

TABACO E ÁLCOOL EM ESTUDANTES: MUDANÇAS DECORRENTES DO INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR

Maria Helena Pimentel (hpimentel@ipb.pt), Maria Augusta Pereira da Mata, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes.

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.

RESUMO- Os jovens com diferenças significativas relativamente a outros grupos etários correm riscos de vária ordem. O consumo de tabaco e álcool em estudantes do ensino superior poderá ocorrer dentro de um contexto académico de maior vulnerabilidade pela envolvimento peculiar, ritualizada e institucionalizada. Com o objetivo de avaliar o padrão de consumo destas substâncias e identificar possíveis mudanças decorrentes do ingresso e permanência neste nível de ensino, bem como analisar o sentido dessa mudança aplicou-se um inquérito de cariz quantitativo. Recorreu-se a uma amostra estratificada proporcional por curso e escola que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%). As diferenças observadas, do ponto de vista da estatística, relativamente às variáveis idade, sexo, retenção escolar e participação em atividades extracurriculares sugerem a necessidade de uma abordagem diferenciada, no sentido de implementar estratégias de educação e promoção da saúde, ajustadas e individualizadas.

Palavras-chave- Consumo de Tabaco e Álcool; Alteração dos Consumos; Estudantes do Ensino Superior.

TOBACCO, ALCOHOL CONSUMPTION IN STUDENTS: CHANGES WITH THE ENTRANCE IN HIGH EDUCATION

ABSTRACT- Compared to other age groups, young people are significantly more exposed to several risks. The consumption of tobacco and alcohol in students of higher education can occur within an academic context of increasing vulnerability, by its peculiar, ritualized and institutionalize environment. Aiming to assess the pattern of use of these substances and to identify possible changes arising from the entry and stay at this level of education, as well as analyze the effect of this change was applied to an investigation of a quantitative nature. It was used a stratified and proportional sample by course and school, constituted by 272 male students (40,5%) and 400 female (59,5%). From the statistical point of view, the differences observed related to age, sex, school retention and participation in extracurricular activities suggest the need of a differentiate approach, in order to implement adjusted and individualized educational and health promotion strategies.

Key words- Tobacco; Alcohol; changing consumption; Students of Higher Education.

Recebido em 04 de Junho de 2011/ Aceite em 22 de Março de 2013

O conhecimento dos comportamentos dos estudantes do Ensino Superior relativos à saúde continuam, em Portugal, insuficientes não obstante alguns estudos apontarem para a necessidade de desenvolver investigação e intervenção neste âmbito (Pereira & Ramos, 2000; Pereira & Silva, 2001; Pereira *et al*, 2005, RESAPES, 2002). O ingresso neste nível de

ensino, a par das múltiplas mudanças operadas numa fase final da adolescência e início da idade adulta, determina a necessidade de intervenções específicas, fundamentadas numa série de novos e não menos complexos desafios como a alteração na dinâmica familiar, em muitos casos motivada pela saída de casa; a adaptação a um sistema de ensino com regras diferentes; a gestão de uma maior autonomia; a ansiedade decorrente de múltiplas adaptações; entre outros. A juventude tem sido tradicionalmente vista como um período de exploração e de descoberta pelo que a experiência do risco é inerente a muitos dos hábitos de vida juvenis. A pressão que muitos jovens sentem no sentido de adotar posturas ou comportamentos consentâneos com determinados hábitos de vida pode contribuir para afetar a sua saúde, ou mesmo, conduzi-los a uma morte prematura. Contudo, nem todos os riscos geram consequências nefastas e a própria experiência de risco, para além de ser positiva em muitos casos, é necessária ao desenvolvimento da identidade juvenil.

Grande parte dos jovens têm consciência do risco em que estão envolvidos ao praticarem determinados comportamentos mas preferem ignorá-los por atribuírem maior valor a consequências psicossociais inerentes a esses comportamentos (Matos & equipa do Projeto Aventura Social, 2010). Um dos aspetos essenciais desta abordagem diz respeito ao processo de socialização dos indivíduos. Este pressupõe a tomada de iniciativas que contemplam exploração, descoberta e aprendizagem. A forma como se interpreta o risco é sempre mediada pelos diversos contextos. Em relação aos jovens importa centrar a atenção nos comportamentos que mais se identificam com este grupo etário. Neste processo vivenciam-se situações que envolvem com frequência algum risco pessoal, nomeadamente, em termos de consumo de substâncias psicoativas. Por conseguinte, o abuso e as perturbações neste grupo poderão ocorrer dentro de um contexto académico de maior vulnerabilidade pela envolvimento tão peculiar, ritualizada e institucionalizada destes estudantes.

O cenário relativamente à evolução dos consumos, nos últimos anos, entre os jovens de 35 países europeus não é animador. Em relação ao tabaco, na generalidade dos países, verifica-se uma estabilização ou o decréscimo do mesmo, tendência acompanhada em absoluto pelos jovens portugueses. Quanto ao álcool em média, 43% dos estudantes referiram situações de consumo esporádico excessivo durante os últimos 30 dias, mais comum entre os rapazes do que entre as raparigas. Em média, o consumo esporádico excessivo durante os últimos 30 dias aumentou entre 1995 e 1999 e 2003 e 2007. O aumento mais pronunciado entre 2003 e 2007 verificou-se em Portugal (Hibell *et al*, 2009).

O tabaco e o álcool são responsáveis por cerca de 4% do peso global de um conjunto de doenças (OMS, 2004; Room *et al*, 2005). O consumo do tabaco constitui nos países desenvolvidos a mais devastadora causa de doença evitável e de morte prematura. Está associado a um conjunto de doenças, destacando o cancro do pulmão, boca e laringe, a doença cardíaca e cerebrovascular e as doenças pulmonares obstrutivas crónicas (Ferreira da Silva, 2003; Ogden, 2004; Pereira & Mateus, 2003). A mortalidade atribuída ao tabagismo tem uma importante magnitude e segue uma tendência crescente, tanto em homens como em mulheres. De acordo com as estimativas efetuadas por Eriksen & Mackay (2002), o consumo do tabaco está associado à morte de muito mais pessoas, do que a SIDA, as drogas ilícitas, os acidentes de trânsito, os assassinios e os suicídios, em conjunto.

Na mulher a preocupação relativamente a este consumo é dupla, por prejudicar não apenas a sua saúde mas também a do seu filho. Efetivamente, para além dos riscos gerais as mulheres

fumadoras têm riscos adicionais, específicos do gênero. O tabagismo contribui para reduzir a fertilidade, aumenta o risco de menopausa precoce e, quando associado ao uso de anticoncepcionais, aumenta o risco de doença cardíaca. Acresce a tudo isto, as conhecidas dificuldades sentidas pelas mulheres que engravidam de deixarem de fumar, pelo que, a curto prazo os problemas relacionados com a gravidez, assim como os problemas perinatais (morte fetal, parto prematuro e baixo peso ao nascer) terão tendência a aumentar (Martinez-Acitores *et al*, 2003).

