


CONSUMO DE ÁLCOOL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.886142430106>

Data de aceite: 31/10/2024

Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro

Professor Assistente Convocado (na Esenfc); Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (no Bloco Operatório do Hospital Distrital da Figueira da Foz); Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na Esenfc)
<https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>

Maria Helena Rodrigues Magalhães

Professor Assistente Convocado (na Esenfc); Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica (na Urgência Geral do Hospital Distrital da Figueira da Foz); Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na Esenfc)
<https://orcid.org/0009-0003-4845-110X>

Luciana Santos Ribeiro

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais)
<https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>

Nuno Torres

Enfermeiro (Bloco Operatório)
Hospital Distrital da Figueira da Foz
<https://orcid.org/0009-0004-7769-292X>

Tiago Abreu

Enfermeiro (Bloco Operatório)
Hospital Distrital da Figueira da Foz
<https://orcid.org/0009-0000-7821-1797>

DESCRIÇÃO TÉCNICA

O consumo de substâncias (bebidas alcoólicas) representa um problema entre os adolescentes, estando muitas vezes associado a problemas sociais, financeiros e de saúde, mais especificamente em termos de co-morbilidades, mortalidade e qualidade de vida (1) e, desse modo consubstancia um problema complexo para o sistema nacional de saúde (SNS). Sendo que aduzem à emergência de relações diretas com o aparecimento de doenças crónicas, problemas psicossociais, comportamentos antissociais, diminuição do desempenho académico e/ou abandono escolar, e aumento da co-morbilidades (2–6) hours/day engaged in social activities, frequency of drinking alcohol, amount of alcohol consumed per session, total number of sexual partners, number of meals eaten per day, participation in physical activity, completion of annual check-ups with doctor, screening for sexually transmitted diseases (STDs).

Entender os fatores associados ao consumo de álcool poderá fornecer uma informação valiosa para a gestão de intervenções de prevenção de consumos e de educação para a saúde, naquela população.

Atuar nesta população poderá significar vantagens, devido ao possível elevado número de indivíduos que podem ser alvo dessa intervenção, ao **fácil recrutamento** e à fase da vida, cujos elementos poderão favorecer a receptividade para a mudança no seu estilo de vida (7). Acresce, ainda que estas intervenções poderão representar um benefício de custo relativamente a gastos em saúde, quer em hospitalizações, quer em tratamentos médicos futuros, devido a futuras doenças crónicas. A este propósito, refira-se um estudo australiano que, sobre o tratamento de doenças associadas ao consumo de álcool e lesões físicas provocadas por estados de embriaguez, foi estimado em 14 352 milhões de dólares australianos por ano (8). Ainda, um outro estudo, este de intervenção em comportamentos de saúde a estudantes universitários no Reino Unido verificou que a intervenção utilizada poderá representar uma decisão benéfica em termos de custo-eficácia, dado a esperança média de vida e a qualidade de vida dos indivíduos (9).

REVISÃO DA LITERATURA

No contexto europeu, por exemplo, em Inglaterra, dados provenientes do “2008 *Health Survey for England*”, verificou-se que 40% dos indivíduos, com idades compreendidas entre os 16 e 24 anos, excedem os limites de ingestão diários de álcool (10); no Reino Unido, um estudo transversal a estudantes universitários observou uma proporção entre os 63,4% e os 69,5% de consumos etílicos, respetivamente em indivíduos do sexo masculino e feminino (11) *alcohol and drug use among dental undergraduates at one English university in 2008, and compare these with prevalence in 1998. DESIGN: Cross-sectional survey using an anonymous self-report questionnaire. SUBJECTS AND METHODS: In 2008 all 384 dental undergraduates at one English university were sent a questionnaire in order to obtain data on the frequency and amount of tobacco, alcohol, cannabis and other illicit drugs used before and during their time as a dental undergraduate. The same survey had been conducted on dental undergraduates at the university 10 years earlier. RESULTS: Tobacco smoking was reported by 27% of males and 13.5% of females, a reduction from 1998 (42% of males and 32% of females;* um estudo Sueco, aproximadamente entre 37 a 50% dos estudantes do ensino superior consomem álcool em níveis elevados (12); em Espanha um estudo a estudantes espanhóis, verificou-se uma proporção de consumo de álcool de 80% (13) e consumo de álcool de forma regular de 23,2% em estudantes italianos (14).

Em Portugal, de acordo com o Relatório Anual de 2014 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (15), as prevalências de consumo regular de álcool, na população jovem adulta foi de 61% e, em consumos do tipo *binge-drinking* de 30%. É de notar que foi no sexo masculino onde se verificou uma maior proporção de consumo, apesar de diferença ser pouco acentuada.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o consumo de álcool entre os estudantes universitários é comum (16), em que o consumo de álcool sob a forma de *binge-drinking* foi de 40% (17). Indo ao encontro destes consumos do tipo *binge-drinking*, num estudo transversal verificou que a proporção de consumo inicial aumentou de 33% (início do ano académico) para 54% (30 dias após o início do ano académico) (18).

