

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

Escola Superior de Saúde de Viseu

**I CURSO DE MESTRADO**

**ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS  
EM CRIANÇAS DO 1º CICLO  
E SEUS FATORES INFLUENCIADORES**

*Teresa Maria Correia Gomes*

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de  
Saúde Mental e Psiquiatria sob orientação:

Orientador - Professora Doutora Lúcia do Rosário  
Cabral

Coorientador – Professor Doutor João Carvalho  
Duarte

**WISEU, 2012**



*“ Tentei ensinar-te formas de andar, mas nem eu nem ninguém tem o direito de te levar às costas. Poderei, apesar de tudo, acabar com um último conselho? Já que se trata de escolher, procura sempre escolher essas opções que depois te permitam o maior número de outras opções possíveis, e não as que te deixem entalado, contra a parede.*

*Escolhe o que abre: aos outros, a novas experiências, a diferentes alegrias.*

*Evita o que te encerra e te enterra. Quanto ao mais, boa sorte!”*

*Fernando Savater*



Á memória da minha mãe...

Ao Diogo e á Andreia ...

Ao Fernando ...



## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo da execução deste trabalho muitos obstáculos foram surgindo e só com a ajuda de algumas pessoas foi possível que estes fossem ultrapassados, por isso não posso deixar de lhes agradecer por tudo.

Antes de mais à minha orientadora, Professora Doutora Lídia do Rosário Cabral, pela orientação, a ajuda e a confiança demonstrada ao longo de toda esta etapa.

Ao meu coorientador Professor Doutor João Carvalho Duarte pelo modo como apoiou e orientou o desenvolvimento deste trabalho, bem como a disponibilidade evidenciada.

Aos Amigos e Colegas que estiveram presentes nesta caminhada e que colaboraram numa forma indireta na realização deste estudo.

Ao Agrupamento de Escolas de Sátão, seus professores e alunos, que me permitiram recolher a informação que necessitava.

Por último, mas não menos importante, o meu “muito obrigado” especial aos que me estão mais próximos, Fernando, Diogo e Andreia, por terem suportado as minhas alterações de humor e a minha (in)disponibilidade sempre que o trabalho me ocupava mais, pelo incentivo e ânimo para que concluísse esta investigação, pela dedicação e apoio que foram fundamentais e por acreditarem que eu chegaria ao fim desta etapa mesmo quando eu própria vacilei.



## **RESUMO**

O álcool é uma substância psicotrópica lícita que está enraizada na nossa cultura, presente e disponível em variados locais e alguns rituais, possui uma grande aceitação social. A precocidade do início do consumo e, o consumo excessivo tornou-se um problema que afeta toda a população. Assim como em outros países do mundo, o alcoolismo e os problemas ligados ao álcool são um grave problema de saúde pública em Portugal.

O presente estudo descritivo/correlacional, tem como objetivos verificar se as crianças consomem bebidas alcoólicas, quais os tipos de bebidas alcoólicas, com que frequência o fazem e, quais são os fatores que influenciam este consumo. Utilizou-se para a recolha de dados um questionário aplicado a uma amostra de alunos que frequentam o 2º, 3º e 4º anos do 1º Ciclo do Ensino Básico, Agrupamento de Escolas de Sátão, ano letivo 2011/2012.

Resultados: a idade de início de consumo é, em média, 6 anos; o padrão de consumo de álcool difere quanto ao género, sendo os rapazes os que apresentam o padrão mais elevado: consumo diário/semanal. As raparigas têm maior percentagem de não consumidores, consumidores mensais e ocasionais. O local de início do consumo dá-se em casa seguido do café. Habitualmente 92,5% dos rapazes e 87,5% das raparigas consomem bebidas alcoólicas com familiares. Cerca de 70% dos pais e cerca de 30% das mães consomem bebidas alcoólicas. É significativo o valor percentual obtido de irmãos e avós que consomem bebidas alcoólicas. A distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com consumo de bebidas alcoólicas pelos pais demonstra-se estatisticamente significativa.

O consumo de bebidas alcoólicas tanto pela mãe como pelo pai influencia o consumo de bebidas alcoólicas das crianças comparativamente às crianças que não consomem. Não se observou relação estatisticamente significativa entre as restantes variáveis independentes e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos da amostra em estudo.

**Palavras-chave: Criança, Bebidas alcoólicas, Saúde Escolar, Promoção da Saúde**



## **ABSTRACT**

Alcohol is a licit psychotropic substance that is rooted in our culture, present and available in many places and some rituals, has a great social acceptance. Early onset of consumption and excessive drinking became a problem that affects the entire population. As in other countries, alcoholism and alcohol-related problems are a serious public health problem in Portugal.

This descriptive / correlational study, aims to determine if children drink alcohol, what types of alcoholic beverages, how often do and what are the factors that influence this consumption. Was used for data collection a questionnaire administered to a sample of students attending the 2nd, 3rd and 4th years of the 1st cycle of Basic Education Cluster Schools Sátão, academic year 2011/2012.

Results: The age of onset of consumption is on average six years, the pattern of alcohol consumption differs by gender, with boys who have the highest standard: daily / weekly. The girls have a higher percentage of non-consumers and occasional consumers monthly. The start site of consumption occurs at home followed by coffee. Usually 92.5% of boys and 87.5% of girls drink alcohol with family members. About 70% of fathers and 30% of mothers consume alcohol. A significant percentage value obtained from siblings and grandparents who consume alcoholic beverages. The distribution of alcohol consumption by children with alcohol consumption by parents demonstrates statistically significant. The consumption of alcoholic beverages by both the mother and the father influences the consumption of alcoholic beverages of children compared to children who do not consume. There was no statistically significant relationship between the remaining independent variables and alcohol consumption by students in the sample under study.

**Key words: Child, Alcoholic Beverages; School Health, Health Promotion**



## INDICE

	Pág.
<b>INDICE DE FIGURAS</b>	
<b>INDICE DE TABELAS</b>	
<b>INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	
<b>0. INTRODUÇÃO</b>	23
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	29
<b>1. BEBIDAS ALCOÓLICAS</b>	31
1.1. ALCOOLISMO	32
<b>2. ESTUDOS REALIZADOS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL PELOS JOVENS</b>	33
<b>3. PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL</b>	38
<b>4. FATORES INFLUENCIADORES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NAS CRIANÇAS</b>	42
<b>5. PREVENÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NAS CRIANÇAS</b>	48
5.1. PLANO NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR	50
5.2. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	51
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	55
<b>1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	57
1.1. QUESTÕES, OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	58
1.2. TIPO DE ESTUDO	60
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	61
1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	65
1.5. PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	66
<b>2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	69
2.1. VARIÁVEIS CONTEXTUAIS DOS ALUNOS	69

2.2.	VARIÁVEIS DE CONTEXTO FAMILIAR	71
2.3.	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS PELOS ALUNOS	71
2.4.	ANÁLISE INFERENCIAL	74
<b>3.</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>81</b>
3.1.	DISCUSSÃO METODOLÓGICA	81
3.2.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>105</b>
	APÊNDICE 1. Instrumento de Colheita de Dados - Questionário	107
	APÊNDICE 2. Pedido de Autorização para a Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	109
	APÊNDICE 3. Caracterização das Variáveis Sociodemográficas dos Alunos	111
	APÊNDICE 4. Caracterização das Variáveis Contextuais dos Alunos	113
	APÊNDICE 5. Caracterização das Variáveis de Contexto Familiar	115
	APÊNDICE 6. Caracterização do Consumo de Bebidas Alcoólicas pelos Alunos	117
	APÊNDICE 7. Análise Inferencial	119

## INDICE DE FIGURAS

	Pág.
1. Desenho do estudo	61
2. Mapa do concelho de Sátão por freguesias	62
3. Mapa do distrito de Viseu por concelhos	62



## INDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela 1.</b> Distribuição da Amostra por Sexo	111
<b>Tabela 2.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Idade	111
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Ano de Escolaridade	111
<b>Tabela 4.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Agregado Parental	111
<b>Tabela 5.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Agregado familiar (outro)	111
<b>Tabela 6.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Doença Crónica	113
<b>Tabela 7.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Tipo de Doença Crónica	113
<b>Tabela 8.</b> Distribuição da amostra por sexo e medicação crónica	113
<b>Tabela 9.</b> Distribuição da amostra por sexo e número de horas de televisão que vê por dia	113
<b>Tabela 10.</b> Distribuição da amostra por sexo e número de horas que joga/utiliza computador por dia	113
<b>Tabela 11.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Sentimento de Solidão	113
<b>Tabela 12.</b> Distribuição da amostra por sexo e números de amigos que têm	113
<b>Tabela 13.</b> Distribuição da amostra por Sexo e facilidade em fazer novas amizades	113
<b>Tabela 14.</b> Distribuição da amostra por Sexo e tempo que passa com os amigos fora da escola	113
<b>Tabela 15.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Profissões dos pais segundo Classificação Portuguesa de Profissões	115
<b>Tabela 16.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Consumo de bebidas alcoólicas pelo agregado familiar	115
<b>Tabela 17.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Tipo de bebidas alcoólicas que os pais preferem beber	115
<b>Tabela 18.</b> Distribuição da amostra por sexo e frequência do consumo de bebidas alcoólicas pelo agregado familiar, junto das crianças	115
<b>Tabela 19.</b> Distribuição da amostra por Sexo e Opinião dos alunos sobre o efeito negativo do álcool na saúde	117
<b>Tabela 20.</b> Distribuição da amostra por sexo e opinião dos alunos sobre a idade em que se pode iniciar o consumo bebidas alcoólicas	117