Não menos preocupante é o facto da grande maioria dos fumadores iniciarem o consumo na adolescência (Macedo & Precioso, 2004; Nunes, 2004). Na União Europeia, o pico de iniciação ocorre entre os 12 e os 14 anos (Vitória *et al*, 2000) e, tal como sucede com o consumo de álcool, as pessoas que começam a fumar em idades precoces, correm maior risco de se tornarem dependentes do que as que iniciam o consumo em idades mais tardias. O Comissário Europeu responsável pela saúde e proteção dos consumidores diz-nos que se uma pessoa não começar a fumar na adolescência, raramente adquire esse hábito posteriormente (Byrne, 2001).

Por sua vez, o álcool é a droga que a juventude mais consome, habitualmente, mais do que o tabaco e do que as drogas ilícitas (Johnston *et al*, 2005). É uma droga poderosa que altera o estado anímico da pessoa e, quando consumida por jovens em crescimento e desenvolvimento, representa um grave perigo para a sua saúde física e mental. São vários os estudos que apontam para um consumo cada vez mais precoce (Matos & equipa do Projeto Aventura Social, 2010; Mello, 2001; Ministério da Saúde, 2000; 2004; 2009). O nosso país é um dos países membros da União Europeia, com maiores taxas de consumo de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao seu consumo (Mello, 2001; Ministério da Saúde, 2004; 2009). Este consumo em idades tão precoces é duplamente preocupante. Por um lado, é conhecida a imaturidade orgânica para uma eficaz e completa metabolização provocando danos hepáticos e cerebrais, donde resultam problemas orgânicos e *deficits* neuro cognitivos com implicações na saúde, na aprendizagem e no desenvolvimento intelectual (Zeigler *et al*, 2005). A ciência tem demonstrado que jovens bebedores recordam menos 10% do que os não bebedores (Brown *et al*, 2000). Por outro, o início precoce do consumo de álcool, está, não raras vezes, associado à ocorrência de diversos problemas, incluindo comportamentos agressivos, acidentes, condução perigosa, absentismo escolar, aumento do risco para o consumo de outras drogas, bem como futura dependência alcoólica (Grant & Dawson, 1997).

Também o consumo de cerveja e de bebidas destiladas tem aumentado significativamente, especialmente entre os jovens portugueses que têm vindo a adotar, cada vez mais, um padrão de consumo maciço aos fins-de-semana, associado a momentos e locais de diversão, abandonando o consumo regular às refeições, característico da cultura mediterrânica (Ministério da Saúde, 2000; 2009).

Com efeito, o consumo de álcool em idades precoces é um poderoso fator preditor de abusos e dependência ao longo da vida (Grant & Dawson, 1997; Londoño-Pérez, 2005; OMS, 1995). Para além de tudo isto, o álcool também pode levar a um aumento da atividade sexual desprotegida, expondo a doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes não planeadas, comportamentos agressivos, atos ilícitos, entre outros (Anderson & Baumberg, 2006;

Johnston *et al*, 2005; Ministério da Saúde, 2009; OMS, 2002; 2004; Raistrick *et al*, 2006). Cerca de dois terços das cirroses são de etiologia alcoólica (Cortez-Pinto *et al*, 2004).

A amplitude e a gravidade dos problemas ligados ao álcool, em Portugal, em termos de saúde pública, impuseram a tomada de medidas, quer de educação e promoção da saúde, quer de natureza legislativa e fiscalizadora. Em 2000 foi criado o Plano de Ação Contra o Alcoolismo (Ministério da Saúde, 2000) que integra um conjunto de medidas adequadas e exequíveis, articuladas ou harmonizadas com o Plano de Ação Europeu sobre o Álcool. Contudo, a dimensão mundial do problema do álcool mantém-se e expressa-se no facto da comunidade internacional, em particular a União Europeia, ter chamado a si a abordagem e a necessidade de reunir esforços no sentido de minorar a dimensão deste problema e resolver os seus aspetos transversais que condicionam o indivíduo e a sociedade onde se insere. Concretamente, a Comissão Europeia identificou as áreas mais preocupantes relacionadas com este consumo e estabeleceu em 2006 uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool. A nível nacional procurou articular-se o já referido Plano de Ação Contra o Alcoolismo com o presente Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool que pretende, antes de mais, operacionalizar a maioria das intenções explicitadas no Plano anterior, tendo como objetivo primordial reduzir (passar para oito litros o consumo anual *per capita*) o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde. Pretende, ainda, proporcionar um enquadramento que permita adotar uma estratégia equilibrada através de diversas ações específicas, que vão ao encontro do preconizado pela Comissão Europeia (Ministério da Saúde, 2009). O Plano fixa 25 objetivos e propõe alteração da idade legal para a compra e venda de bebidas alcoólicas em locais públicos, dos 16 para os 18 anos, como de resto já acontece na maioria dos países europeus. Prevê, também, a promoção da fiscalização sistemática nos locais de consumo e de venda.

Nos jovens a imaturidade orgânica para uma eficaz e completa metabolização do álcool persiste pelo menos até aos 18 anos, limiar de idade que alguns países, como os Estados Unidos da América e o Canadá, definiram aos 21, por cientificamente ter sido considerada melhor para a saúde. No sexo feminino, este problema agrava-se porque para além de uma menor capacidade de metabolização a nível hepático, o organismo apresenta menor concentração de água (10 a 15%) e menor superfície corporal. Assim, para ambos os grupos, por regra, a mesma quantidade de álcool produz uma ação mais significativa, quer psicotrópica, quer patogénica, quando comparada com a verificada nos homens adultos (Ministério da Saúde, 2000; 2009).

A problemática dos consumos na população estudantil é uma questão de saúde e uma preocupação educacional. Numerosos fatores podem influenciar o modo como os jovens se aproximam destas substâncias. A entrada num curso superior com todas as implicações de carácter adaptativo poderá constituir-se um importante fator para o início ou para o aumento do mesmo. Por conseguinte, pretendeu-se avaliar, nesta população, o padrão de consumo de tabaco e álcool. Pretendeu-se, ainda, identificar possíveis mudanças nos consumos decorrentes do ingresso e permanência no Ensino Superior e analisar o sentido dessa mudança.

MÉTODO

Participantes

O estudo incide sobre um leque de 38 licenciaturas com 3137 alunos, numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola (em 5 escolas do Instituto Politécnico de Bragança-IPB). Foram inquiridos apenas os estudantes que frequentassem o 2º e o 3º ano de todos os cursos de licenciatura, tendo sido excluídos, os estudantes do 1º ano desses cursos, uma vez que pretendíamos identificar possíveis alterações nos consumos em função da entrada e do percurso académico. Como a recolha de dados foi levada a cabo no 1º semestre, considerámos o espaço temporal decorrido demasiado curto para que pudessem observar-se alterações neste grupo. Tendo em vista a uniformização da amostra, os alunos do 4º ano dos cursos da área da saúde também foram excluídos. Definimos, ainda, como critério de exclusão os estudantes com mais de 29 anos, tendo em conta o referencial teórico que caracteriza os limites cronológicos da juventude europeia (Machado & Matias, 2006). A amostra integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672.

Material

Aplicou-se um inquérito de cariz quantitativo, construído para o efeito, com base nas variáveis em estudo e em inquéritos de saúde nacionais e internacionais, adaptados ao grupo etário e ao contexto académico (Balsa *et al*, 2008; INE/INSA, 2009; Edwards, Arif, & Hadgson, 1981; Machado Pais & Villaverde Cabral, 2003; 2009; Matos & equipa do Projeto Aventura Social, 2010).