No contexto da América latina há a salientar dois estudos a estudantes universitários brasileiros: um, 45,9% (19) alcohol use, unhealthy diet and physical inactivity. Independent variables were sex, age, employment, marital status, maternal education, study shift and socioeconomic level. It was found that 8.7% were smokers, 45.9% showed alcohol abuse, 59.4% had inadequate diet and 18.5% were physically inactive. Of the students, 20.2% showed no risk behavior, 39.1% one behavior, 29.0% two risk behaviors and 11.7% three and/or four risk behaviors. Males (OR: 2.04, CI 95%: 1.13-3.67 e 85,2% (20) apresentavam consumos regulares de bebidas alcoólicas. Um outro estudo observou um consumo de álcool em forma de *binge-drinking* de 47,9% (21). É de salientar que, noutra estudo realizado no mesmo país, 90% dos estudantes que consomem bebidas alcoólicas iniciaram esses comportamentos antes da entrada para o ensino superior (22) Brazil (UFPEL).

No âmbito dos determinantes,¹ para consumos de álcool, podem-se referir três variáveis que representam fatores de risco para o consumo etílico: sexo, idade e comportamentos em saúde inadequados. Globalmente, poder-se-á referir que estes estudos tendem para uma associação entre os consumos etílicos com: ser estudante do sexo masculino (21,23–25) khat and tobacco by college and university students can be harmful; leading to decreased academic performance, increased risk of contracting HIV and other sexually transmitted diseases. However, the magnitude of substance use and the factors associated with it has not been investigated among medical students in the country. This study was conducted to determine the prevalence of substance use and identify factors that influenced the behavior among undergraduate medical students of Addis Ababa University in Ethiopia. METHODS: A cross-sectional study using a pre-tested structured self-administered quantitative questionnaire was conducted in June 2009 among 622 medical students (Year I to Internship program; ser estudante mais velho, em que a idade representa, também, um fator preditor de consumo de substâncias (álcool, tabaco e substâncias ilícitas) (26,27), bem como apresentar comportamentos em saúde inadequados (dieta inadequada e baixa atividade física) (28,29) several studies of nursing students have reported a high prevalence of unhealthy behavior. This paper focuses on the behavior of female nursing students with regard to body mass index (BMI).

Assim, no âmbito das Intervenções Motivacionais Breves (*Brief Motivational Interventions – BMI*), estas são normalmente utilizadas de forma individualizada, suportadas por pesquisa empírica, realizadas presencialmente, em sessões de cerca de 50 minutos, usando uma abordagem de entrevista motivacional. Esta tipologia de intervenção revela-

1. Fatores, que influenciam um determinado comportamento em saúde (37)

se eficaz na redução dos malefícios para a saúde provenientes da ingestão de álcool e na redução de hábitos etílicos (30–32). De todo o modo, estas intervenções podem ser realizadas a um grupo alargado de estudantes, podendo apresentar uma alternativa, a nível de custo-eficácia, uma vez que podem ser aplicadas a um grande número de indivíduos em simultâneo (32).

Apesar da sua eficácia em períodos letivos, os períodos de férias representam um desafio na continuidade destas intervenções (30,31). Esta situação robustece a ideia de que para além das intervenções presenciais, outros meios de aplicação como via telefone e via internet têm vindo a ser utilizados, apresentando vantagens na sua execução em períodos não letivos (férias) (30).

Antes de principiar o planeamento da intervenção, da sua estrutura e dos seus objetivos, será premente a realização de um diagnóstico de situação, isto é, adquirir uma descrição geral da tipologia de comportamentos de consumos, identificar fatores que os influenciam e definir os principais problemas, por forma a guiar os objetivos, a elaboração, a estrutura e as estratégias do projeto de intervenção.

Porquanto, um diagnóstico, numa primeira fase do projeto, fará com que haja um encontro entre o conhecimento atual com as necessidades reais a serem alvo de intervenção (ex. comportamentos de consumos etílicos) bem como a averiguação da pertinência da intervenção (33). Uma vez sustentada, esta ideia partimos para a caracterização dos comportamentos de consumos etílicos, medindo o estado de saúde dos estudantes do ensino superior, através da aplicação de um instrumento de recolha de dados – o questionário, composto por variáveis sociodemográficas e variáveis relativas a comportamentos de consumos etílicos, a ser enviado, via correio eletrónico aos estudantes, através das secretarias de cada Departamento/Unidade Orgânica.

OBJETIVOS

Após o diagnóstico de situação, a identificação da problemática da população, serão fixados os objetivos do projeto

Desta forma, só através dos dados obtidos do Diagnóstico de Situação será possível o estabelecimento de objetivos e metas (objetivo operacional) para o presente projeto de intervenção.

Para tanto, delinearam-se os seguintes objetivos: i) identificar os determinantes de consumos etílicos de estudantes universitários; ii) desenvolver, planejar, e explicitar a aplicação e avaliação de um programa de intervenção comportamental, por forma a melhorar comportamentos em saúde – consumos etílicos, em estudantes do ensino superior.