<b>Tabela 21.</b>	Distribuição da amostra por Sexo e Consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos, alguma vez	117
<b>Tabela 22.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas, por sexo e idade em que ingeriu bebidas alcoólicas pela primeira vez	117
<b>Tabela 23.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo, tipo de bebidas alcoólicas ingeridas e sua frequência	117
<b>Tabela 24.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e fatores influenciadores que as levaram ao consumo de bebidas alcoólicas	117
<b>Tabela 25.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e o consumo de bebidas alcoólicas no último mês	117
<b>Tabela 26.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e pelas pessoas que sabem do consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos	117
<b>Tabela 27.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e local de consumo de bebidas alcoólicas.	117
<b>Tabela 28.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e pessoas com as quais ingerem bebidas alcoólicas	117
<b>Tabela 29.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e estado de embriaguez	117
<b>Tabela 30.</b>	Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e o número de vezes que ficou embriagado(a)	117
<b>Tabela 31.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o sexo da amostra.	119
<b>Tabela 32.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e a idade da amostra	119
<b>Tabela 33.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o ano de escolaridade frequentado pela amostra	119

<b>Tabela 34.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o uso de televisão pela amostra	119
<b>Tabela 35.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o número de horas despendidas com televisão	119
<b>Tabela 36.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o uso de computador pela amostra	119
<b>Tabela 37.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o número de horas despendidas com computador	119
<b>Tabela 38.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o Sentimento de Solidão pela amostra	119
<b>Tabela 39.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o número de amigos da amostra	119
<b>Tabela 40.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com tempo despendido com os amigos	119
<b>Tabela 41.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com consumo de bebidas alcoólicas pelos pais	119
<b>Tabela 42.</b>	Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com consumo de bebidas alcoólicas pelos pais junto das crianças	119



## INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CE – Comissão Europeia
- CMESMP – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- CNPCJR – Comissão Nacional Proteção Crianças e Jovens em Risco
- CPCJ – Comissão Proteção Crianças e Jovens
- CPP – Classificação Portuguesa Profissões
- DGS – Direção Geral Saúde
- DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders-IV-Text Revision
- EESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- EPS- Educação Para a Saúde
- ESPAD- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- GG – Grande Grupo Profissional
- HBSC – Health Behaviour in School-aged Children
- INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- ISS – Instituto de Solidariedade Social
- OMS – Organização Mundial Saúde
- ONG - Organizações Não-Governamentais
- PHDA – Perturbação Hiperatividade e Deficit de Atenção
- PNRPLA – Plano Nacional Redução Problemas Ligados ao Álcool
- PNSE- Plano Nacional Saúde Escolar
- PS – Promoção de Saúde
- SIDA – Síndrome Imunodeficiência Adquirida
- UE- União Europeia
- VIH- Vírus Imunodeficiência Humano



## 0. INTRODUÇÃO

O 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viseu tem por objetivos gerais: formar enfermeiros especialistas capazes de planejar, executar e avaliar ações tendentes à promoção da Saúde Mental, bem como de prestarem cuidados de maior complexidade ao doente e família e, habilitar o Enfermeiro para integrar equipas multidisciplinares promotoras de cuidados altamente diferenciados no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.

É precisamente no sentido do desenvolvimento de competências especializadas adequadas à prática clínica, definidas no Regulamento nº. 129/2011, de 18 de Fevereiro que se enquadra o estudo, nas unidades curriculares Ensino Clínico I – Saúde Mental e Comunidade e, Ensino Clínico III – Toxicodependências, inseridas no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (Processo nº NCE/09/00637N da A3ES – Decisão da Acreditação do Ciclo de Estudos; Portaria nº 118/2010 de 26 de Fevereiro no DR, 1ª série, nº40 de 26 de Fevereiro).

Durante os Ensinos Clínicos treinou e adquiriu as competências presentes no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental:

- Detém o elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Este estudo surge na sequência de uma reflexão, da investigadora, sobre a sua experiência profissional enquanto enfermeira de Saúde Escolar de um Agrupamento de

Escolas com 1806 alunos de todos os níveis de ensino, no ano letivo 2011/2012. Durante o exercício das suas funções como enfermeira de Saúde Escolar, inúmeras foram as vezes com que se deparou com relatos do corpo docente e não docente, bem como de alunos sobre o início e perpetuação do consumo ocasional de bebidas alcoólicas entre as crianças do 1º ciclo de ensino básico.

O álcool é uma substância psicotrópica lícita que está enraizada na nossa cultura, presente e disponível nos mais variados locais e em alguns rituais, possui uma grande aceitação social. A precocidade do início do consumo e, o consumo excessivo tornou-se um problema que afeta toda a população.

A questão do alcoolismo tem transcorrido as esferas pessoais, familiar, profissional e social de um número expressivo de pessoas. Assim como em outros países do mundo, o alcoolismo e os problemas ligados ao álcool são um grave problema de saúde pública em Portugal.

Portugal tem uma herança cultural relacionada com o álcool, que vai desde rituais religiosos e sagrados, até festivais onde a presença do álcool é mesmo histórica. A história do consumo de álcool, desde sempre acompanhou a história do homem, dado que as bebidas alcoólicas são conhecidas há milhares de anos e existem indícios da sua utilização na Pré-História.

Quanto mais precoce o contato com o álcool, maior a possibilidade de o relacionamento com a bebida evoluir para um padrão nocivo e o risco de dependência e desenvolvimento de doença crónica (Alves, 2010).

Os hábitos alcoólicos são, desde tenra idade, inculcados na população por razões de natureza cultural e socioeconómica. O alcoolismo na infância é um problema social que deve ser discutido por todos. Muito embora se saiba que a grande maioria dos casos ocorra por influência de amigos e colegas de escola, é preciso prestar atenção para a influência do ambiente familiar. O uso abusivo do álcool pelos familiares é capaz de levar uma criança a despertar inocentemente o interesse pela bebida.

Os responsáveis pela Saúde Escolar, na sua intervenção junto da comunidade escolar, devem aperceber-se das características dessa mesma comunidade, de forma a conhecer as crianças e os contextos em que elas se inserem, adequando deste modo a Educação para a Saúde à realidade com que se deparam. Na verdade, segundo Tones

(2000, citado por Fontes, 2007), uma das razões que conduz ao fracasso da Educação para a Saúde é o facto de não se ter em conta as circunstâncias do indivíduo ou da comunidade com os quais se desenvolve o programa. Ou seja, na sua intervenção junto do indivíduo e/ou comunidade, o profissional responsável pela saúde escolar necessita, não só de um programa de Educação para a Saúde mas também de um programa de Promoção para a Saúde (Idem).

Neste seguimento, decidiu compor este trabalho de investigação com o tema *“Consumo de Bebidas Alcoólicas em Crianças do 1º Ciclo e seus Fatores Influenciadores”*.

Para guiar este trabalho, delineou como estratégia a elaboração de questões e hipóteses de investigação sugerindo assim a análise de alguns determinantes de ordem pessoal, sociodemográficos e familiar e, a sua relação com o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4º anos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012.

- Q<sub>1</sub> Com que idade iniciaram os consumos de bebidas alcoólicas, os alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>2</sub> Qual a quantidade do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>3</sub> Qual a frequência do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>4</sub> Quais os tipos de bebidas alcoólicas consumidas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>5</sub> Quais são os fatores que mais influenciam o consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?

O objetivo geral é saber se aqueles alunos consumiam bebidas alcoólicas e os objetivos específicos são aferir em que medida os fatores sociodemográficos dos alunos, os fatores contextuais dos alunos e os fatores de contexto familiar influenciam o

consumo de bebidas alcoólicas dos pelos alunos do 2º, 3º e 4º anos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012.

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1.** Existe relação entre o sexo e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Hipótese 2.** Existe relação entre a idade e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Hipótese 3.** Existe relação entre o ano de escolaridade e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Hipótese 4.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e o consumo de bebidas alcoólicas pelos filhos, alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Hipótese 5.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 com o sentimento de solidão que os alunos sentem;
- Hipótese 6.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 e o número de horas que passam em frente à televisão;
- Hipótese 7.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 e o número de horas que passam em frente ao computador;

Este trabalho de investigação foi dividido em diversos capítulos (teóricos e práticos), para assim tornar mas fácil e clara a leitura e interpretação do estudo realizado. O estudo encontra-se estruturado em duas partes: parte I – fundamentação teórica em que será feita a revisão da literatura sobre bebidas alcoólicas, estudos realizados sobre consumo de bebidas alcoólicas em jovens, problemas ligados ao álcool, fatores que influenciam o consumo de bebidas alcoólicas nas crianças, prevenção do

consumo de bebidas alcoólicas nas crianças. Na parte II- Estudo Empírico será descrita a metodologia aplicada para a realização do estudo, análise descritiva dos resultados e considerações finais.



## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 1. BEBIDAS ALCOÓLICAS

Na nossa sociedade, o consumo de álcool é considerado normal em diversas circunstâncias como refeições, convívio social e celebrações. As bebidas, os padrões, as situações e consumos diferem entre nações e regiões, relacionados com os usos e costumes dos diversos grupos populacionais.

A doença provocada pelo consumo de bebidas alcoólicas nos vários países depende, pelo menos, de dois fatores: da quantidade total de álcool consumida no país, para o qual o indicador é o consumo *per capita*, e da forma como o álcool é consumido, ou seja, o padrão de consumo (Gomes, 2010).

Cabral (2007) descreve que as bebidas alcoólicas contêm álcool etílico, que poderá ser obtido por fermentação de hidratos de carbono (ação de leveduras), ou por destilação (evaporação, seguido de condensação pelo frio). As bebidas destiladas (aguardente, aperitivos/licores, whisky, vodka...) têm maior graduação do que as bebidas fermentadas (vinho, cerveja, champanhe...). Assim não é a mesma coisa beber um copo de cerveja e beber a mesma quantidade de vodka e também não é por acaso, que no mercado da bebida existem copos de diferentes tamanhos para as diferentes bebidas. O problema é que apesar da existência de copo próprio, não é limitado o número. O tamanho do copo significa que o efeito de uma bebida num copo pequeno é rigorosamente o mesmo da outra bebida que se ingere num copo maior.