Recorremos à estatística descritiva que permite perceber a forma como se distribuem as respostas às questões colocadas no inquérito, através de frequências absolutas (n°) e relativas (%) e à estatística analítica para verificar correlações entre variáveis. Foi aplicado o teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2) ou de Pearson. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas variáveis foi inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher. Para verificar a correlação entre variáveis contínuas ou ordinais foi determinado o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição não exigindo a normalidade das mesmas.

Procedimentos

A amostra foi extraída do universo de 6125 alunos do IPB e foi determinada da seguinte forma: em primeiro lugar foram excluídos os alunos que frequentassem os cursos de mestrado e CETs, que representavam um total de 470 alunos; de seguida contabilizámos os alunos de licenciatura, foram retirados os alunos que frequentassem o 1º ano de todos os cursos, o 4º ano dos cursos da área da saúde excluindo assim um número que cresce para 2500. Atendendo a que as escolas não têm o mesmo número de alunos, para obtermos uma amostra representativa e proporcional da população total, constituíram-se extratos ou subgrupos com idêntica representação e proporcionalidade relativamente à população. Considerando que devíamos incluir alunos de todos os cursos e que a variável género seria de enorme importância para o estudo empreendido, constituíram-se subgrupos ou estratos em relação a cada uma destas variáveis. Seguidamente, tendo como base a percentagem de inquiridos necessária para a amostra final foi estabelecida uma quota e definido o número de sujeitos a inserir pertencentes a cada subgrupo (Almeida & Freire, 2003; Carmo & Ferreira, 2001).

A população alvo da qual se extraiu a amostra resulta de um total de 3137 alunos, cujo valor numérico e percentual corresponde, respetivamente, a: Escola Superior Agrária $n=432$ (13,8%); Escola Superior de Educação $n=700$ (22,3%); Escola Superior de Saúde $n=597$ (19%); Escola Superior de Tecnologia e Gestão $n=907$ (28,9%) e, por último, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Mirandela $n=501$ (16%).

RESULTADOS

Dos jovens inquiridos 78% têm entre 19 e 23 anos com uma média de 21,85 anos e 60% são do sexo feminino. Os pais têm no máximo a instrução primária com 41,4% para a mãe e 44,1% para o pai, seguida do 2.º ciclo (24,7% para ambos). A formação de nível superior é mais elevada para a mãe (10%, versus, 7%). Na mãe predomina a situação de doméstica (32,7%), seguida de trabalhadora não qualificada (18,9%). No pai predomina o grupo dos operários, (30,1%), seguido do pessoal dos serviços e vendedores (25,4%). 86,2% saíram de casa, vivendo maioritariamente em apartamentos com outros estudantes (75,3%) e em residências estudantis (13,3%). 40,9% revelam envolvimento em atividades extracurriculares.

No que diz respeito ao tabaco (quadro 1) observam-se maiores consumos nos rapazes comparativamente às raparigas (48,5%, vs, 36,3%), com relevância estatística ($p=0,002$). A diferenciação estatisticamente significativa mantém-se para os estudantes com mais idade (54%; $p<0,001$), com retenção escolar (53%; $p<0,001$) e para estudantes das escolas agrária, educação e tecnologia por comparação com a escola de saúde (48,3%, 46,8% e 43,8%, 41,8%, versus, 26,5%; $p=0,009$).

Quadro 1 –

Consumo de tabaco em função de variáveis de natureza individual e académicas

	Fuma Atualmente		<i>p</i>		
	Não ($n=395$; 58,8%)	Sim ($n=277$; 41,2%)			
Idade					
19-22	291	65,20%	155	34,80%	<0,001**
23-29	104	46,00%	122	54,00%	
Sexo					
Masculino	140	51,50%	132	48,50%	0,002**
Feminino	255	63,80%	145	36,30%	
Escola					
ESSA	83	73,50%	30	26,50%	0,009**
ESTIG	153	58,20%	110	41,80%	
ESTIGM	45	56,30%	35	43,80%	
ESA	31	51,70%	29	48,30%	
ESE	83	53,20%	73	46,80%	
Retenção escolar					
Não	261	67,40%	126	32,60%	<0,001**
Sim	134	47,00%	151	53,00%	
Atividades extracurriculares					
Não	242	61,00%	155	39,00%	0,168
Sim	153	55,60%	122	44,40%	

p = Teste de Independência do Qui-Quadrado; **significância a 1%.

TABACO E ÁLCOOL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Relativamente à frequência de consumo como se pode observar na figura nº1, 36,6% dos jovens inquiridos nunca fumaram, 17,9% apenas experimentaram e 4,3% são ex-fumadores, traduzindo um somatório de 59% de não fumadores. Fumam diariamente 31,4% dos estudantes da amostra e 9,8% expressam um consumo não diário.

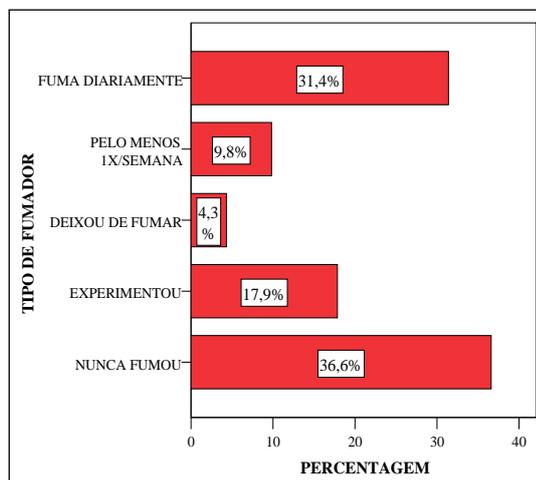
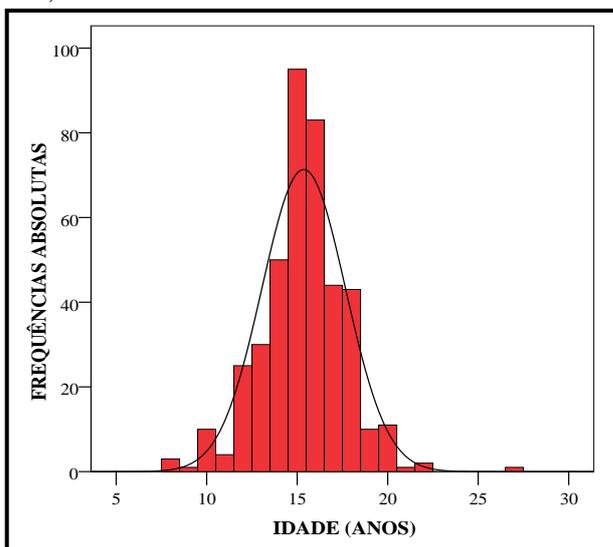


Figura 1 – Frequência do consumo de tabaco

Como se pode observar nos dados da figura nº 2 a iniciação ao tabaco faz-se a partir de idades muito precoces, variando entre os 8 e os 27 anos, mas é sobretudo a partir dos 12 que se observa uma iniciação crescente que apenas começa a diminuir de intensidade depois de ter atingido o ponto mais crítico por volta da idade dos 15 anos. A média de iniciação situa-se nos 15,36 anos.