PLANO DE INVESTIGAÇÃO E MÉTODOS

O planeamento é um processo “de intervenção sobre a realidade sócio económica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes – a saúde, (...)carece de uma base de aceitação (...), o que só é possível através de um esforço amplo de informação” (33, p.3). Neste pressuposto, este capítulo, descreve a população de interesse, o recrutamento e os participantes da intervenção proposta, bem como a estrutura da intervenção (34).

Recrutamento de estudantes para a intervenção

Fase 1 – Diagnóstico geral de situação

Numa fase anterior ao recrutamento de estudantes, será distribuído por via eletrónica, um questionário com objetivo de avaliar variáveis relativas a comportamentos de consumos etílicos. Posteriormente serão incluídos para a intervenção os 50 estudantes com os piores resultados gerais, obtidos no questionário entregue e que aceitem participar na intervenção, de acordo com os princípios éticos inerentes ao presente projeto. Estes piores resultados serão analisados através do score obtido na escala ASSIST (35). Enquadrados neste paradigma, os scores iguais ou superiores a 27, em que, de acordo com a Norma 36/2012, revista em 2014, os indivíduos com scores iguais ou superiores a 27, apresentam alto risco, pelo que deverão ser alvo de intervenção breve entrega de folhetos informativos, encaminhamento para avaliação e para um possível tratamento em equipas especializadas. Caso haja estudantes que não aceitem participar na intervenção, passar-se-á ao estudante seguinte da lista de classificação, até se obter um total de 50 estudantes.

Fase 2 – Seleção de estudantes

As sessões de educação para a saúde, executadas por um enfermeiro, serão realizadas a todos os estudantes incluídos na intervenção (n=50). No final de cada sessão de educação para a saúde, aquando do preenchimento do questionário, será facultado um campo onde o estudante, de forma confidencial (os seus pares não saberão da sua inscrição) se poderá inscrever. Ainda, poderá inscrever-se nas sessões individuais, via *e-mail* ou telefonicamente através dos contactos fornecidos/apresentados no final da educação para a saúde. Desta forma serão inseridas as primeiras inscrições para as sessões individuais (até um máximo de 5 estudantes).

A descrição do recrutamento dos estudantes segue os trâmites constantes na figura 1, adaptada de CONSORT (36).

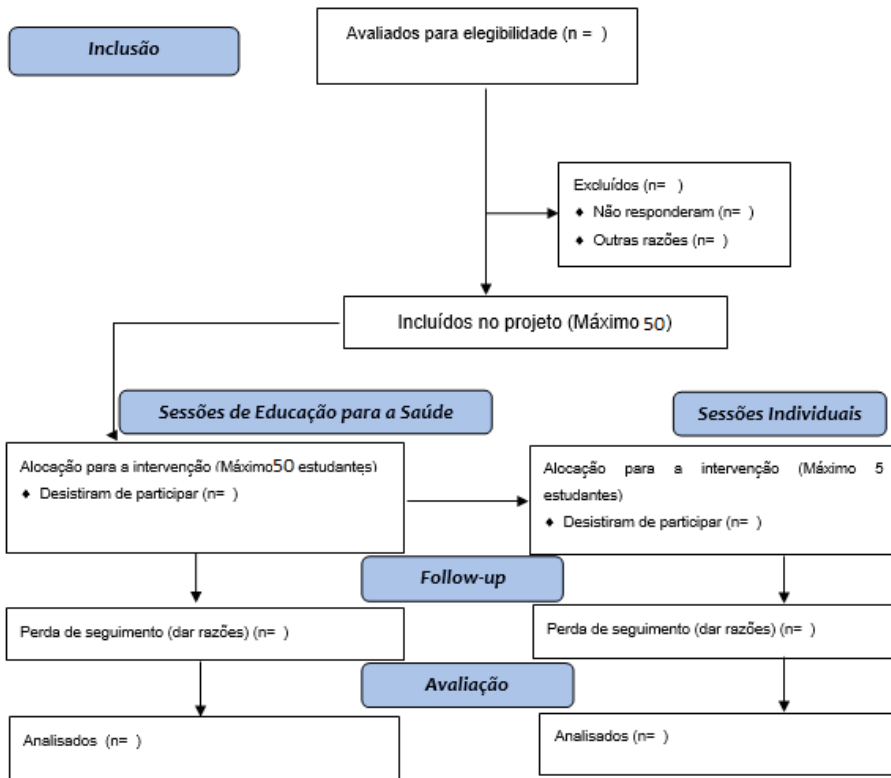


Figura 1 Fluxograma descritivo do recrutamento de estudantes para o Projeto de Intervenção, esquema adaptado de CONSORT (36).

Estratégias do Projeto de Intervenção

A nível metodológico seguir-se-ão as etapas propostas por Imperatori & Geraldes (33) para a seleção de estratégias ²: i) estabelecer os critérios de conceção das estratégias; ii) enumerar das modificações comportamentais necessárias e desejadas; iii) delinear estratégias a realizar e iv) descrever de forma detalhada as estratégias [para este projeto irá ser utilizada a taxonomia descrita por Michie et al. (34)].