O álcool é uma droga psicotrópica que tem um efeito depressor do Sistema Nervoso Central, embora habitualmente seja consumido pela sua ação estimulante. Esta depressão é dose-dependente, ou seja, propicia a depressão de mecanismos controladores inibitórios, pois a aparente ação estimulante só é conseguida quando o álcool é ingerido em pequenas quantidades. O córtex, que tem um papel integrador, sob o efeito do álcool é libertado desta função, resultando num pensamento desorganizado e confuso, bem como numa interrupção do controle motor (Idem).

## 1.1. ALCOOLISMO

Definir o alcoolismo não é fácil, pois não há consenso nessa definição porque abrange um conjunto de atitudes perante o álcool e de comportamentos diversos e heterogêneos.

Segundo Sousa et al (2008) o termo alcoolismo foi introduzido em 1849, pelo sueco Magnus Huss, que o definia como sendo "o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante um longo período".

Henriques, (1996) citado por Cabral (2007) relata que o "*alcoolismo é uma doença de família, onde vive um alcoólico vive uma família em sofrimento*". É frequente assistir-se nestas famílias a um aumento da violência familiar e dos sentimentos de culpa. A família fica também doente, encobre ou nega o problema e, após algum tempo de convivência com o alcoólico, quase que imita os seus comportamentos.

Com o intuito de quantificar o consumo de álcool foi criado o conceito de bebida *standard* ou padrão. Consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida diária ou semanalmente. O consumo de álcool pode ser descrito em termos de gramas de etanol ou em termos de unidades padrão.

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão. A quantidade de álcool é idêntica por copo padronizado de vinho (a 12°), cerveja (a 5°) e destiladas (a 40°).A unidade de bebida padrão ajuda a quantificar o consumo de álcool e a detetar consumos de risco. Ou seja, permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas, diária ou semanalmente.

Gomes (2010) refere que, no contexto da classificação dos Problemas Ligados ao consumo de Álcool, a OMS (1992) considera as categorias de Consumo de Risco, Nocivo e Dependência:

Consumo de risco corresponde a um tipo ou padrão de consumo que provoca dano se o consumo persistir

Beber até à intoxicação aguda (embriaguez) produz como consequência uma deterioração nas capacidades cognitivas, na tomada de decisões e na capacidade de auto controlo do comportamento.

Binge drinking corresponde ao consumo ocasional de risco ou esporádico excessivo e diz respeito ao consumo ocasional de mais de cinco unidades (supera 50g de etanol) de qualquer bebida no homem numa única ocasião e quatro unidades na mulher (40gr de álcool) numa única ocasião três ou mais vezes no último mês

Consumo nocivo é definido como um *padrão de consumo que provoca danos à saúde tanto física como mental*. Todavia não existem critérios de dependência.

Dependência define-se por um conjunto de problemas fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

## **2. ESTUDOS REALIZADOS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL PELOS JOVENS**

De acordo com o PNRPLA (2009) deve ser desenvolvida investigação que estude os determinantes e as consequências do consumo de álcool, os danos por ele causados, identificar e caracterizar o consumo de álcool na população e nos vários grupos de risco., tendo como um dos princípios estratégicos orientadores a prevenção em meio escolar, laboral e familiar.

Gomes (2010) no seu estudo conclui da escassez de estudos em Cuidados de Saúde Primários reunidos de uma forma sistemática e que permitam descrever com mais objetividade o seu contributo na etiologia e manutenção de inúmeros problemas de saúde, legais e sociofamiliares, no contexto do consumo excessivo de álcool.

Para Sarmento (2004) a forma de encarar as crianças sofreu grandes modificações ao longo do tempo, levando à inclusão da infância como uma fase importante do desenvolvimento humano. A infância é entendida como uma fase onde as crianças

necessitam de proteção e provisão, uma vez que, comparativamente aos adultos, têm menos conhecimentos, força e maturidade (Fontes, 2007). A mesma autora alerta-nos para, se por um lado a criação de uma infância global trouxe benefícios visíveis, por outro veio potencializar desigualdades inerentes à condição social, ao sexo, à etnia, ao local de nascimento e residência e ao subgrupo etário a que cada criança pertence. Ou seja, a forma como a criança vive este período é determinada tanto por condições sociais, como por tempos e espaços sociais próprios de cada contexto (Idem).

As crianças e adolescentes, enquanto cidadãos, por direito, devem participar ativamente na planificação e monitorização das estratégias nacionais de saúde e de educação. O seu envolvimento assegura que estas estão devidamente direcionadas para as suas necessidades (WHO, 2005).

Existem vários estudos de prevalência de consumo de álcool em adolescentes e/ou adultos jovens. No entanto, raros são os estudos de prevalência de consumo de álcool em crianças em idade escolar de frequentar o 1º ciclo. Alguns fazem uma breve alusão à hipótese do início dos consumos de bebidas alcoólicas nos adolescentes terem ocorrido entre os 6 e os 10 anos de idade.

Estudos realizados por Edwards, Marshall e Cook (2005) evidenciam que quando existem problemas de alcoolismo na família, co-existe o risco desse problema se perpetuar na geração seguinte (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007).

Breda (2010) revela que mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, e mais de 70% acima dos 16 anos, consomem regularmente bebidas alcoólicas. Apesar de o consumo de álcool ter vindo a diminuir na Europa, a verdade é que a proporção de jovens que consome de forma excessiva tem aumentado em muitos países nos últimos anos.

Dados do Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) apontam que 42% das crianças entre 10 e 12 anos já experimentaram álcool e que o seu uso começou aos 7, 8 ou 9 anos de idade (Alves, 2010).

Pereira (2003) realizou um estudo cujo objetivo era analisar como se correlaciona o padrão de consumo de álcool dos adolescentes, o seu locus de controlo e a relação pais-filhos, obtendo os seguintes resultados: a idade de início de consumo era, em média, os 10 anos; o padrão de consumo de álcool difere quanto ao género, sendo o género

masculino o que apresentava o padrão de consumo mais elevado: consumidores moderados/ excessivos. No entanto, o género feminino tinha maior percentagem de não consumidores, consumidores ocasionais e consumidores ligeiros. O local de início de consumos foi em bares e em casa. Verificou-se ainda que 57,8% desencadearam os consumos por iniciativa própria, 22,3% entusiasmado por amigos e 19,9% por influência dos familiares. De salientar que 43,5% dos avós são alcoólicos e que 76,1% dos familiares consomem pelo menos uma bebida alcoólica, verificando-se a associação entre padrão diário de consumos elevados dos avós e consumos elevados dos adolescentes.

Coleman e Carter (2003) descreveram que as primeiras experiências de crianças com o consumo de bebidas alcoólicas habitualmente ocorrem entre os 8 e os 12 anos de idade. Harolyn et al. (1998) relataram que quanto mais jovem a criança inicia o consumo de álcool e drogas, maior o risco de saúde com grave consequências e maior o risco do abuso de substâncias em adulto (Newbury-Birch, 2009).

Estudo realizado por Leung et al (1996) revelou que as crianças que são regularmente deixadas sem supervisão de um adulto durante uma parte significativa do dia, conhecido como “crianças enclausuradas” são um fenómeno social crescente. A principal razão para o aumento da prevalência de "crianças trancadas” é o aumento do trabalho duplo pelos pais e as famílias monoparentais. Estudos sobre os efeitos do fenómeno “crianças enclausuradas” relatam resultados conflitantes. As consequências potenciais positivas incluem aprender a ser independente e responsável. As potenciais consequências negativas incluem a solidão, tédio, medo, abuso de drogas e álcool, lesões acidentais, e comprometimento da relação pai-filho.

Schmid e Gabhainn (2004) referem que em toda a Europa, 5% dos adolescentes com 11 anos são consumidores regulares, ou seja, bebem todas as semanas, sendo, no entanto, este valor mais baixo em Portugal, quando comparados com outros países como Israel e Itália.

Também a **Direção Geral da Saúde (2002)**, reporta que a maioria dos jovens tem o primeiro contacto com bebidas alcoólicas pelos 11 anos (8-15anos), predominando, entre os 15 e os 24 anos, a ingestão de cerveja e de bebidas destiladas fora das refeições, duas a três vezes por semana e em grande quantidade (Fontes, 2007).

Segundo **O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral –Portugal 2007** (Balsa, 2008) estudou a população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e contabilizou uma amostra de 15 000 indivíduos. Entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, de 75,6% para 79,1%. A proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava em 2001 cerca de 30%, tendo este valor aumentado para os 40% em 2007 (Balsa, 2008). Quanto à perceção dos jovens sobre esta matéria, 19,7% dos jovens atribui pouco ou nenhum risco ao consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas num fim-de-semana (Balsa, 2008).

Ainda em Portugal, as principais conclusões do estudo de 2007 apontam genericamente para dados concordantes com as tendências verificadas nos últimos estudos **ESPAD** realizados. Assim, em termos comparativos, Portugal tem surgido no grupo de países com as mais baixas prevalências de consumo, mas verifica-se de 2003 para 2007 um aumento significativo dos padrões de consumos intensivos, nomeadamente de episódios de embriaguez e de *binge drinking*. Em termos gerais, a cerveja é a bebida dominante, representando cerca de 40% da quantidade consumida (no total de bebidas alcoólicas) no último dia de consumo, seguida pelos 30% das bebidas espirituosas e dos 13% do vinho. Enquanto a cerveja é ainda mais dominante entre os rapazes, as raparigas apresentam um padrão mais repartido, com as bebidas espirituosas como tipo de bebida mais importante, constituindo cerca de um terço do consumo total (Hibell et al., 2009).

