio	6,052	2	,049
Teste de Fisher	5,703		,064
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “O consumo de álcool na gravidez e ainda que em pequenas quantidades pode provocar deficiências no bebé que vai nascer”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	53	61	114
	% O álcool na...	46,5%	53,5%	100,0%
	% Género	82,8%	70,9%	76,0%
	% do total	35,3%	40,7%	76,0%
Não	Frequências	7	8	15
	% O álcool na...	46,7%	53,3%	100,0%
	% Género	10,9%	9,3%	10,0%
	% do total	4,7%	5,3%	10,0%
Não sei	Frequências	4	17	21
	% O álcool na...	19,0%	81,0%	100,0%
	% Género	6,2%	19,8%	14,0%
	% do total	2,7%	11,3%	14,0%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool na...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

### *O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação*

Testes do Qui-quadrado da diferença de géneros e o falso conceito “O álcool deve ser evitado durante a gravidez e amamentação”

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	4,233	2	,120
Likelihood Ratio	4,546	2	,103
Teste de Fisher	4,289		,118
N of Valid Cases	150		

Diferenças de género e o falso conceito “O álcool deve ser evitado durante a gravidez”

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Sim	Frequências	55	66	121
	% O álcool deve...	45,5%	54,5%	100,0%
	% Género	85,9%	76,7%	80,7%
	% do total	36,7%	44,0%	80,7%
Não	Frequências	5	5	10
	% O álcool deve...	50,0%	50,0%	100,0%
	% Género	7,8%	5,8%	6,7%
	% do total	3,3%	3,3%	6,7%
Não sei	Frequências	4	15	19
	% O álcool deve...	21,1%	78,9%	100,0%
	% Género	6,2%	17,4%	12,7%
	% do total	2,7%	10,0%	12,7%
Total	Frequências	64	86	150
	% O álcool deve...	42,7%	57,3%	100,0%
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	42,7%	57,3%	100,0%

## **Anexo IV**

Tabelas dos resultados qualitativos

	<b>Pergunta 1. Durante o período de gestação, teve informação específica sobre o consumo de bebidas alcoólicas na gravidez e aleitamento? Que recorda dessas informações.</b>	<b>Pergunta 2. Em que situação é que recebeu informação relacionada com o consumo de álcool na gravidez e aleitamento.</b>	<b>3. Foi informação nova ou já tinha esses conhecimentos</b>	<b>4. Em que outras situações se recorda de ter ouvido falar sobre álcool, e gravidez?</b>
Sujeito 1. (42 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Não.	Não recebi	Não sabia	TV e na Escola
Sujeito 2. (29 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Desempregada	Sim. Não deveria consumir bebidas alcoólicas	Centro de saúde	Já tinha esses conhecimentos.	Comunicação Social e Internet
Sujeito 3 (59 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Não tive acompanhamento	Não recebi	Eu é que pesquisei	Comunicação social
Sujeito 4 (65 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Desempregada	Não recebi informação	Nunca recebi. Acho que beber durante este período faz com que a mulher tenha mais leite	Não tive informação	Na televisão
Sujeito 5 (54 anos) <b>Estado civil:</b> Casada	Não	Pode-se beber dois copos de vinho por dia.	Não tive informação	Na televisão
Sujeito 6 (21 anos) <b>Situação profissional:</b> Desempregada	Não deram informação.	Na consulta	Não, já tinha	Na escola
Sujeito 7 (45 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Desempregada	Nunca disseram para não beber	Nunca falaram	Foi informação nova, ouvi na televisão	Televisão e <i>revistas</i>
Sujeito 8 (28 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Sim. Seria prejudicial para o bebé	Na consulta	Já tinha conhecimento	Na escola
Sujeito 9 (38 anos) <b>Estado Civil</b> Casada <b>Situação profissional</b> Desempregada	Sim, através de panfletos.	Aulas de preparação para o parto	Não foi informação nova	Na escola, entre amigos
Sujeito 10 (33 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Desempregada	Não. Eu pesquisei	Não recebi	Foi informação nova eu pesquisei	Televisão
Sujeito 11 (29 anos) <b>Estado civil:</b> Casada	Sim. Que seria prejudicial para o bebé	No centro de saúde	Já tinha esses conhecimentos	Na escola em trabalhos

Sujeito 12 (45 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Não recebi	Não falaram porque sabiam que não bebia.	Foi informação nova	Com os filhos, Televisão
Sujeito 13 (55 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Nunca me disseram para não beber	Não falaram durante a gravidez. No aleitamento podia beber cerveja preta.	Ouvi pela primeira vez na TV	Na TV dizem que não se pode beber
Sujeito 14 (33 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Sim deram essa informação.	Em consulta de acompanhamento.	Não foi informação nova.	Na TV, Internet
Sujeito 15 (40 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Sim recebi.	No Hospital	Não foi informação nova	Na TV e revistas.
Sujeito 16 (58 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Sim recebi, fazia mal à criança.	No centro de saúde	Não foi informação nova as minhas irmãs tinham-me falado	No Hospital
Sujeito 17 (42 anos) <b>Estado Civil</b> Casada <b>Situação profissional</b> Empregada	Sim fui informada dos malefícios do álcool.	Na consulta de obstetrícia	Foi informação nova	No trabalho com colegas.
Sujeito 18 (36 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Sim recebi	Na consulta de obstetrícia	Não foi informação nova	Internet, TV e revistas.
Sujeito 19 (43 anos) <b>Estado civil:</b> Casada <b>Situação profissional:</b> Empregada	Não recebi	Nunca falaram sobre esse tema	Não recebi	Eu li em revistas e livros.