Caracterização taxonómica da intervenção – estratégias

Na tentativa de uniformizar, em termos de contexto, conteúdo e atividades, pretende-se, neste ponto, sistematizar o conteúdo das intervenções a realizar (estratégias), tanto nas sessões de educação para a saúde, como nas intervenções Individuais de Motivação Individual, a serem realizadas por um psicólogo a designar. Isto, no sentido de uma melhor compreensão e replicação dos componentes das intervenções, bem como um maior sincretismo entre a investigação e a prática (37).

2. Ao longo de todo o Projeto de Intervenção, estará previsto a revisão das estratégias, que poderá envolver a alteração dos objetivos e metas propostos.

Desta forma, para a caracterização das intervenções a serem realizadas, será adotada a taxonomia proposta Michie et al. (34), de modo a que seja possível identificar e compreender a operacionalização das intervenções baseadas em técnicas descritas na taxonomia (37) ³.

A classificação das intervenções a serem realizadas, em termos de taxonomia, podem ser observada na tabela 1.

Código	Intervenção	Definição da intervenção	Intervenções que vão ser realizadas
1	<i>Goals and planning</i>		
1.1	<i>Goal setting (behavior)</i>	Estabelecimento e acordo de um objetivo comportamental a atingir.	-Diminuição do consumo “lesivo” de álcool (<i>binge-drinking</i>)
1.1 + 1.8 + 1.9	<i>Behavioral contract + Commitment</i>	Criar um acordo mútuo, escrito, do comportamento a atingir; comprometendo-se nessa alteração comportamental	-O estudante tem que chegar a acordo consigo próprio e estabelecer uma meta para comportamento a modificar, comprometendo-se com essa mudança
1.2	<i>Problem solving</i>	Analisar e colocar o indivíduo a analisar os fatores que influenciam esse comportamento	-Identificar motivos que impulsionam o consumo excessivo de álcool em eventos sociais e/ou outros momentos (pressão de pares, ansiedade, depressão, etc.)
1.3	<i>Goal setting</i>	Definir e estabelecer uma meta em termos do comportamento que se quer modificar	-Ao fim das 4 sessões de Intervenção Motivacional, diminuir: nível de ansiedade e/ou depressão e/ou consumo tipo <i>binge-drinking</i> .
2.	<i>Feedback and monitoring</i>		
2.2	<i>Feedback on behavior</i>	Monitorizar e providenciar informação ou avaliação da mudança comportamental	-Fornecer feedback do nível de alteração dos motivos que impulsionam o consumo e/ou consumo excessivo de álcool (pressão de pares, ansiedade, depressão, etc.) -Fornecer feedback do nível de alteração de consumo de bebidas alcoólicas -Fornecer informação sobre o nível de alteração em termos de qualidade de vida (avaliado através do <i>The World Health Organization Quality of Life - Bref [WHOQOL]</i>) (38) -Fornecer informação sobre o nível de alteração relativo ao nível de dependência de álcool (avaliado através do <i>Alcohol Dependence Scale</i> (39).
2.3	<i>Self-monitoring of behavior</i>	Estabelecer um método para o indivíduo monitorizar e registar o seu comportamento	-Fornecer ao estudante o questionário <i>Daily Drinking Questionnaire</i> (40) para preencher uma vez por semana (referente aos 7 dias anteriores).
3.	<i>Social support</i>		

3. Por não ter sido possível uma tradução, adaptação cultural e validação da tradução da nomenclatura, os itens serão apresentados de acordo com a versão original da BCT Taxonomy Training fazendo parte integrante do artigo de Michie et al. (34).