Da análise dos resultados, de 2001 e 2006, dos estudos do “**INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar**”, também realizados pelo IDT, I.P. (Feijão, 2007, 2008), – que caracterizam detalhadamente os consumos dos alunos do 3.º Ciclo (7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade) e do Secundário (10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade) das diferentes regiões do território nacional – constata-se que a percentagem de alunos que já consumiram alguma bebida alcoólica diminuiu: entre os mais novos (3.º Ciclo) de 67% para 60%, e entre os mais velhos (Secundário) de 91% para 87%, respetivamente em 2001 e 2006. Paralelamente houve uma certa estabilidade nas percentagens dos que consumiram nos “últimos 12 meses” – 49% e 48% (3.º Ciclo) e 76% e 79% (Secundário), respetivamente – e um relevante aumento na prevalência dos que consumiram nos “últimos 30 dias” – de 25% para 32% (3.º Ciclo) e de 45% para 58%

(Secundário). Relativamente ao tipo de bebidas, constata-se que a cerveja voltou a ser a bebida com maior prevalência de consumo entre os alunos de ambos os grupos de escolaridade.

Por outro lado, os resultados de 2010 do inquérito **HBSC – Health Behaviour in School-aged Children** (Matos et al., 2011) realizado no âmbito da OMS entre os alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, sugerem que, a maioria dos jovens não consome bebidas destiladas. Desde 1998, o consumo diário de bebidas destiladas tem oscilado entre 0,3% e 1%. A percentagem menos elevada verificou-se em 2010 (0,3%). A grande maioria dos jovens inquiridos nunca se embriagou.

No que se refere a **crianças vivendo em famílias afetadas pelo álcool**, dados da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR/ISS, I.P. 2005-2006) revelam que 40,1% das situações sinalizadas às CPCJ, pertenciam a agregados familiares com problemática de álcool que afetava ambos os responsáveis pelo agregado em que vivem as crianças e os jovens (2225 num total de 5552 casos referenciados por qualquer razão) (CNPCJR, 2006).

Um estudo realizado por Ping et al (2008) analisa as diferenças de gênero nos padrões de coocorrência de abuso de álcool e depressão em jovens. Os dados foram obtidos a partir de uma amostra de 1.458 jovens, com idades compreendidas entre os 9 e os 17anos, selecionados aleatoriamente a partir da comunidade. A criança e um pai / tutor em cada domicílio foram entrevistadas a respeito da infância, psicopatologia, uso de álcool e drogas, e uma ampla gama de fatores de risco. Os resultados mostraram que: (1) o abuso / dependência de álcool foi associado a elevadas taxas de depressão em jovens; (2) a co morbilidade entre depressão e álcool uso / abuso poderia ser parcialmente explicada por fatores de risco compartilhado, e (3) foram encontradas diferenças de gênero nos padrões de co morbilidade. Depois de controlar outros fatores, a relação entre depressão e álcool abuso / dependência não foi estatisticamente significativa para as meninas, mas revelou ser estatisticamente significativa para os meninos. Na prevenção do abuso de substâncias e no tratamento de distúrbios depressivos, a co morbilidade entre o abuso de álcool e a depressão deve ser tida em conta.

Epstein (2011) realizou um estudo com o objetivo de estudar a relação entre o uso do computador e uso de álcool no último mês pelos adolescentes. Em particular, o

objetivo da pesquisa foi determinar a relação entre a quantidade de consumo de bebidas alcoólicas e a quantidade de tempo despendido com o computador (para trabalho escolar, excluindo o trabalho escolar) e sobre o conteúdo da medida pela frequência de uma variedade de atividades na internet (por exemplo, e-mail, em busca de informações, redes sociais, ouvir música / download). Os participantes (com idade entre 13-17 anos e residente nos Estados Unidos) foram recrutados através da internet, preenchendo um inquérito online anônimo (N = 270). A média de idades foi de 16 anos e a amostra foi predominantemente feminina (63% meninas). Com base nos resultados, os adolescentes que consumiram bebidas alcoólicas no último mês, despendeu de mais horas por semana com o computador, sem trabalho escolar, do que aqueles que não o fizeram. Como esperado, não houve diferença em horas com base no uso de álcool e o uso do computador para trabalhos escolares. Beber também esteve relacionado com uso do computador em mais redes sociais e a frequência de ouvir / download de música. Estes achados sugerem que tanto a quantidade como o conteúdo do uso do computador foram relacionados ao consumo de álcool na adolescência.

### **3. PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL**

Falar de consumo de bebidas alcoólicas e dos seus efeitos implica distinguir o tipo de bebida, a sua concentração e a quantidade ingerida.

O álcool está implicado numa variedade de doenças e problemas de natureza legal, individual, familiar e social. É responsável por cerca de 60 tipos diferentes de doenças e problemas, incluindo perturbações mentais e comportamentais, problemas gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, perturbações imunológicas, doenças pulmonares, doenças ósseas e musculares, perturbações reprodutivas e danos pré-natais, incluindo um aumento do risco de prematuridade e baixo peso à nascença (Gomes, 2010).

De acordo com OMS (2005) o ratio entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos homens e pelas mulheres é de 5:1. As consequências a nível social e na saúde provocadas pelo consumo de bebidas alcoólicas manifestam-se não só naqueles que

consomem, mas também em todos aqueles que com eles interagem, especialmente as mulheres.

A DGS (2008) citada por Antão (2011) é perentória ao afirmar que o consumo de bebidas alcoólicas é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes.

Dentro das perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, a DSM - IV – TR (1996) faz a distinção entre:

- Perturbações pela utilização de substâncias - referindo-se aos efeitos inadequados de comportamentos associados à utilização mais ou menos regular da substância e,
- Perturbações induzidas por substâncias - dizendo respeito aos efeitos agudos ou crónicos destas substâncias no sistema nervoso central.

Para que o consumo seja considerado patológico tem que ter efeitos de disfuncionalidade comportamental, normalmente considerados indesejáveis por todas as culturas.

Na criança e jovem os efeitos do álcool são mais fortes e afetam seriamente o corpo e a mente. De acordo com Cabral (2007)

As repercussões psíquicas começam por uma modificação do carácter com aumento da emotividade, irritabilidade, impulsividade, ciúme e instabilidade de humor com frequentes crises depressivas. Conjuntamente aparecem alterações intelectuais com uma diminuição do rendimento de trabalho, dificuldade de concentração e de atenção, certa confusão nos processos intelectuais, redução da eficiência profissional, absentismo e regressão no comportamento e nas relações sociais. Com frequência, surgem ainda tendências egoístas, diminuição no sentido ético e responsabilidades; despreocupação e indiferença relativamente à família.

Os padrões de ingestão de bebidas alcoólicas e em particular consumo em idades precoces, o *binge drinking* e a elevada frequência de consumo podem apresentar importantes efeitos de longo prazo sobre a saúde e aumentar o risco de problemas sociais. Como consequência do consumo de álcool os jovens apresentam um risco mais elevado de sofrer problemas físicos, emocionais e sociais, os quais atingem o indivíduo ou os que o rodeiam (Breda, 2010)

Temos ainda como consequências dos efeitos do álcool, a quebra do rendimento escolar e do rendimento no trabalho, comportamento violento e delinquência, suicídios e homicídios, acidentes rodoviários e nos casos mais crónicos, estados depressivos e ansiosos (Cabral,2007).

Donaldson (2009) menciona que, a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas antes dos 14 anos de idade pode estar associado com um número de fatores de risco, incluindo lesões cerebrais irreversíveis, o envolvimento em comportamentos violentos e ideação suicida e tentativas de suicídio. O início precoce do consumo de bebidas alcoólicas também é associado a ter mais parceiros sexuais e a um aumento do número de gravidezes na adolescência, abuso de outra substância psicoativa, futuros problemas no emprego e comportamentos de risco na condução de veículos motorizados.

Segundo Alves (2003) o comportamento disruptivo foi a perturbação psiquiátrica mais comumente verificada em crianças filhas de pais com abusos de substâncias, assim como, depressão e perturbações ansiosas. Reich et al (1993) citados pela autora, encontraram uma relação muito forte entre alcoolismo parental e distúrbio de conduta nas crianças. Num estudo de Rolf Loeber e col. (1995), chegaram à conclusão de que o abuso de substâncias por parte dos pais, o baixo nível socioeconómico e o comportamento oposicional são fatores chave na progressão do distúrbio de conduta nos rapazes (Idem).

No estudo de Moss, Howard et col. (1997) concluíram que quando o abuso de substâncias ocorre após o sexto aniversário das crianças, aumentam as perturbações interiorizadas (depressão) e os problemas de comportamentos exteriorizados (perturbações de conduta, hiperactividade) (Ibidem).

Segundo a OMS (2005) a evidência indica uma estreita relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a depressão. Consumos elevados podem conduzir á depressão, e a depressão pode conduzir a graves problemas ligados ao álcool. Estudos com indivíduos em tratamento demonstraram que um dos efeitos a longo prazo do consumo exagerado de álcool é um aumento dos sintomas da depressão, que tendem a desaparecer com a diminuição ou cessação do consumo de bebidas alcoólicas. Políticas de intervenção para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, especialmente nas idades mais jovens e em indivíduos com grandes consumos de bebidas alcoólicas, podem prevenir problemas sociais e doenças relacionados com a depressão.

Embora, como já referimos, o consumo médio de álcool tenha vindo a decrescer na UE, **a proporção de jovens e jovens adultos** com padrões de consumo nocivos cresceu na última década em muitos dos Estados-Membros. Na UE há 5,9 milhões de **crianças vivendo em famílias afetadas pelo álcool**. Calcula-se que 16 % (Comissão das Comunidades Europeias, 2006) de todos os casos de abuso infantil e negligência são causados pelo álcool (PNRPLA, 2009)

Os Problemas Ligados ao consumo de Álcool constituem em Portugal, um importante problema de saúde pública. Em 2003, segundo dados do *World Drink Trends* (2005) Portugal ocupava o 8.º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *per capita*, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas (PNRPLA, 2009). De acordo com o **Global status report on alcohol and health 2011** (OMS, 2011) o consumo *per capita* em adultos de 2000 a 2005 de 27,45% manteve-se estável naquele intervalo de tempo, sendo o vinho a bebida alcoólica mais consumida (55%).