Mínimo = 8	Moda = 15	Média = 15,36
Máximo = 27	Mediana = 15	D.Padrão = 2,31

Figura 2 – Idade com que fumou o primeiro cigarro

Os riscos que os consumos comportam são sobejamente conhecidos pelos jovens. Porém, entender o comportamento que compele para estes modos de conduta implica uma reflexão que não se traduz apenas sobre a ação em si mesma, antes, obriga à análise do contexto em que se produz. Nesse sentido, procurámos atender às socializações que se vão construindo nos espaços formativos, como se expressam e que modificações poderão ocorrer ao longo do tempo. Assim, verificou-se (figura nº 3) que a maioria dos jovens (65,1%) não alterou os hábitos do consumo de tabaco mediante a entrada no Ensino Superior. Dos que alteraram esses hábitos, 77,2% fumam mais do que fumavam, aos quais acresce 14,8% que começaram a fumar. Apenas 8,1% reduziram ao consumo.

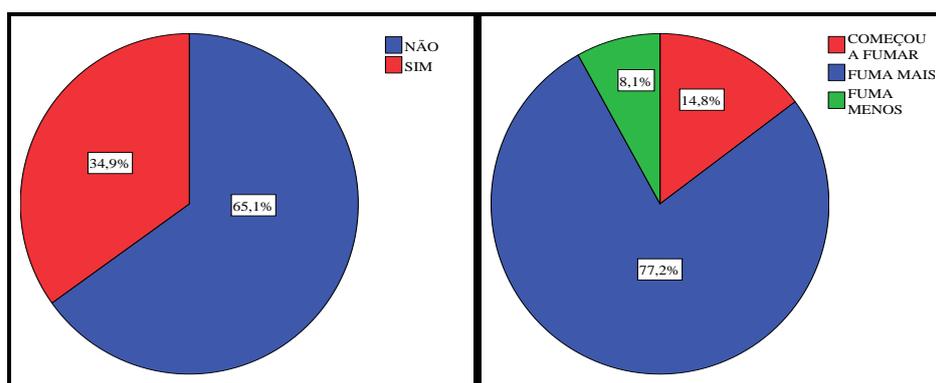


Figura 3 – Alteração do consumo de tabaco associada ao ingresso no Ensino Superior e sentido dessa alteração

Relativamente ao consumo de álcool, o quadro nº 2 permite verificar que ao longo da vida, somente uma minoria (3,7%) dos jovens por nós inquiridos nunca ingeriu bebidas alcoólicas. Dos 96,2% que ingeriram bebidas alcoólicas, fizeram-no com a seguinte regularidade: 4,1% entre “1 e 9 vezes”, 8,6% entre “10 e 19”, 20,4% entre “20 e 30” e 63,1% “mais de 30 vezes”. Nos últimos 12 meses, estes valores sobem para 8,5%, 13,5%, 15,3%, 25% e 40,5%. Relativamente aos últimos 30 dias, apenas 9,1% da amostra refere nunca ter consumido álcool. Os valores percentuais de consumo mais elevados situam-se na opção “20-30 vezes” e “10-19 vezes” (25,7% e 31%, respetivamente). De salientar que 10,7% da amostra revela um padrão de consumo que ultrapassa uma vez/dia.

Quadro 2 – Consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida/no último ano/no último mês

nº de vezes	Consumo de bebidas alcoólicas		
	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Nunca	25(3,7%)	38(5,7%)	61(9,1%)
1-2	3(0,4%)	9(1,3%)	42(6,3%)
3-5	5(0,7%)	25(3,7%)	60(8,9%)
6-9	20(3%)	57(8,5%)	56(8,3%)
10-19	58(8,6%)	103(15,3%)	173(25,7%)
20-30	137(20,4%)	168(25%)	208(31%)
Mais de 30	424(63,1%)	272(40,5%)	72(10,7%)
Total	672(100%)	672(100%)	672(100%)

TABACO E ÁLCOOL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Por sua vez, os resultados observados no quadro nº 3 permitem constatar que existe regularidade no consumo de bebidas alcoólicas nos três momentos em análise. Contudo, e como seria espetável, com um valor médio mais baixo nos últimos 30 dias. As diferenças, a este nível, são altamente significativas ($p=0,001$).

Quadro 3 – Consumo de bebidas alcoólicas em média/ao longo da vida/no último ano/no último mês

Consumo de álcool	MO	<i>p</i>
Ao longo da vida	2,65	
Últimos 12 meses	2,1	0,001**
Últimos 30 dias	1,25	

**Teste de Friedman.

Com a pretensão de analisar as correlações entre a frequência do consumo de álcool num momento, versus, outro dos três momentos em estudo, recorreremos ao coeficiente de correlação de Spearman (r_s). A correlação altamente significativa, conforme os dados do quadro nº 4, indica um padrão de consumo que se mantém ao longo do tempo. Assim, quem ingere regularmente bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, também o fez nos últimos 12 meses e ao longo da vida e, o contrário, também é verdadeiro.

Quadro 4 – Correlação entre a ingestão de álcool nos três momentos

Consumo de álcool	r_s	n°	<i>p</i>
Ao longo da vida/Nos últimos 12 meses	0,81	672	<0,001**
Ao longo da vida/Nos últimos 30 dias	0,72	672	<0,001**
Nos 12 meses/Nos últimos 30 dias	0,83	672	<0,001**

r_s - Coeficiente de Correlação de Spearman.

Quanto ao tipo de bebidas, a cerveja é a bebida mais consumida pelos jovens inquiridos. Os resultados do quadro nº 5 permitem constatar que, nos últimos 30 dias, 19,2% dos jovens inquiridos dizem não ter consumido cerveja, versus, 80,8% consumidores desta bebida (dos quais 40,6% apresentam um padrão de consumo regular e excessivo: 32,3% “10-19 vezes”; 6,5% “20-30 vezes” e 1,8% “mais de 30 vezes”). Relativamente ao consumo de vinho no mesmo período, 62,9% do total da amostra revelam-se abstinente, versus 37,1% que sendo consumidores, assinalam consumos esporádicos desta bebida (11,8% “1-2 vezes”; 11,2 % “3-5 vezes”). Apenas 1,9% e 0,6% revelam consumos regulares e elevados. Quanto ao consumo de bebidas destiladas, no total da amostra, 26% dizem-se não consumidores deste tipo de bebidas, versus, 74% que sendo consumidores revelam um padrão de consumo mais regular e excessivo comparativamente à anterior bebida (destes 27,5% “10-19 vezes”; 0,4% “mais de 30 vezes”).

Quadro 5 – Consumo de cerveja, vinho e bebidas destiladas nos últimos 30 dias

nº de vezes	Consumo de bebidas		
	Cerveja	Vinho	Beb. Destiladas
Nunca	129 (19,2%)	423 (62,9%)	175 (26%)
1-2	50 (7,4%)	79 (11,8%)	73 (10,9%)
3-5	98 (14,6%)	75 (11,2%)	129 (19,2%)
6-9	122 (18,2%)	31 (4,6%)	90 (13,4%)
10-19	217 (32,3%)	47 (7%)	185 (27,5%)
20-30	44 (6,5%)	13 (1,9%)	17 (2,5%)
Mais de 30	12 (1,8%)	4 (0,6%)	3 (0,4%)
Total	672(100%)	672(100%)	672(100%)

Com a pretensão de estudar quais as bebidas mais consumidas e se existem diferenças significativas na frequência do consumo recorremos ao teste de Friedman que nos permite concluir que a frequência da ingestão das bebidas não é igual para os três tipos (quadro nº 6), havendo entre elas diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$). O consumo médio de cerveja (2,43) e de bebidas destiladas (2,13) é superior, comparativamente ao consumo de vinho.