3.2+3.3	<i>Social support (practical)+ Social support (emotional)</i>	Aconselhar ou providenciar ajuda por profissionais especializados na melhoria do comportamento alvo	-Providenciar contacto de emergência para o estudante poder contactar em caso de necessidade, por forma a poder ver as suas dúvidas e anseios esclarecidos
4.	<i>Shapping knowledge</i>		
4.1	<i>Instruction on how to perform a behavior</i>	Aconselhar de como efectuar um dado comportamento	-Sessões de educação para a saúde sobre hábitos de vida saudável -Sessões de educação para a saúde por forma a melhorar o <i>empowerment</i> do estudante relativamente ao comportamento "consumo de álcool"
5	<i>Natural consequences</i>		
5.1	<i>Information about health consequences</i>	Fornecer informação (escrita, oral ou visual) sobre consequências de um dado comportamento	-Sessões de educação para a saúde sobre malefícios e consequências a curto, médio e longo prazo do consumo de álcool, binge-drinking e alcoolismo.
5.3	<i>Information about social and environmental consequences</i>	Providenciar informação sobre consequências sociais e ambientais de um dado comportamento	-Sessões de educação para a saúde sobre consequências a nível social sobre consumos abusivos e álcool, intoxicação alcoólica aguda e alcoolismo.
5.4	<i>Monitoring of emotional consequences</i>	Averiguar os sentimentos do indivíduo após a realizar de um dado comportamento	-Dar espaço ao estudante de se expressar sobre como se sente após episódios de consumos abusivos e álcool, intoxicação alcoólica aguda e alcoolismo.
5.5	<i>Anticipated regret</i>	Induzir ou aumentar a sua atenção para como se poderá sentir após a realização de um dado comportamento	-Dar espaço ao estudante e/ou explicar os possíveis sentimentos que poderá experienciar após um hipotético episódio de consumos abusivos e álcool, intoxicação alcoólica aguda e alcoolismo.
6	<i>Comparison of behaviour</i>		
6.2	<i>Social comparison</i>	Permitir ao indivíduo que compare o comportamento de outros quando efetuam aquele dado comportamento	-Dar espaço ao estudante de refletir sobre o comportamento dos seus pares quando realizam um episódio de consumos abusivos e álcool, intoxicação alcoólica aguda e alcoolismo, e questionar-se sobre a sua própria opinião daquele comportamento.
8.	<i>Repetition and substitution</i>		
8.1	<i>Behavior substitution</i>	Incentivar a substituição do comportamento indesejado, por um comportamento desejado ou comportamento neutro	-Incentivar o estudante a beber bebidas não alcoólicas (caso tenha "vergonha" de não beber álcool à frente dos seus colegas, sugerir a compra de, por exemplo, cervejas sem álcool e retirar o rótulo, assim "os seus colegas não saberão o que está a beber")
10.	<i>Reward and threat</i>		
10.4	<i>Social reward</i>	Congratular quando existe um esforço ou progresso na melhoria de um dado comportamento	-Congratular o estudante sempre que demonstrar empenho ou melhoria no comportamento a alterar
11.	<i>Regulation</i>		

11.2	<i>Reduce negative emotions</i>	Aconselhar formas de reduzir emoções negativas para facilitar a mudança de comportamento	-Providenciar estratégias de autorregulação ao estudante por forma a minimizar o impacto de emoções negativas face a episódios de consumos excessivos de álcool, <i>binge drinking</i> e/ou intoxicação alcoólica aguda -providenciar estratégias de autorregulação quando existir estados de ansiedade ou depressão
15.	<i>Self-belief</i>		
15.3	<i>Focus on past succes</i>	Aconselhar o indivíduo a pensar e listar momentos do passado onde teve sucesso em não realizar dado comportamento	- Incentivar o estudante a listar momentos em que se autorregulou a não ter consumos excessivos de álcool

Tabela 1 Classificação taxonómica das intervenções a realizar – **Brief Motivational Interventions (BMI)**

TAREFAS

A intervenção será composta por duas componentes distintas: i) a sessão de educação para a Saúde e ii) a sessão Individualizada de Intervenção Motivacional. Para tal evoca-se os fundamentos de Imperatori & Geraldles (33, p.24) denomina por “mudança programada”. Isto é, um conjunto de ações com vista a uma possível “mudança sociocultural por contacto dirigido, de tipo progressivo, induzido e de mecanismo multicausal”, munindo-se, para tal, de um conjunto de técnicas que têm-se demonstrado úteis na alteração de determinantes de comportamento (ex. comportamentos de consumos etílicos) (41)we introduce the Intervention Mapping (IM).

No âmbito das sessões de educação para a saúde, no total, serão realizadas 4 sessões de educação para a saúde por um enfermeiro. Pretender-se-á que nas sessões de educação para a saúde aos estudantes haja uma interação entre os estudantes, através de técnicas como role-play, dinâmicas de grupo e prática simulada. Na base da Teoria das Normas Sociais (42,43), estas atividades poderão fomentar um possível efeito positivo pares entre os estudantes, pela partilha de experiências vividas (18,22–24).

A primeira sessão, a ser realizada, será através da aplicação do questionário, um campo para os estudantes poderem expor assuntos que queiram ver tratados nas sessões seguintes, por forma a poder responder, eficazmente, às expectativas dos estudantes. Em todas as sessões, será entregue aos estudantes um questionário. A tabela 2, contempla, de forma sucinta, o plano de sessão das educações para a saúde.

	Conteúdos	Métodos/ Técnicas	Recursos didáticos	Técnicas *	Dura- ção
Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação do programa e dos objetivos do programa de intervenção;	Expositivo	Computador portátil e Video-Projector;	-Sessões de role-play; -Dinâmicas de grupo; -Práticas simuladas.	5 min.
Desenvolvimento	-Definição de saúde; -Hábitos de vida saudável (alimentação, exercício físico e hábitos de sono/repouso); -Álcool (definição; intoxicação alcoólica aguda; consequências para o organismo a curto, médio e longo prazo; consumo de álcool e eventos sociais; prevenção e tratamento de estados de embriaguez e dependência de álcool; álcool e consequências sociais.	Expositivo interrogativo	Computador portátil; Video-Projector; Documentação áudio-visual; Modelo anatómico humano.	-Sessões de role-play; -Dinâmicas de grupo; -Práticas simuladas.	50 min.
Conclusão	Síntese da sessão; Resposta a questionário; Avaliação da formação.	Expositivo e interrogativo/Exposição;	Questionário; canetas.	-Sessões de role-play; -Dinâmicas de grupo; -Práticas simuladas.	5 min.