Portugal ocupa o 4.º lugar mundial relativamente ao consumo de vinho, com um consumo de 42 litros *per capita*. Em relação ao consumo de cerveja, os dados mostram que Portugal ocupava o 23.º lugar com um consumo de 58,7 litros *per capita*, traduzindo-se num aumento significativo no decurso das últimas décadas. O consumo de bebidas destiladas situava-se nos 3,3 litros *per capita*, ocupando o nosso país o 32.º lugar e registando-se um aumento relativamente aos anos transatos. Os estudos epidemiológicos apresentam o consumo de álcool na população portuguesa como um importante problema de saúde pública (PNRPLA, 2009).

A criminalidade devido ao álcool é outro dos Problemas Ligados ao Álcool, levando muitas vezes o consumidor excessivo a agressões a si mesmo, à família e sociedade (Cabral, 2007).

#### 4. FATORES INFLUENCIADORES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NAS CRIANÇAS

Devido às preocupações com que a sociedade atual se enfrenta no âmbito dos fenômenos aditivos, têm-se multiplicado estudos com forte influência na sua análise, uso, abuso, consequências e tratamento do álcool. Surgiram, assim, novas teorias tentando conhecer as razões que levam as pessoas a iniciar e a continuar a beber e os diferentes modos de beber (Cabral, 2007).

A mesma autora escreve que atualmente e, devido a várias investigações, admite-se que na origem desta problemática, não existe apenas uma causa única. Assim, uma multiplicidade de fatores podem contribuir para o desenvolvimento deste distúrbio, sendo difícil diferenciar qual deles é o mais importante ou iniciador. Fatores genéticos e biológicos, socioculturais, familiares, intrapessoais, interpessoais e situacionais, todos poderão ter um papel ativo quer direta quer indiretamente consoante o indivíduo e o seu contexto de vida.

Abrams e Niaura (1987) citados ainda por Cabral (2007), reforçam esta ideia ao afirmarem que um comportamento específico só pode ser estudado e compreendido quando se consideram em simultâneo os fatores pessoais, ambientais e comportamentais.

Durante a infância e a adolescência, o indivíduo é exposto a **modelos familiares, culturais, sociocognitivos** de consumo de álcool, através do comportamento dos pais, publicidade, comportamento grupal, o que, mais tarde, irá influenciar a tomada de decisão de beber ou de não beber (Pereira, 2003).

##### **Modelo Familiar**

**As relações pais - filhos** durante a infância e a adolescência são imprescindíveis ao desenvolvimento psicológico normal dos filhos. Estas relações, influenciam o autoconceito e afetam o comportamento, o desempenho e o ajustamento da criança.

Os **hábitos paternos** com ingestão de bebidas alcoólicas, são determinantes para o consumo dos filhos. Os descendentes têm grande possibilidade de continuar os comportamentos que são observados nos progenitores (Oliveira, Werlang e Wagner,

2007, citados por Antão, 2011). Também Pereira (2003) menciona que os pais podem influenciar o comportamento do consumo de álcool, pelo exemplo que dão e pelo ambiente na família.

Figlie, Fontes, Moraes e Payá (2004) nos resultados encontrados num estudo realizado em crianças em idade escolar, destacam-se que, na maioria das famílias, o pai é o dependente químico, tendo como substância de escolha o álcool e que os filhos desses pais representam um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas biopsicossociais, ou seja, existe um risco aumentado em quatro vezes para o desenvolvimento do alcoolismo nos descendentes, também associado a perturbações psiquiátricas (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007).

Num estudo realizado por Guimarães et al. (2000), verificaram que o pai era o familiar que mais incentiva ou promove o acesso ao álcool (Cabral, 2007).

Segundo alguns estudos (Cotton, 1979; Schuckit, 1986 citados por Alves, 2003), os filhos de alcoólicos terão um risco três a quatro vezes acrescido de virem a desenvolver problemas de alcoolismo. Os filhos de alcoólicos, especialmente os rapazes, são mais suscetíveis de se tornarem alcoólicos ou dependentes de outras drogas do que os filhos de não alcoólicos (Stondemire, 1998 citado por Alves 2003).

Cabral (2007) refere, em estudos consultados, que a rutura da estabilidade familiar, o questionamento de certos valores familiares constituem fatores facilitadores da utilização do álcool por parte dos filhos de pais alcoólicos e, que a variedade e extensão das consequências infligidas pelo facto de um dos progenitores consumir bebidas alcoólicas, vão depender em certa medida da personalidade da criança, do grau de apoio emocional oferecido pelo outro progenitor, da multiplicidade de apoios

Donaldson (2009) relata que a **estrutura da família** para estar associada com a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas nas crianças e jovens. Há um maior risco de iniciação de uso de álcool para crianças e adolescentes que vivem com um madrastra, ou com uma família monoparental, do que para aqueles que vivem em famílias intactas.

Os filhos de alcoólicos revelam também níveis de autoestima mais baixos e níveis de ansiedade, stress e depressão mais altos do que os descendentes de não alcoólicos e, evidenciam, com maior frequência, dificuldades em se adaptarem às leis e às normas da escola e da comunidade (Tarter, 1992 citado por Alves 2003).

O **processo de aprendizagem social** negativa ocorre, pois a criança cresce observando adultos lidando com seus próprios problemas através do uso de substâncias e aprenderá este comportamento como única habilidade de enfrentamento (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007).

Segundo Alves (2010), o início do consumo de álcool ocorre na própria casa em que os pais pensam ser melhor as crianças beberem sob supervisão.

Em suma, nos vários estudos descritos por Alves (2003) relatam que os **filhos de pais alcoólicos** podem apresentar dificuldades de aprendizagem, dificuldades na linguagem e problemas emocionais, famílias afetadas pelo alcoolismo parental sofrem maior stress marital, com instabilidade econômica e disfunção, as crianças sofrem de falta de consistência nos cuidados de saúde e na estabilidade ambiental, muitas são física e emocionalmente negligenciadas, podendo estar expostas a elevados níveis de violência e abuso familiar.

### **Modelo Cultural**

Um estudo levado a cabo por Edwards, Marshal e Cook (2005) revelou que a **cultura** pode trazer influências ao padrão, contexto e quantidade de consumo de álcool, além da cultura familiar também ser outro fator determinante no ato de beber. À medida que é provável que os filhos possam herdar dos pais padrões excessivos de beber, o comportamento de beber é assimilado e são atribuídos valores e crenças associados ao ato de beber (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007).

### **Teoria da Aprendizagem Sociocognitiva do Uso e Abuso de Álcool**

Os princípios básicos da Teoria da Aprendizagem Sociocognitiva do Uso e Abuso de Álcool, assentam no desenvolvimento alcançado desde as primeiras formulações sobre o alcoolismo à luz da teoria da aprendizagem social.

A Teoria da Aprendizagem Sociocognitiva defende que a família e os pares podem influenciar tanto o início como a manutenção do comportamento de bebida dos jovens, através de atitudes gerais, padrões e valores veiculados, assim como pelo modelamento de comportamentos de bebida em contexto social. Os fatores cognitivos são os mediadores das interações pessoa-situação, logo a decisão de beber ou não é

determinado pelas expectativas de autoeficácias e expectativas acerca dos efeitos do álcool em determinado contexto.

Farate (2001) citado por Cabral (2007), refere-se à importância deste modelo pelas influências interpessoais desempenham papel decisivo no ato de consumo podendo surgir de forma direta, por imitação e reforço social, de forma indireta por influência de um elemento significativo e condicional pela alternância de uma mais forte influência.

Abrams e Niaura (1987) citados pela mesma autora, enumeram um conjunto de princípios que sintetizam a interação de diferentes fatores no comportamento de beber, entre os quais:

\_A aprendizagem do consumo de álcool faz parte integrante do desenvolvimento psicossocial e de socialização dentro de uma cultura. As crenças, atitudes e expectativas acerca do álcool são adquiridas precocemente, mesmo antes de qualquer experiência de consumo. A influência direta ou indireta do meio cultural, da família, dos amigos, da publicidade e do reforço social estão na base deste comportamento de beber. Os próprios agentes de socialização são fatores importantes, mas não suficientes para explicar o desenvolvimento do problema.

\_ As predisposições individuais (biológicas, psicológicas, hereditárias ou adquiridas), podem interagir com os fatores de socialização e de contexto na determinação dos padrões de consumo inicial. Os fatores genéticos, farmacológicos e psicossociais (défice de aptidões sociais, dificuldades de lidar com estados emocionais negativos, etc.), assim como a inexistência de modelos de comportamentos de bebida normal ou a existência de modelos de consumo excessivo, podem aumentar o risco de um consumo desadequado.

\_ Experiências diretas de consumo de álcool podem, por reforço negativo (redução da tensão) ou positivo (melhor interação social), aumentar a probabilidade da continuação do consumo, que principalmente com doses baixas, são mediados pelas expectativas positivas obtidas acerca dos efeitos do álcool. (...)

Costa et al (1999) descreveram que o **envolvimento em atividades pró-sociais**, tais como ser membro de um clube desportivo ou de um grupo de jovens, pode ser um fator protetor para o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e jovens (Donaldson, 2009).

A **solidão** não é um sentimento exclusivo dos adultos. As crianças independentemente da idade, também sofrem com a falta de afeto, amor e atenção inerentes ao modo de vida profissional atualmente levado a cabo pela maioria dos pais. A solidão nas crianças está bastante ligada ao relacionamento que elas mantêm com os pais.

Bastos, Figueira e Costa (2002) consideram que a experiência e a solidão são universais. Está descrita como um sentimento desconfortável de alienação, perda e isolamento, assumindo uma função no desenvolvimento, impelindo a pessoa a procurar o estabelecimento e manutenção de relações interpessoais, sólidas e vinculativas. As mesmas autoras referem que a solidão pode surgir de modo camuflado, escondido, disfarçado numa relação aparentemente estável – solidão partilhada -, assumindo-se como a mais dolorosa para a pessoa.