Quadro 6 – Consumo médio dos três tipos de bebidas/últimos 30 dias

Bebidas	MO	<i>p</i>
Cerveja	2,43	<0,001 **
Vinho	1,44	
Bebidas Destiladas	2,13	

**Teste de Friedman.

Ainda, com a finalidade de saber se o consumo das três bebidas se encontra associado, aplicámos o mesmo teste que nos permite concluir que há correlações significativas entre elas (quadro nº 7). Como a correlação é positiva, significa que o jovem que ingere um tipo de bebida com regularidade, também ingere mais regularmente outro ou outros tipos de bebidas; com relevância maior para a associação entre cerveja/bebidas destiladas ($r_s = 0,52$).

Quadro 7 - Correlação entre o consumo de bebidas/últimos 30 dias

Bebidas	r_s	nº	<i>p</i>
Cerveja/Vinho	0,34	672	<0,001**
Cerveja/Bebidas Destiladas	0,52	672	<0,001**
Vinho/Bebidas Destiladas	0,25	672	<0,001**

r_s - Coeficiente de Correlação de Spearman.

TABACO E ÁLCOOL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Uma forma de medir o consumo esporádico excessivo consistiu em perguntar aos estudantes a frequência com que consumiam cinco ou mais bebidas numa única ocasião. Observando os dados inseridos no quadro nº 8, constatamos que nos últimos 30 dias mais de metade da amostra ingeriu cinco ou mais bebidas seguidas (53,4%). A maior regularidade situa-se na opção “1-2 vezes” com 29,2%, seguida de “3-5 vezes” com 18,8%, sendo de salientar que 5,5% tomaram cinco ou mais bebidas seguidas, seis ou mais vezes. Quanto à informação recolhida a respeito dos casos de embriaguez, nos últimos 30 dias, 22,6% embriagaram-se “1 a 2 vezes” e um pouco mais de metade desse número, assinalou episódios regulares de embriaguez. Nas variáveis idade e sexo foram observadas diferenças estatísticas altamente significativas tanto para o consumo excessivo ($p < 0,001$) (5 ou mais bebidas seguidas nos últimos 30 dias), como para a frequência de casos de embriaguez ($p < 0,001$). Igualmente, se evidencia que os homens tendem a maiores consumos e a consumos mais intensivos ($p < 0,001$). As variáveis académicas (escola, retenção escolar, participar em atividades extracurriculares), também se relacionam positivamente com os consumos excessivos ($p < 0,001$). Efetivamente, se compararmos a ingestão de cinco ou mais bebidas seguidas, nos últimos 30 dias, por escola, observam-se diferenças estatisticamente significativamente entre elas ($p = 0,001$). Assinalaram-se maiores consumos excessivos (6 ou mais bebidas seguidas) nos alunos das escolas de tecnologia e gestão (7,6% e 7,5%) e menores nos alunos da educação e saúde (3,5% e 2,6%). Em consequência, igual correspondência pode ser observada relativamente ao número de casos de embriaguez. Por seu turno, são os alunos da agrária e tecnologia que apresentam maior consumo excessivo semanal (30% e 22,8%; 3 a 5 bebidas seguidas nos últimos 30 dias).

Quadro 8 – Consumo médio de 5 ou mais bebidas seguidas e de casos de embriaguez, nos últimos 30 dias e variáveis de natureza individual e académica

	Nº de vezes que tomou 5 ou + bebidas seguidas nos últimos 30 dias								<i>p</i>	Nº de vezes que ficou embriagado nos últimos 30 dias								<i>p</i>	
	Nenhuma (n=313; 46,6%)		1 a 2 (n=196; 29,2%)		3 a 5 (n=126; 18,8%)		6 ou mais (n=37; 5,5%)			Nenhuma (n=424; 63,1%)		1 a 2 (n=152; 22,6%)		3 a 5 (n=75; 11,2%)		6 ou mais (n=21; 3,1%)			
Idade																			
19-22	235	52,70%	126	28,30%	68	15,20%	17	3,80%	<0,001**	308	69,10%	89	20,00%	40	9,00%	9	2,00%	<0,001**	
23-29	78	34,50%	70	31,00%	58	25,70%	20	8,80%		116	51,30%	63	27,90%	35	15,50%	12	5,30%		
Sexo																			
Mascu	57	21,00%	96	35,30%	87	32,00%	32	11,80%	<0,001**	99	36,40%	94	34,60%	61	22,40%	18	6,60%	<0,001**	
Femin.	256	64,00%	100	25,00%	39	9,80%	5	1,30%		325	81,30%	58	14,50%	14	3,50%	3	0,80%		
Escola																			
ESSA	79	69,90%	17	15,00%	13	11,50%	4	3,50%	<0,001**	85	75,20%	16	14,20%	10	8,80%	2	1,80%	0,001**	
ESTIG	87	33,10%	96	36,50%	60	22,80%	20	7,60%		141	53,60%	68	25,90%	41	15,60%	13	4,90%		
ESTIG	45	56,30%	16	20,00%	13	16,30%	6	7,50%		50	62,50%	18	22,50%	8	10,00%	4	5,00%		
ESA	23	38,30%	16	26,70%	18	30,00%	3	5,00%		36	60,00%	13	21,70%	9	15,00%	2	3,30%		
ESE	79	50,60%	51	32,70%	22	14,10%	4	2,60%		112	71,80%	37	23,70%	7	4,50%	0	0,00%		
Retenção escolar																			
Não	205	53,00%	109	28,20%	60	15,50%	13	3,40%	<0,001**	270	69,80%	81	20,90%	28	7,20%	8	2,10%	<0,001**	
Sim	108	37,90%	87	30,50%	66	23,20%	24	8,40%		154	54,00%	71	24,90%	47	16,50%	13	4,60%		
Atividades extracurriculares																			
Não	209	52,60%	118	29,70%	59	14,90%	11	2,80%	<0,001**	277	69,80%	84	21,20%	29	7,30%	7	1,80%	<0,001**	
Sim	104	37,80%	78	28,40%	67	24,40%	26	9,50%		147	53,50%	68	24,70%	46	16,70%	14	5,10%		

p = Teste de Independência do Qui-quadrado; **significância a 1%.

Como se observa na figura seguinte 53% dos alunos que integram a nossa amostra alteraram este consumo após o ingresso no Ensino Superior. A grande maioria passou a beber mais (75,8%) aos quais se somam 19,7% que começaram a beber. Somente 4,5% bebem menos (figura 4).