Tabela 2 Plano de sessão tipo das Sessões de Educação para a Saúde

No âmbito das Sessões BMI os estudantes serão recrutados voluntariamente, isto é, aqueles que demonstrem interesse em participar, de forma confidencial. Desta forma, ao longo de toda a intervenção serão realizados 4 momentos distintos para o recrutamento.

Para o recrutamento destas sessões individualizadas, preferiu-se não recrutar pela observação obtida no score ASSIST superior a 27 pontos (35), pois, de acordo com a “Teoria do comportamento planeado” e outros estudos, poderá ser mais benéfico para esta intervenção, existir a intenção do próprio estudante de principiar a sua própria alteração de comportamento (44,45), ao invés de os recrutar sem haver uma intenção intrínseca de mudança comportamental. Este processo de recrutamento encontra-se explanado na figura 2, esta relativa ao cronograma da intervenção. Os meses escolhidos correspondem a momentos de festas académicas de maior relevo (e.g. latada, batismo, queima das fitas, festas de final de ano letivo).

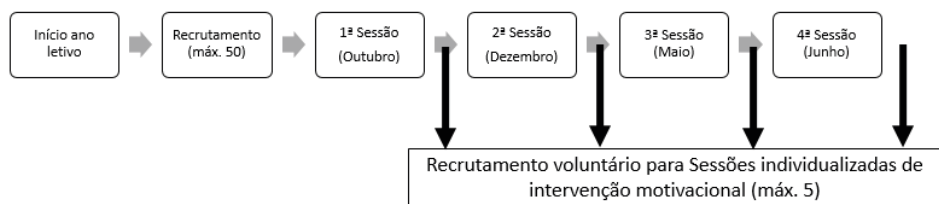


Figura 2 Cronograma de sessões de educação para a saúde e descrição dos momentos de recrutamento voluntário para sessões individualizadas para a intervenção motivacional

No que concerne às Sessões Individualizadas de BMI estas serão planeadas de acordo com as necessidades de cada estudante. No final de cada sessão, o estudante preencherá um questionário, explanado mais adiante.

Ainda, realizar-se-á um *follow-up* presencial ou por via telefone ou *e-mail*, consoante a disponibilidade do estudante⁴. Este *follow-up* tem a finalidade de avaliar a mudança de comportamentos, quanto ao consumo de álcool, entre outras variáveis.

Na figura 3 podem ser observadas as diferentes etapas, isto é, desde a inscrição voluntária até às sessões de Motivação Individual.

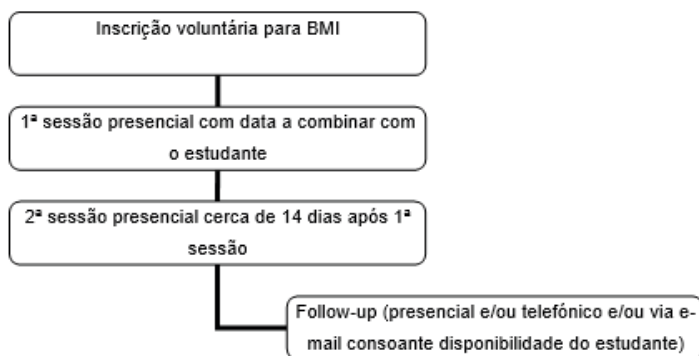


Figura 3 Fluxograma descritivo do desenvolvimento das intervenções nos estudantes que se inscreveram voluntariamente

Comissão de Ética

No decorrer da realização da presente investigação teve-se em consideração os direitos dos indivíduos, procurando-se prezar o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato, à confidencialidade e à proteção contra o desconforto e prejuízo (46).

No mesmo sentido, aos estudantes, antes de serem recrutados para as sessões de educação para a saúde, ser-lhes-ão explicados os objetivos das sessões de educação para a saúde; e a entrega de uma declaração de Consentimento Informado, onde o estudante declarará que foi bem informado sobre o projeto e que aceita participar nele (46). Serão, ainda, tidos em consideração os princípios éticos para investigação envolvendo humanos (47), para as sessões individuais de Intervenção Motivacional.

Para a realização desta investigação, foram pedidas autorizações à Comissão de Ética da instituição em causa de ensino superior da região centro.

Todas as etapas de conceção, planeamento, condução e análise dos resultados deste projeto de intervenção, estão de acordo com as normas de qualidade científica e ética, *Boas Práticas Clínicas (BPC) para a investigação clínica* (48).

4. Por forma a diminuir uma possível probabilidade de desistência ("drop-out").

O presente projeto requer autorização prévia da instituição do Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Saúde e Tecnologias de Coimbra e é obrigatoriamente precedida de parecer favorável da comissão de ética competente local.