Quando uma criança sofre de solidão pode desenvolver sentimento de baixa de autoestima, influenciando nos relacionamentos familiar e social, manifestado por isolamento e baixa de rendimento escolar.

A solidão também pode ser secundária a estilos de vida adotados pelas crianças, nomeadamente com a substituição do jogo de “rua” pelo jogo virtual através do uso de tecnologia, isolando-se no seu espaço físico. A **internet** é uma tecnologia que faz parte do cotidiano da nossa sociedade, encontrando-se acessível não somente nas casas das pessoas, mas também nos locais de trabalho, nas escolas e outros locais de lazer.

As crianças já nascem em lares em que o **computador**, juntamente com a internet, é considerado um utensílio como a rádio ou a televisão. O uso da Internet por crianças é um fenómeno complexo, especialmente no que diz respeito a riscos. A criança procura no computador não só um meio de educação como um meio de diversão. Na grande maioria dos casos os pais prestam pouca atenção às pesquisas efetuadas pelas crianças (de risco ou não) bem como à sua implicação nas relações familiares, relações com os amigos (com representação através de jogos, do observado no mundo virtual).

Segundo Nie e Lutz (2000), a Internet está gerando uma onda de isolamento social nos Estados Unidos e alimentando o fantasma de um mundo sem contato humano ou emoções, "Quanto mais tempo as pessoas passam na Internet, menos tempo gastam com seres humanos de carne e osso".

O estudo europeu de Ponte e Vieira (2008) sobre o uso de internet revela que na União Europeia, mais de metade da população abaixo de dezoito anos usa a Internet, num uso galopante de acordo com a idade: 9% das crianças abaixo dos seis anos; uma em cada três das crianças de seis e sete anos; uma em cada duas com oito e nove anos; mais de quatro em cada cinco entre os doze e os dezassete anos. Portugal é o país com valores mais baixos de consumo, dos 18 países envolvidos no estudo.

Não há dúvida de que a Internet é uma ferramenta benéfica para as crianças e que elimina muitas das limitações de tempo e espaço que estas encontram no mundo “real”. A Rede aumenta o seu acesso à informação para fins educacionais, permite o estudo em grupo, oferece a oportunidade de contactar com outras pessoas sobre uma variedade quase infinita de assuntos e interesses, e aumenta também os seus círculos de conhecidos e amigos *online*. Apesar disso, influenciados pelos meios de comunicação, cuja atenção se centra muitas vezes nos perigos e riscos potenciais da Rede, e ligado a algumas experiências pessoais, os pais e a sociedade em geral têm vindo a mostrar grande preocupação sobre os aspetos menos úteis e de segurança que podem resultar do uso da Internet.

A globalização dos meios de comunicação (televisão, internet, redes sociais...) permite a cada utilizador estar em qualquer ponto do mundo em qualquer altura, bem como assimilar/partilhar informação de caráter positivo e/ou negativo com efeitos no comportamento dos utilizadores.

Alves (2010) refere que o **efeito da publicidade** sobre o comportamento adolescente é bem documentado e motivo de preocupação da comunidade médica mundial.

“Embora a indústria do álcool e tabaco argumente o contrário, sua publicidade é dirigida às crianças e jovens, com forte apelo emocional, que envolve elementos associados ao glamour, alegria, festa, popularidade, maior poder de conquista etc. Frequentemente, utiliza ícones do desporto, da música e da cultura popular.”

A publicidade, é uma outra possível causa que arroja o jovem para a ingestão abusiva de álcool, ao influenciar e encorajar o seu consumo. A ação publicitária, pode ainda influenciar o ambiente em que as atitudes do público e as decisões políticas face ao álcool são definidas (Cabral,2007).

A mesma autora refere que o facto de a publicidade reforçar a intenção de consumir poderá ainda fazer com que as campanhas de prevenção primária para o não consumo de bebidas alcoólicas se tornem ineficazes e insuficientes para alertar a população, já

que os consumidores primários serão induzidos mais e em maiores quantidades, para o consumo, aumentando desta forma as consequências nefastas de beber.

## **5. PREVENÇÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NAS CRIANÇAS**

A vigilância, a detecção precoce e o combate às ameaças graves para a saúde são áreas importantes em que deverá ser promovida ao nível comunitário uma resposta coordenada e eficaz (CE, 2007).

Na **Carta Europeia sobre o Álcool**, a OMS (1995) estabelece ainda que:

- Todas as pessoas têm direito a uma informação e educação imparciais, iniciadas tão cedo quanto possível, sobre as consequências do consumo do álcool na saúde, na família e na sociedade.
- Todas as crianças e adolescentes têm o direito a crescer num ambiente protegido das consequências negativas do consumo de álcool.
- Todas as pessoas que não consomem álcool por escolha pessoal ou por razões de saúde têm o direito de ser protegidas de pressão para beber, de publicidade agressiva e devem ser apoiadas ativamente na sua decisão.

A Carta de Ottawa veio lançar uma nova forma de encarar a saúde, dando especial ênfase à Promoção da Saúde (PS), com definição de políticas de saúde favorecedoras do bem-estar individual e coletivo (OMS, 1986). De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde destina-se a iniciar e conduzir processos de mudança tendo em vista a melhoria das condições de trabalho e de vida e, em última instância, da saúde das pessoas. Orientadas por três princípios (dar capacidades, mediar e aconselhar), as atividades de promoção de saúde agrupam-se em quatro áreas fundamentais: construção de políticas públicas de saúde; criação de redes de apoio; fortalecimento da ação comunitária; reorientação dos serviços de saúde.

A Promoção da Saúde visa a melhoria das condições de trabalho e de vida conducentes à saúde. Sabe-se que as condições sociais e económicas são variáveis que condicionam o acesso à saúde. A qualidade de vida está relacionada com as condições ambientais, sociais e culturais e estas condições estão desigualmente distribuídas.

EPP (1996), citado por por Fontes (2007), defende a noção de Promoção para a Saúde, referindo que esta é multifacetada (estando nela incluídas a educação, a formação, a investigação, a legislação, a coordenação de políticas e o desenvolvimento comunitário). É como um processo que capacita as pessoas para aumentarem o controlo sobre as determinantes que afetam a sua saúde, de modo a melhorá-la. (Idem).

Schmid & Gabhainn (2004) defendem que os programas de Promoção para a Saúde desenvolvidos nas escolas, que incluem o treino de competências para lidar com as solicitações para consumos nocivos podem ser promissores, especialmente se combinados com políticas de intervenção comunitária (Fontes, 2007).

A Educação para a Saúde (EPS) é considerada, atualmente, um eixo prioritário de investigação expresso no Plano Nacional de Saúde, especialmente no âmbito da saúde infantil, pelo que existe uma necessidade crescente de intervenção de EPS e de PS, o mais precocemente possível, de forma a serem proporcionados ganhos a médio e longo prazo (Fontes, 2007).

Nutbeam (1998) citado por Fontes (2007), considera a Educação para a Saúde

como um processo que vai para além da transmissão de conhecimentos e informação. Procura, sim, motivar para a ação através da informação e tomada de consciência sobre as condições económicas, sociais, ambientais e políticas que afetam a saúde, assim como os recursos disponíveis para fazer face às dificuldades encontradas, de forma a serem desenvolvidas habilidades, autoconfiança e motivação para partirem para ação.

Green & Simons-Morton (1988) também citados por Fontes (2007) definem EPS como “toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas para facilitar a adoção voluntária de comportamentos saudáveis”.

De acordo com a OMS (2005) a promoção da saúde e bem-estar nas crianças e adolescentes irá criar as bases para o futuro, pelo que é mais eficaz prevenir antecipadamente comportamentos prejudiciais do que tentar, posteriormente, implementar ações corretivas (Fontes, 2007).

A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os setores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A

promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa.

### 5.1. PLANO NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR (PNSE)

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar assentam na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois fulcros: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (PNSE, 2006).

O PNSE é o referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, identifica-se num conjunto de estratégias, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil.

A Conferência Ministerial sobre Saúde Mental, na Declaração para a Europa, que produziu, reconhece a promoção da saúde e a prevenção das doenças mentais como uma prioridade (OMS, 2005).

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as atividades dirigidas à saúde individual e coletiva visam promover a saúde mental na escola, através da implementação de projetos que proponham-se a desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos e identificar as crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais (PNSE, 2006).

Dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde. Nesta perspetiva, tendo em consideração o papel de suporte que a equipa de saúde escolar desempenha no desenvolvimento do currículo de educação para a saúde, os objetivos da intervenção na escola são os determinantes da saúde.

Segundo o PNSE (2006):

“No desenvolvimento destas atividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa. As abordagens compreensivas são mais efetivas; quando o enfoque é colocado na redução dos riscos e envolve

a comunidade, a intervenção tem um impacto maior; os projetos direcionados para os fatores de risco e adequados aos grupos etários são mais eficazes. Uma prevenção eficaz do consumo de drogas inicia-se com uma boa saúde mental, promoção de competências pessoais e sociais e intervenção ao nível da prevenção do tabagismo e do abuso de álcool.”

A chave para o sucesso da prevenção dos comportamentos de risco encontra-se na promoção do controlo voluntário do impulso de consumir substâncias nocivas e na intervenção grupal e social neste domínio (DGS, 2006).

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco são: consumo de substâncias lícitas: tabaco, álcool e utilização indevida de medicamentos; consumo de substâncias ilícitas; doenças transmissíveis, incluindo IST/VIH/SIDA; violência em meio escolar, incluindo bullying e comportamentos autodestrutivos (PNSE, 2006).

## 5.2. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

De acordo com Ferreira (2004) citado por Fontes (2007) os estilos de vida são, em grande parte, produto de uma construção social e cultural no qual as crianças e adolescentes estão incluídos e têm papel ativo. Logo, há que recuperar, criar e apoiar práticas favorecedoras de condutas promotoras de auto cuidado em saúde e bem-estar, que permitam igualmente o desenvolvimento de todo o seu potencial enquanto cidadãos (Soares e Tomás, 2004 citados por Fontes, 2007).