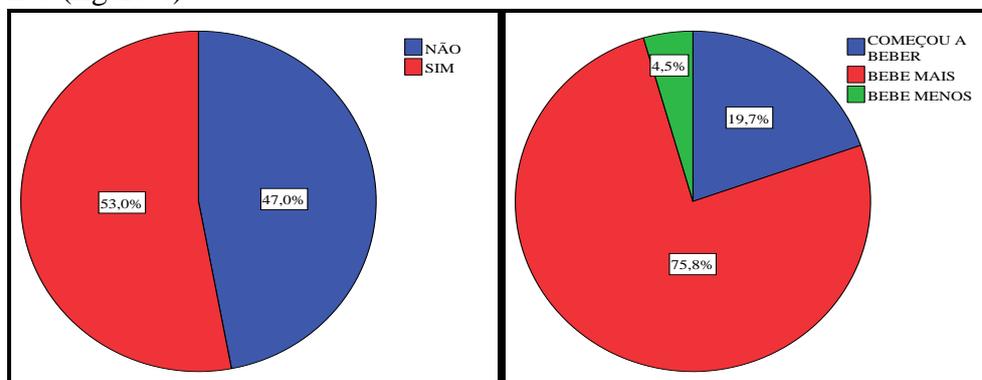


Figura 4 – Alteração do consumo de álcool associada ao ingresso no Ensino Superior e sentido dessa alteração

DISCUSSÃO

Os jovens com diferenças significativas relativamente a outros grupos etários enfrentam e correm riscos de vária ordem não apenas porque as suas trajetórias são marcadas pela imprevisibilidade e incerteza, mas também porque os seus quotidianos estão associados a processos identitários.

Em relação à iniciação ao tabaco, tal como outros estudos já revelaram os resultados desta investigação também os corroboram, isto é, faz-se a partir de idades muito precoces mas é sobretudo a partir dos 12 anos que se observa uma iniciação crescente que apenas começa a diminuir de intensidade depois de ter atingido o ponto bastante crítico, por volta dos 15 anos (Hibell *et al*, 2009; INE/INSA, 2009; Macedo & Precioso, 2004; Moura Ferreira, 2003; Nunes, 2004). A este propósito o Comissário Europeu responsável pela saúde e proteção dos consumidores refere que se uma pessoa não começar a fumar na adolescência a probabilidade de adquirir esse hábito posteriormente é diminuta (Byrne, 2001). Também, na União Europeia, o pico de iniciação tabágica ocorre entre os 12 e os 14 anos (Vitória *et al*, 2000) e, tal como sucede com a iniciação ao álcool, as pessoas que começam a fumar em idades precoces, têm maior propensão para se tornarem dependentes.

Apesar de vários estudos indicarem padrões similares de consumo de tabaco entre homens e mulheres (Fraga *et al*, 2005; Nuño-Gutiérrez, 2005; Raydel-Salgado, 2006; Rondina *et al*, 2005; Villatoro, 2004), ou mesmo superiores nas mulheres (Newman, 1994) na nossa investigação este padrão não se verificou. Verificou-se sim a tendência de estudos nacionais (Dixe *et al*, 2010; INE/INSA, 2009; Moura Ferreira, 2003; Silva *et al*, 2006), reportando maiores consumos nos rapazes comparativamente às raparigas (48,5%, versus, 36,3%), com relevância estatística ($p=0,002$). A diferenciação estatisticamente significativa mantém-se para os estudantes com mais idade (54%; $p<0,001$) e com retenção escolar (53%; $p<0,001$). A associação entre o tabagismo e a idade encontra-se documentada em vários estudos (Casas *et*

al, 1998; MacDonald, 2004; Polcyn *et al*, 1991; Raydel-Salgado, 2006; Rondina *et al*, 2005; Thorlindsson & Vilhjalmsson, 1991). Tendo em conta este último autor, os jovens fumam por diversão, prazer, independência e glamour. Por sua vez, MacDonald (2004) salienta os efeitos mais procurados pelos fumadores adultos: poder de concentração, síndromes de abstinência, de ansiedade, de desejo e dificuldade em adormecer. Anaya-Ocampo (2006) verificou que os jovens com menor rendimento académico têm maior probabilidade de fumar. Outros autores constataram o mesmo facto (Polcyn *et al*, 1991; Thorlindsson & Vilhjalmsson, 1991).

A maioria dos jovens (65,1%) não alterou os hábitos tabágicos mediante a entrada no Ensino Superior. Dos que alteraram esses hábitos, 77,2% fumam mais do que fumavam, aos quais acresce 14,8% que começaram a fumar. Apenas 8,1% reduziram ao consumo.

Iniciar um consumo conhecendo os riscos para a saúde, pode demonstrar um desafio que o indivíduo considera compensador. No entanto, o consumo pode iniciar-se voluntariamente e acabar por ganhar um carácter compulsivo. Acresce que os hábitos tabágicos se encontram frequentemente associados entre si e tendem a constituir-se em desejos de pertença a grupos específicos.

Em conformidade, o consumo de bebidas alcoólicas é frequentemente aceitável, tolerado e até promovido no meio estudantil. Salienta-se o consumo regular e intensivo por parte dos estudantes inquiridos. Ao longo da vida, somente uma minoria nunca ingeriu bebidas alcoólicas. Nos últimos 12 meses, os valores do consumo sobem e sobem ainda mais nos últimos 30 dias. Mais de 40% dos jovens da amostra revelam um padrão de consumo regular (“20-30” e “mais de 30” bebidas) e 10,7% um padrão que ultrapassa uma vez/dia, valor com grande aproximação ao mencionado no estudo ESPAD (Hibell *et al*, 2009) e nos estudos nacionais para o mesmo grupo etário (Moura Ferreira, 2003; INE/INSA, 2009). Os estudos de Dixe *et al*, (2010); Matos & equipa do Projeto Aventura Social (2010); Ministério da Saúde (2000; 2004; 2009) e Mello (2001) também apontam nesse sentido. Da mesma forma, dois estudos realizados em meio universitário, um no Campo Grande Brasil e o outro em Tlaxcala no México, salientam o regular consumo de bebidas alcoólicas por parte dos estudantes deste nível de ensino. O primeiro observou consumos de álcool ao longo da vida de 92,7%; o consumo no ano em que decorreu a pesquisa de 86,3% e nos últimos 30 dias de 44,1% (Gasparini, 2008). O segundo estudo reporta para consumos frequentes semanais (26,4%) e diários (0,6%) (Mora-Rios, 2001). Também o estudo de Londoño-Pérez *et al*, (2005), realizado junto de 450 jovens universitários colombianos de quatro universidades e de diversas áreas de estudo, remete para idêntica realidade.

A positividade altamente relevante entre a frequência do consumo de álcool num momento, versus, outro dos três momentos em estudo, observada através do coeficiente de correlação de Spearman, indica um padrão de consumo que se mantém ao longo do tempo. Assim, quem ingeriu regularmente bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, também o fez nos últimos 12 meses e ao longo da vida e o contrário também é verdadeiro. Os estudos que suportam esta problemática (Dixe *et al*, 2010; Hibell *et al*, 2009; Mora-Rios, 2001; Perea Quesada, 2004; Silva *et al*, 2006; Vitória *et al*, 2000; 2004) também demonstram esta linearidade. Da mesma forma, o padrão de consumo não é igual para os três tipos de bebidas (cerveja, vinho e bebidas destiladas). O consumo médio de cerveja e de bebidas destiladas é superior, comparativamente ao do vinho, registando-se diferenças a nível do género. Verificaram-se, ainda, correlações altamente significativas entre o consumo dos três tipos de

bebidas. Estes resultados vão de encontro aos revelados pelo Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (Ministério da Saúde, 2009) quando refere que o consumo de cerveja e de bebidas destiladas tem aumentado significativamente, especialmente entre os jovens portugueses. O estudo de Leite *et al*, realizado em 1998, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, também, permite confirmar a mudança nas preferências do tipo de bebidas ao longo dos tempos.