O tratamento dos dados obtidos garante o anonimato dos participantes, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade dos participantes. A recolha e análise de dados serão integradas num trabalho final de Pós-graduação que ficará em acesso público no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Assim, o trabalho final de curso não conterà quaisquer dados pessoais que possam revelar direta ou indiretamente a identidade de uma pessoa singular, de acordo com o disposto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, Regulamento UE n.º 2016/679e na Lei 58 de 2019 (49).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health - 2014 [Internet]. World Health Organization. 2014 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
2. Dawson KA, Schneider MA, Fletcher PC, Bryden PJ. Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *J R Soc Promot Health* [Internet]. 2007 Jan;127(1):38–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17319316>
3. Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. Randomized controlled trial of brief alcohol screening and intervention for college students for heavy-drinking mandated and volunteer undergraduates: 12-month outcomes. *Psychol Addict Behav*. 2015;29(1):2–16.
4. Dotson KB, Dunn ME, Bowers CA. Stand-Alone Personalized Normative Feedback for College Student Drinkers: A Meta-Analytic Review, 2004 to 2014. Zeeb H, editor. *PLoS One* [Internet]. 2015 Oct 8;10(10):e0139518. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0139518>
5. Hagger MS, Wong GG, Davey SR. A theory-based behavior-change intervention to reduce alcohol consumption in undergraduate students: Trial protocol. *BMC Public Health*. 2015 Dec 31;15(1):306.
6. Cooke R, Sniehotta F, Schuz B. Predicting binge-drinking behaviours using an extended TPB: examining the impact of anticipated regret and descriptive norms. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 2006 Dec 15;42(2):84–91. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agl115>
7. Epton T, Norman P, Sheeran P, Harris PR, Webb TL, Ciravegna F, et al. A theory-based online health behavior intervention for new university students: study protocol. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):107. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/107>
8. Manning M, Smith C, Mazerolle P. The societal costs of alcohol misuse in Australia [Internet]. Australian Institute of Criminology. 2013 [cited 2016 Mar 9]. Available from: http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/58981/85722_1.pdf?sequence=1
9. Kruger J, Brennan A, Strong M, Thomas C, Norman P, Epton T. The cost-effectiveness of a theory-based online health behaviour intervention for new university students: an economic evaluation. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1):1011. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1011>

10. National Centre for Social Research, University College of London D of E and PH. Health Survey for England, 2008 [Internet]. 4th Edition. UK Data Service. SN: 6397. 2013 [cited 2016 Mar 9]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5255/UKDA-SN-6397-2>.
11. Underwood B, Fox K, Manogue M. Tobacco, alcohol and drug use among dental undergraduates at one English university in 1998 and 2008. *Br Dent J*. 2010 Feb 27;208(4):E8; discussion 164-5.
12. Andersson C, Johnsson KO, Berglund M, Ojehagen A. Alcohol involvement in Swedish University freshmen related to gender, age, serious relationship and family history of alcohol problems. *Alcohol Alcohol*. 2007;42(5):448–55.
13. Moreno-Gómez C, Romaguera-Bosch D, Tauler-Riera P, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Martinez-Andreu S, et al. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutr*. 2012 Nov 7;15(11):2131–9.
14. Kračmarová L, Klusoňová H, Petrelli F, Grappasonni I, Kracmarova L, Klusonova H, et al. Tobacco, alcohol and illegal substances: experiences and attitudes among Italian university students. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(5):523–8.
15. SICAD. Relatório Anual 2014: A Situação do País em Matéria de Álcool [Internet]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 2015. Available from: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/79/Relatório Anual 2014 - A Situação do País em Matéria de Álcool.pdf
16. Wolfson M, Champion H, McCoy TP, Rhodes SD, Ip EH, Blocker JN, et al. Impact of a Randomized Campus/Community Trial to Prevent High-Risk Drinking Among College Students. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2012 Oct;36(10):1767–78. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1530-0277.2012.01786.x>
17. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future: National Survey Results on Drug Use, 1975–2008 [Internet]. The University of Michigan, Institute for Social Research. 2009 [cited 2016 Mar 9]. Available from: http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2008.pdf
18. Eisenberg D, Golberstein E, Whitlock JL. Peer effects on risky behaviors: new evidence from college roommate assignments. *J Health Econ*. 2014 Jan;33(1):126–38.
19. Silva DAS, Petroski EL. The simultaneous presence of health risk behaviors in freshman college students in Brazil. *J Community Health*. 2012 Jun;37(3):591–8.
20. Petroianu A, Reis DCF dos, Cunha BDS, Souza DM de. Prevalence of alcohol, tobacco and psychotropic drug use among medical students at the Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(5):568–71.
21. Gasparotto GDS, Fantineli ER, Campos W De. Tobacco use and alcohol consumption associated with sociodemographic factors among college students. *Acta Sci Heal Sci*. 2015;37(1):11.
22. Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Hallal PC. [Smoking and alcohol consumption among university students: prevalence and associated factors]. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 Jun;15(2):376–85.