As sociedades ocidentais atuais passaram a dar grande atenção às questões sociais e de saúde, pelo que os problemas colocados pelo consumo nocivo de bebidas alcoólicas adquiriram uma relevância nunca antes alcançada, tendo em conta os seus custos individuais, familiares, sociais e económicos. As consequências negativas deste tipo de consumo são elevadíssimas e têm conduzido a uma crescente preocupação, não só da Organização Mundial de Saúde, mas de vários organismos da União Europeia, desde as questões de saúde individual (física e mental) dos consumidores, aos problemas de relacionamento e mesmo violência familiar, não esquecendo as questões do absentismo laboral e escolar e a dos acidentes, nomeadamente a sinistralidade rodoviária ou do trabalho.

Tendo em conta estes pressupostos, é necessário promover a adoção de comportamentos saudáveis, sensibilizando os indivíduos para a redução dos comportamentos mais prejudiciais para a saúde, facilitando informação que permita decisões autónomas e escolhas informadas, de acordo com a liberdade individual.

Com o intuito de reduzir o risco das doenças relacionadas com o estilo de vida, o Ministério da Saúde lançou o *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com o Estilo de Vida*. Os objetivos são contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e reduzir os custos económicos decorrentes do tratamento das doenças crónicas não transmissíveis que, como se sabe, além de estarem relacionadas com o comportamento, estão representadas de forma prevalente na mortalidade e morbilidade dos indivíduos. Este Programa Nacional elegeu uma abordagem integrada dos fatores de risco das doenças não transmissíveis – *tabaco, alimentação, álcool, atividade física e gestão do stresse* – e integra a implementação de medidas legislativas e técnico-normativas, processos de informação e de capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis, envolvimento dos meios de comunicação social, formação dos profissionais nos domínios da saúde e da educação, cooperação com outros sectores para a criação de ambientes físicos, organizacionais e sociais mais saudáveis, e envolvimento das organizações não-governamentais (ONG's) e dos próprios cidadãos na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Em relação ao álcool, o *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com o Estilo de Vida* tem como objetivo específico contribuir para a prevenção do consumo excessivo de álcool e dos riscos para a saúde que daí advêm em populações específicas (crianças, adolescentes, grávidas, mulheres que amamentam e doentes mentais) (DGS, 2004).

Por outro lado, também a nível nacional, o *Plano de Ação Contra o Alcoolismo* (2000) apontava as linhas estratégicas essenciais para a abordagem do problema, tendo em conta o contexto sociocultural do nosso país nesta matéria, de acordo com o European Alcohol Action Plan da OMS (2000).

O presente Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009) pretende, operacionalizar a maioria das intenções explicitadas no Plano de Ação contra o Alcoolismo, e o seu objetivo essencial consiste em reduzir de forma significativa o

consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde.

A adoção de estilos de vida saudáveis é contrariada pela manutenção de comportamentos menos saudáveis, verificando-se uma tendência nos países mais desenvolvidos, para a continuação desses mesmos comportamentos.

O European Alcohol Action Plan (2000) enfatizava o papel dos cuidados de saúde primários na prevenção dos problemas ligados ao álcool. Na medida em que implica graves consequências para o equilíbrio bio-psico-social dos indivíduos, o alcoolismo constitui-se como um comportamento aditivo cujas dimensões perturbadoras surgem frequentemente na prática clínica em saúde mental, assumindo notáveis proporções epidemiológicas que levam a classificá-lo em Portugal, como noutros países, como um verdadeiro "flagelo social" (OMS, 2000).

Torna-se então importante mobilizar, na promoção da saúde, os conceitos de responsabilidade e participação, sendo certo que a educação para a saúde poderá ser um meio de reforçar os comportamentos geradores de saúde e de diminuir os comportamentos que a comprometem (FRASQUILHO, 1998 citado por Cabral, 2007).

Para Fonte (2008) a família e escola são concebidas como instituições distintas. Moreno e Cubero (1995) citados pela mesma, afirmam que a família e a escola apesar de contextos diferentes estão na verdade interligadas, e que embora exista em cada uma delas características que lhe são próprias, a experiência num deles pode servir de facilitador ou de obstáculo para a adaptação do outro.

Existem vários estudos de prevalência de consumo de álcool em adolescentes e/ou adultos jovens, como referido anteriormente. No entanto, raros são os estudos de prevalência de consumo de álcool em crianças em idade escolar de frequentar o 1º ciclo. Alguns fazem uma breve alusão ao fato do início dos consumos de bebidas alcoólicas nos adolescentes terem ocorrido entre os 6 e os 10 anos de idade.

Pelo exposto, proponho-me realizar um estudo sobre o consumo de bebidas alcoólicas nas crianças a frequentarem o 1º ciclo de uma escola básica, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos.



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## 1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O álcool está implicado numa variedade de doenças e problemas de natureza legal e social. É responsável por cerca de 60 tipos diferentes de doenças e problemas, incluindo perturbações mentais e comportamentais, problemas gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, perturbações imunológicas, doenças pulmonares, doenças ósseas e musculares, perturbações reprodutivas e danos pré-natais, incluindo um aumento do risco de prematuridade e baixo peso à nascença (Gomes, 2010).

A DGS (2008) citada por Antão (2011) é perentória ao afirmar que o consumo de bebidas alcoólicas é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes.

Embora o consumo médio de álcool tenha vindo a decrescer na UE, **a proporção de jovens e jovens adultos com padrões de consumo nocivos cresceu** na última década em muitos dos Estados-Membros (PNRPLA, 2009)

Existem vários estudos de prevalência de consumo de álcool em adolescentes e/ou adultos jovens, como referido anteriormente. No entanto, raros são os estudos de prevalência de consumo de álcool em crianças em idade escolar de frequentar o 1º ciclo.

Seguido ao enquadramento teórico da problemática em estudo, é imperativo mostrar a metodologia usada para o estudo empírico da mesma.

Neste capítulo, e tendo por base o quadro teórico elaborado, define os procedimentos metodológicos que a ajudarão a dar resposta às questões que formulou para estudar o problema do consumo de bebidas alcoólicas numa população de crianças a frequentar o 2º, 3º e 4º anos de uma escola básica do 1º ciclo do concelho de Sátão.

Assim passa a descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos.

## 1.1. QUESTÕES, OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De forma a esclarecer o estudo, foram formuladas algumas questões de investigação para as quais se propõe dar resposta. Nesse sentido formulou as seguintes questões de investigação:

- Q<sub>1</sub> Com que idade iniciaram os consumos de bebidas alcoólicas, os alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>2</sub> Qual a quantidade do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>3</sub> Qual a frequência do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>4</sub> Quais os tipos de bebidas alcoólicas consumidas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?
- Q<sub>5</sub> Quais são os fatores que mais influenciam o consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?

Com o intuito de dar resposta a estas questões foram delineados os seguintes objetivos de estudo:

- Conhecer a frequência do consumo de bebidas alcoólicas dos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Identificar os tipos de bebidas mais consumidas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;

- Relacionar o consumo de bebidas alcoólicas dos pais com o consumo de bebidas alcoólicas dos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Relacionar o consumo de bebidas alcoólicas dos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 com o sentimento de solidão que os alunos sentem;
- Relacionar o consumo de bebidas alcoólicas dos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 com o local onde as consomem;
- Conhecer a influência do número de horas passadas a ver televisão com o consumo de bebidas alcoólicas dos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Conhecer a influência do número de horas passadas a jogar computador com o consumo de bebidas alcoólicas dos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1.** Existe relação entre o sexo e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Hipótese 2.** Existe relação entre a idade e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Hipótese 3.** Existe relação entre o ano de escolaridade e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;
- Hipótese 4.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e o consumo de bebidas alcoólicas pelos filhos, alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;

**Hipótese 5.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 com o sentimento de solidão que os alunos sentem;

**Hipótese 6.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 e o número de horas que passam em frente à televisão;

**Hipótese 7.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 e o número de horas que passam em frente ao computador;

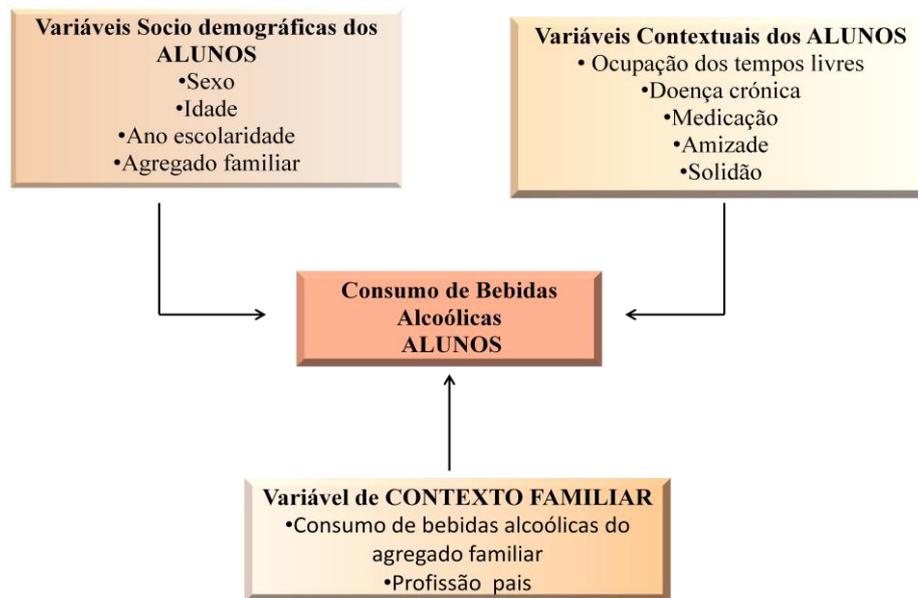
## 1.2. TIPO DE ESTUDO

O estudo desenvolvido nesta investigação é quantitativo, não experimental, descritivo e correlacional, assentando no estudo das relações entre mais do que duas variáveis, sem que se tenha intervindo para influenciar as variáveis, com o qual se procura estudar o modo com as variáveis se repercutem no consumo de bebidas alcoólicas nas crianças.