Uma forma de medir o consumo esporádico excessivo consistiu em perguntar aos estudantes a frequência com que consumiam cinco ou mais bebidas numa única ocasião.

Constatámos que nos últimos 30 dias mais de metade da amostra ingeriu cinco ou mais bebidas seguidas (53,4%). A maior regularidade situa-se na opção “1-2 vezes” com 29,2%, seguida de “3-5 vezes” com 18,8%, sendo de salientar que 5,5% tomaram cinco ou mais bebidas seguidas, seis ou mais vezes. Efetivamente, estes dados revelam que muitos jovens bebem regularmente e uma boa parte também o faz em excesso. A medição do “consumo esporádico excessivo” indica, de algum modo, um padrão de consumo diferente do encontrado na embriaguez. Alguns países registam resultados elevados em ambas as medições (Dinamarca, Ilha de Man e Reino Unido). Todavia, existem países onde muitos estudantes referem situações de consumo esporádico excessivo durante os últimos 30 dias, embora surjam em posições inferiores na lista relativamente à embriaguez. Estes países incluem, por exemplo, Malta, Portugal, Estónia e Letónia (Hibell *et al*, 2009).

Em suma muitos jovens que frequentam o IPB bebem regularmente e uma boa parte também o faz em excesso. Se tivermos em conta que o número de jovens que bebem álcool semanal e diariamente é, na nossa investigação elevado, conclui-se que a regularidade do consumo tende a induzir consumos excessivos. Variáveis como o sexo masculino, os jovens mais velhos e de índole académico como os repetentes, os alunos das escolas de tecnologia, os que participam em atividades extracurriculares relacionam-se positivamente com os consumos excessivos e com o maior número de casos de embriaguez. Aos mesmos resultados conduziram os estudos de Airliss (2007) e de Mora-Ríos e Natera (2001), demonstrando que o consumo de álcool é predominante entre os jovens universitários das grandes cidades da América, tal como concluíram os mais recentes estudos do Brasil e do México (Gasparini 2008; Mora-Rios, 2001). Idêntica realidade é constatada a nível nacional nos estudos do INE/INSA (2009) e de Moura Ferreira (2003). Igualmente se evidencia que os rapazes tendem a maiores consumos e a consumos mais intensivos, com maior dependência e riscos. No entanto, ainda que estas diferenças se mantenham o consumo de álcool nas mulheres, na atualidade, tem vindo a aumentar consideravelmente nos últimos anos. As variáveis académicas também se relacionam positivamente com os consumos excessivos ($p < 0,001$). Assinalaram-se maiores consumos excessivos (6 ou mais bebidas seguidas) nos alunos da área das tecnologias (7,6% e 7,5%) e menores na educação e saúde (3,5% e 2,6%). Em consequência, igual correspondência pode ser observada relativamente ao número de casos de embriaguez. Por seu turno, são os alunos da agrária e tecnologia que apresentam maior consumo excessivo semanal (30% e 22,8%; 3 a 5 bebidas seguidas nos últimos 30 dias).

Ainda, uma análise contextualizada em função do meio académico permitiu verificar que mais de metade dos estudantes da amostra aumentou o consumo de bebidas após o ingresso e permanência no Ensino Superior aos quais se somam os que se iniciaram. Esta maior probabilidade na transição entre a adolescência e a idade adulta e entre o ensino secundário e

superior encontra-se documentada em alguns estudos (Colares *et al*, 2009; Mora-Rios, 2001; Peuker *et al*, 2006; Santos, 1999; Vitória *et al*, 2000; 2004). Efetivamente, o acesso ao Ensino Superior ainda que acalente sentimentos positivos e a esperança de alcançar metas programadas, por vezes, pode tornar-se um período crítico de maior vulnerabilidade para a iniciação ou manutenção do consumo de álcool e de outras drogas.

CONCLUSÃO

As preocupações relacionadas com o consumo de tabaco e álcool assumem, na atualidade e nos países ocidentais, enorme relevância. Também os resultados obtidos na presente investigação evidenciam a necessidade de encontrar respostas eficazes a este nível, através de uma abordagem individualizada e diferenciadora em função das variáveis biológicas (idade e sexo) e académicas, realçando a necessidade de intervir nestes contextos e no reforço dos recursos internos e auto protetores.

Apesar das campanhas de proibição e dos dados científicos que comprovam os malefícios do tabaco, as pessoas continuam a fumar. Conseguir diminuir o consumo poderá passar por reduzir a acessibilidade ao produto e orientar a atenção, especialmente, nos jovens e mulheres. A oferta de serviços de desabitação em instituições de saúde, bem como legislação restritiva ao consumo em locais fechados (Lei n.º 37/2007, 14 de Agosto) apontam esforços nesse sentido. Por sua vez, a importância epidemiológica do álcool não acontece só porque é a droga lícita mais consumida por adolescentes e jovens adultos mas também pelo protagonismo que o seu consumo adquiriu nos tempos livres, como substância de referência nas relações sociais. A tolerância social concedida e a escassa perceção do risco constituem-se como fatores que muito têm contribuído para a generalização deste hábito nesta população, favorecendo a instauração de uma imagem de “normalização” desta conduta. Na diversão noturna o álcool, culturalmente, tem-se vindo a revelar a substância habitual e praticamente “indispensável” dessa diversão.

Numa fase em que muitos jovens que frequentam o Ensino Superior se afastam da família, num percurso de parcial autonomia, parece-nos importante investir em estratégias de intervenção que possam contrariar as alterações comportamentais verificadas nos consumos em estudo. O que está em causa é apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas por desafios de caráter académico e de socialização.

REFERÊNCIAS

- Airless, R. M. (2007). Cigarette smoking, binge drinking, physical activity, and diets in 138 Asian American and Pacific Islander community college students in Brooklyn. New York, *Journal Community*, 32, 71-84.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*, 3ª Ed. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Anaya-Ocampo, R., Arillo-Santillán, E., Sánchez-Zamorano, L. M., & Lazcano-Ponce, E. (2006). Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una

- cohorte de estudantes en México. *Salud Publica*, 48, (Supl. 1), doi.org/10.1590/S0036-36342006000700004.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe: A Public Health Perspective: A report for the European Commission, UK, and Institute of Alcohol Studies. Consultado em Março, 2009 em: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.
- Balsa, C., Pascueiro, L., Urbano, C., & Vital, C. (2008). *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal, 2007*. Coleção Estudos-Universidades: IDT.
- Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E., & Delis, D. C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Clinical and Experimental Research*, 24, 164-171, doi/10.1111/j.1530-0277.2000.tb04586.
- Byrne, D. (2001). *The European dimension of tobacco control legislation. Office of Tobacco Control (OTC)*. Dublin Conference, November.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2001). *Metodologia da Investigação: Guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Casas, J. M., Bimbela, A., Corral, C. V., Yáñez, I., Swaim, R. C., Wayman J. C., & Bates, S. (1998). Cigarette and smokeless tobacco use among migrant and nonimmigrant Mexican American youth. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20, 102-120, doi.org/10.1177/07399863980201006.
- Colares, V., Franca, C., & Gonzalez, E. (2009). Condutas de saúde entre universitários: Diferença entre géneros. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 521-528, doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300007.
- Cortez-Pinto, H, Marques-Vidal, P, & Monteiro, E. (2004). Liver disease-related admissions in Portugal: clinical and demographic pattern. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 16, 873-877. doi.org/10.1097/00042737-200409000-00010
- Dixe, M^a A. Coelho, Gaspar, P. J. S., Monteiro, B. R., & Lopes, A. J. M.s (2010). *A Saúde dos Estudantes do Ensino Superior*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Edwards, G., Arif, A., & Hadgson, R. (1981). Nomenclature and Classification of Drug and Alcohol - related problems: a WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 59, 225-45.
- Eriksen, M., & Mackay, J. (2002). *The tobacco atlas, Geneva*. World Health Organization.