23. Deressa W, Azazh A. Substance use and its predictors among undergraduate medical students of Addis Ababa University in Ethiopia. *BMC Public Health*. 2011 Jan;11:660.
24. Gebreslassie M, Feleke A, Melese T. Psychoactive substances use and associated factors among Axum University students, Axum Town, North Ethiopia. *BMC Public Health*. 2013 Jan;13(1):693.
25. Primack BA, Kim KH, Shensa A, Sidani JE, Barnett TE, Switzer GE. Tobacco, marijuana, and alcohol use in university students: a cluster analysis. *J Am Coll Health*. 2012 Jan;60(5):374–86.
26. Kelly AB, Evans-Whipp TJ, Smith R, Chan GCK, Toumbourou JW, Patton GC, et al. A longitudinal study of the association of adolescent polydrug use, alcohol use and high school non-completion. *Addiction*. 2015 Apr;110(4):627–35.
27. Lamont AE, Woodlief D, Malone PS. Predicting high-risk versus higher-risk substance use during late adolescence from early adolescent risk factors using Latent Class Analysis. *Addict Res Theory*. 2014;22(1):78–89.
28. Lehmann F, von Lindeman K, Klewer J, Kugler J. BMI, physical inactivity, cigarette and alcohol consumption in female nursing students: a 5-year comparison. *BMC Med Educ*. 2014;14:82.
29. Kwan MY, Faulkner GE, Arbour-Nicitopoulos KP, Cairney J. Prevalence of health-risk behaviours among Canadian post-secondary students: descriptive results from the National College Health Assessment. *BMC Public Health*. 2013;13(1):548.
30. Borsari B, Short EE, Mastroleo NR, Hustad JTP, Tevyaw TO, Barnett NP, et al. Phone-delivered brief motivational interventions for mandated college students delivered during the summer months. *J Subst Abuse Treat*. 2014 May;46(5):592–6.
31. Cronce JM, Larimer ME. Individual-focused approaches to the prevention of college student drinking. *Alcohol Res Health*. 2011;34(2):210–21.
32. Hustad JTP, Mastroleo NR, Kong L, Urwin R, Zeman S, LaSalle L, et al. The comparative effectiveness of individual and group brief motivational interventions for mandated college students. *Psychol Addict Behav*. 2014;28(1):74–84.
33. Imperatori E, Giraldes M do R. Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª Ed. Escola Nacional de Saúde Pública, editor. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.
34. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Ann Behav Med* [Internet]. 2013 Aug 20;46(1):81–95. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12160-013-9486-6>
35. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 36/2012: Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens [Internet]. Direção-Geral de Saúde. 2014 [cited 2016 May 28]. Available from: <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normativas/norma-n-0362012-de-30122012-png.a...>
36. CONSORT. The CONSORT Flow Diagram [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 7]. Available from: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>

37. Marques MM, Teixeira PJ. Modificação comportamental na Gestão do Peso: da teoria à prática. *Rev Factores Risco*. 2014;34:56–66.
38. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) [Internet]. World Health Organization Health Statistics and Health Information Systems. 2013 [cited 2016 Mar 24]. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
39. Skinner HA. Alcohol Dependence Scale (ADS) [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 1982 [cited 2016 Mar 24]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3583EN.html>
40. Collins RL, Parks GA, Marlatt GA. Social determinants of alcohol consumption: the effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1985 Apr;53(2):189–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3998247>
41. Kok G, Gottlieb NH, Peters G-JY, Mullen PD, Parcel GS, Ruiters RAC, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychol Rev*. 2015 Oct 15;1–16.
42. Perkins HW. Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *J Stud Alcohol, Suppl*. 2002 Mar;(s14):164–72.
43. Borsari B, Carey KB. Descriptive and injunctive norms in college drinking: a meta-analytic integration. *J Stud Alcohol*. 2003 May;64(3):331–41.
44. Andersson C, Johnsson KO, Berglund M, Öjehagen A. Intervention for hazardous alcohol use and high level of stress in university freshmen: a comparison between an intervention and a control university. *Brain Res* [Internet]. 2009 Dec;1305:S61–71. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006899309017156>
45. Gajecki M, Berman AH, Sinadinovic K, Rosendahl I, Andersson C. Mobile phone brief intervention applications for risky alcohol use among university students: a randomized controlled study. *Addict Sci Clin Pract*. 2014;9(1):11.
46. Fortin M-F. O processo de investigação: Da concepção à realidade. Lusociência, editor. Loures: Lusociência; 1999.
47. World Medical Association. World Medical Association Declaration os Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. 2008 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
48. European Medicines Agency. Guideline for good clinical practice E6(R2) [Internet]. London: European Medicines Agency; 2016. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/ich-e6-r2-good-clinical-practice-scientific-guideline>
49. Regulamento Europeu 2016/679 do Parlamento Europeu e do conselho. relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados), Parlamento Europeu Conselho da União Europeia. 2016; Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2016:119:FULL&from=EN>