TABACO E ÁLCOOL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

- Ferreira da Silva, L., & Alves, F. (2003). *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19, (5-6), 207-229.
- Gasparini, H. D. (2008). *Alcoolismo na juventude*. Consultado 12 Julho 2009 em: <http://www.escoladepais.org.br/artigos/66-alcoolismo.na.juventude.html>.
- Giddens, A. (1994). *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras: Celta Editora.
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol. *Substance Abuse*, 9, 103-10. doi.org/10.1016/S0899-3289(97)90009-2
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The ESPAD 2007 Report Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Consultado em Janeiro 2008 em: www.espad.org.
- INE/INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE/INSA.
- Instituto da Droga e da Toxicodpendência (2009). *Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009/2012*. Consultado Abril 2009 em <http://www.idt.pt>.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2005). *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2005*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. Consultado em Fevereiro 2009 em: <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2005.pdf>.
- Londoño Pérez, C., Hernández, W.G., Valencia Lara, S. C., & Alpi, S.V. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21, 259-267.
- MacDonald, P. (2004). Understanding smoking behavior in children and adolescents: knowledge of what leads to long term tobacco use is the basis for interventions to help young people avoid this behavior. *Pediatric Nursing*, 16, 26-32.
- Macedo, M., & Precioso, J. (2004). O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22, 91-100.
- Machado Pais, J., & Villaverde Cabral, M. (2003). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo*. Oeiras: Celta Editora.

- Machado, L. F., & Matias, A. R (2006). *Jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica*. Lisboa: CIES.
- Matos, M., & equipa do Projeto Aventura Social (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Edições FMH.
- Mello, M. L. M., Barrias, J, & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2000). *Plano de ação de luta contra o alcoolismo, Resolução do Conselho de Ministros nº 166/2000 de 29 de Novembro*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2012: Mais Saúde para todos, Orientações estratégicas*, Vol. I e II. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2009). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009-2001*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Mora-Rios, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43, 89-96, doi.org/10.1590/S0036-36342001000200002
- Moura Ferreira, P. (2003). Comportamentos de risco dos jovens. In: J. Machado Pais; M. Villaverde Cabral (Cord.). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo* (pp. 41-137). Oeiras: Celta Editora.
- Newman, J., & Taylor, A. (1992). Effect of a means end contingency on young children's food preferences. *Journal of Experimental Child Psychology*, 64, 200-216. doi.org/10.1016/0022-0965(92)90049-C.
- Nunes, A. R. (2004). Os jovens e os fatores associados ao consumo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22, 57-55.
- Nuño-Gutiérrez, B. L, Álvarez-Nemegyei, J, Madrigal de León, E, & Rasmussen-Cruz, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*, 28, 64-70.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*, 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- OMS (1995). *Alcohol and health, implications for public health policy*. Oslo: OMS.
- OMS (2002). *Report reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: OMS.

TABACO E ÁLCOOL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

- OMS (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Perea Quesada, R. (2004). Qué es la Educación para la Salud. In R. Perea Quesada (Cord.). *Educación para la Salud: Reto de nuestro tiempo* (pp. 3-18). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Pereira, A., Vaz, A.L., Motta, E., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A....Mendes, R. (2005). Projeto Estilos de Vida Saudável versus Insucesso Escolar: sua etiologia, programas de ação e estratégias promotoras de qualidade. In: A. Pereira, E. Motta (Eds). *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção* (pp. 307-314). Atas do Congresso Nacional. Coimbra: SASUC Edições.
- Pereira J., & Mateus, C. (2003). Custos indiretos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65-70.
- Pereira, A. M. S., & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In C. MACHADO (Eds), *Atas do Congresso Internacional Interfaces da Psicologia* (Vol. II, 229-237). Évora: Universidade.
- Pereira, A. M. S., & Silva, C. (2001). Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of students' health behaviors. In: *10 th Biennial Conference of International Study Association on Teachers and Teaching*.(pp 21 – 107) Faro: Universidade do Algarve.
- Peuker, A. C, Fogaça, J, & Bizarro, L. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 193-200, doi.org/10.1111/j.1746-1561.1991.tb01200..
- Polcyn, M. M., Price, J. H., Jurs, S. G, & Roberts, S. M. (1991). Utility of the PRECEDE model in differentiating users and nonusers of smokeless tobacco. *The Journal of School Health*, 61, 166-176, doi.org/10.1111/j.1746-1561.1991.tb01200.
- Raistrick, D, Heather, N, & Godfrey, C. (2006). *Title Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. Uk: The National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Raydel-Salgado, R., Thrasher, J., Sánchez-Zamorano, L. M., Lazcano-Ponce, E., Reynales-Shigematsu L. M., Meneses-González, F., & Hernández-Ávila, M. (2006). Los retos del convenio marco para el control de tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud Publica de México*, 48 (Sup.) S5-S16.
- RESAPES (2002). *A Situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal*, (Vol. 1, 2 e 3). Lisboa: RESAPES.

- Rondina, R. C., Gorayeb R., Botelho, C., & Cândido da Silva, A. M. (2005). A relação entre o tabagismo e características sociodemográficas em universitários. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 35-45.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530. doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2.
- Martínez-Acitores, I., Colavida, J., López, I., Iglesia, B., Aguilar, J., Mancha, M., ... Pallarés, J. (2003). Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 441-473, doi.org/10.1590/S1135-57272003000400004.
- Santos, I. A. (1999). Alcoolismo na adolescência que intervenção? *Nursing*, 12, 136-139.
- Silva, L. V., Malbergier, A., Stempliuk, V. A., & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista Saúde Pública*, 40, 280-288.
- Thorlindsson, T., & Vilhjalmsson, R. (1991). Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents. *Adolescence*, 26, 399-420.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Amador, N., Bermúdez, P., & Hernández, H., & Fleiz, C. (2004). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2003. *Reporte del Nivel Educativo de Secundaria*. México: INP-SEP.
- Vitória, P., Raposo, C., & Peixoto, F. A. (2000). A prevenção do tabagismo nas escolas. *Psicologia, Saúde & doenças*, 1, 45-51.
- Vitória, P., Raposo, C., Peixoto, F. A., & Pais Clemente M. de Vries H. (2004). Prevenção do tabagismo nos jovens: Resultados do Projeto ESFA. *Clínica & Saude*, 1, 41-45.
- Zeigler, D.W., Wang, C.C., Yoast, R.A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 40, 23-32, doi.org/10.1016/j.yjmed.2004.04.044.