Como forma de esquematização e melhor compreensão das variáveis em estudo foi desenvolvido um desenho de investigação tendo em linha de conta os conceitos apreendidos no estudo teórico da revisão bibliográfica realizada (Figura 3).

A figura seguinte pretende traduzir as inter-relações das variáveis independentes e dependente, explicativas do consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos que participaram no estudo.

**Figura 1.** Desenho de Investigação



### 1.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O Agrupamento de Escolas de Sátão é constituído por 24 parques escolares abrangendo todos os níveis de ensino dos quais fazem parte 14 parques escolares do Pré-Escolar, 6 parques escolares do Ensino Básico 1 Ciclo; 1 parque escolar com Ensino Básico Integrado (com 1º, 2º e 3º ciclos), 1 parque escolar com Ensino Básico 2º e 3º Ciclos, 1 parque escolar com Ensino Secundário (com 3º ciclo e secundário), com um total de 1806 alunos. Destes, 434 alunos frequentam o 1º ciclo, constituindo a população em estudo. Para a aplicação do questionário foi seleccionada a Escola Básica 1 Sátão com 255 alunos, da qual foi extraída a amostra de 190 alunos do 2º, 3º e 4º ano do 1º Ciclo da Escola Básica 1 Sátão, do Agrupamento de Escolas de Sátão.



Figura 2. Mapa do concelho de Sátão por freguesias



Figura 3. Mapa do distrito de Viseu por concelhos

Para a obtenção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística de conveniência.

Não foi aplicado o questionário a 15 alunos por se encontrarem ausentes da sala de aulas no período da colheita de dados.

Assim, a amostra final é constituída por cento e setenta e cinco inquiridos ( $n=175$ ), ou seja 92,1% da amostra inicial ( $n=190$ ), tendo sido a totalidade incluída na amostra uma vez que não houve qualquer questionário anulado.

Porém, em algumas das variáveis em estudo detetou não respostas (“missings”) que nunca atingiram os 20.0%, valor limite recomendado por Pestana e Gageiro (2008) para se proceder a análise específica, pelo que não procedeu ao seu tratamento uma vez que tais percentagens, dada a dimensão da amostra, não irão enviesar os resultados finais.

### **Critérios de inclusão**

- Frequentar o 2º, 3º e 4º anos do 1º ciclo da Escola Básica 1 Sátão, do Agrupamento de Escolas de Sátão;

### **Critérios de exclusão**

- Frequentar o 1º ano do 1º ciclo da Escola Básica 1 Sátão, do Agrupamento de Escolas de Sátão (não possuem capacidade de leitura e compreensão para responderem sozinhos ao instrumento de colheita de dados)

## **Caracterização sociodemográfica da amostra**

Relativamente á caracterização sociodemográfica das crianças da amostra, vão ser abordados quatro aspetos relacionados com as crianças referentes às variáveis sexo, idade, ano de escolaridade que frequentam e número de elementos do agregado familiar. Relacionado com os pais vai ser abordada a variável profissão (apêndice 3).

### Sexo

No que diz respeito ao sexo das crianças em estudo, verificamos que a maioria da amostra é do sexo masculino com 54,86%, e 45,14% são do sexo feminino.

### Idade

Relativamente á idade, depois de colhidos os dados foi feita uma requalificação da variável como forma de conferir a esta variável relevância estatística pois os resultados eram dispersos por vários grupos definidos anteriormente. Assim os resultados foram agrupados em 3 grupos “<=7 anos”, “8 anos”, “>= 9 anos”, resultando a distribuição em, respetivamente, 32%, 37,7% e 30,3%.

Da amostra, 44,8% dos rapazes possuem 8 anos e 36,7% das raparigas possuem idade inferior ou igual a 7 anos. É ainda notório que há mais raparigas com idade superior ou igual a 9 anos.

### Ano de Escolaridade

Em relação ao ano de escolaridade do 1º ciclo do ensino básico frequentada pela amostra, 25,7% estão no 2ºano, 34,9% no 3º ano e 39,4% no 4º ano.

O 3º ano é o ano frequentado por mais rapazes com valor de 41,7%. O 4º ano é o ano frequentado por mais raparigas com valor de 46,8%. O número de rapazes e raparigas do 2º ano é semelhante.

### Composição do Agregado Familiar

Quase 100% das crianças da amostra coabita com a mãe e quase 90% vive com pai.

Mais de 50% das crianças da mostra são filhas únicas e mais de 30% possuem um irmão ou uma irmã. Apenas cerca de 15% das crianças possuem no seu agregado familiar 1 ou 2 avós (Tabelas 5 e 6 do apêndice 3).

### Profissão dos Pais

Relativamente á profissão dos pais, depois de colhidos os dados foi feita uma requalificação da variável qualitativa.

A qualificação da profissão dos pais foi realizada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011) alocando-os nos respetivos 9 Grandes Grupos Profissionais (GG):

GG0 – Profissões das Forças Armadas;

GG1 – Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos;

GG2 – Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas;

GG3 – Técnicos e Profissões de Nível Intermédio;

GG4 – Pessoal Administrativo;

GG5 – Trabalhadores dos Serviços pessoais, de proteção e Segurança e Vendedores;

GG6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta;

GG7 – Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices;

GG8 – Operadores de Instalações e máquinas e Trabalhadores da Montagem;

GG9 – Trabalhadores Não qualificados.

As situações de desemprego e de pais falecidos foram agrupadas individualmente.

Em relação á profissão dos pais verifica-se que cerca de 50% dos pais de rapazes e raparigas situam-se no GG7 referente aos Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices.

É de realçar que 33,3% das mães dos rapazes e 25,35% das mães das raparigas não possuem qualificação profissional, sendo este valor substancialmente mais elevado nas mães do que nos pais.

Referir ainda que 15,6% das mães dos rapazes e 29,1% das mães das raparigas se encontram na situação de desemprego. Salientar que no que toca à percentagem de pais e/ou mães desempregados, as mulheres assumem valores substancialmente superiores.

Apesar dos dados já referidos relativamente às mães das crianças da amostra no que se refere a esta variável, verificou-se qua as mães das crianças possuem habilitações intelectuais e científicas ligeiramente superior aos dos pais. O mesmo acontecendo no que se refere á categoria GG4 Pessoal Administrativo.

Apesar do estudo ser efetuado em meio rural, é particamente nulo o número de pais ou mães que trabalham no setor da agricultura, GG6.

#### 1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, foi necessário proceder à elaboração do instrumento de recolha de dados, que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar.

Optou-se pela realização de um questionário, por ser um método de colheita de dados que pode ser preenchido pelo próprio sujeito (autoadministrado), sem intervenção de terceiros, permitindo abranger um grande número de pessoas (Fortin, 2009).

O questionário permitiu colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados pessoais, aos estilos de vida das crianças, hábitos de consumo de bebidas alcoólicas do agregado familiar e hábitos de consumo de bebidas alcoólicas das crianças. O questionário foi realizado pela autora, efetuando-se um pré-teste do mesmo para aferir possíveis lacunas, no dia 03 de Outubro de 2011 durante a manhã, na Escola Básica 1 de Avelal. Foram selecionados 18 alunos que possuíam as características pretendidas, tendo sido todos eles previamente esclarecidos acerca da finalidade do estudo. O tempo médio que cada aluno levou a preencher cada questionário variou entre 20-30 minutos. Não foram solicitados nenhuns pedidos relevantes de esclarecimentos. Deste modo, não se sentiu necessidade de efetuar alterações, tendo sido este aplicado, posteriormente, à amostra em estudo.

O questionário está dividido em dois grupos, Grupo I e Grupo II, num total de 28 questões (apêndice 1). O Grupo I. é constituído por 15 questões, 10 de resposta fechada e 5 de resposta aberta sobre as variáveis sociodemográficas dos alunos, variáveis contextuais dos alunos e, sobre a variável de contexto familiar – profissão dos pais. O Grupo II. é constituído por 15 questões, 11 de resposta fechada e 4 de resposta aberta sobre a variável dependente consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e sobre a variável de contexto familiar – consumo de bebidas alcoólicas.

A recolha dos dados foi realizada na Escola Básica 1º Ciclo de Sátão, de forma a conseguir obter uma amostra significativa da população alvo deste estudo.

O período de colheita de dados estabelecido foi de 2 meses, Outubro e Novembro de 2011. O preenchimento do questionário foi efetuado no período supracitado de acordo com a disponibilidade da escola.

Da parte dos inquiridos verificou-se uma total recetividade e colaboração à semelhança da comunidade docente do parque escolar selecionado. Não foi aplicado o questionário a 15 alunos por se encontrarem ausentes da sala de aulas no período estabelecido para a colheita de dados em cada turma.

### 1.5. PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

No que se refere aos procedimentos administrativos, éticos e legais logo após a elaboração do instrumento de colheita de dados pela autora, foi efetuado ao Concelho Administrativo Provisório do Agrupamento de Escolas de Sátão o pedido formal de autorização á realização do estudo, com conhecimento do professor Coordenador de Departamento do 1º Ciclo, a fim de obter o consentimento para a colheita de dados (Apêndice 2).

Neste pedido foi explicitado o tema e o objetivo do estudo, bem como, o compromisso de que os dados colhidos seriam apenas divulgados no âmbito académico e profissional, sem que fossem violados os princípios da ética deontológica. Em anexo ao pedido de autorização foi enviado um exemplar do instrumento de colheita de dados, que se pretendia aplicar. O anonimato e a confidencialidade dos participantes da amostra foram sempre ressalvados.

Foi solicitado ao professor Coordenador de Departamento do 1º Ciclo que realizasse um cronograma com o horário e turmas para aplicar o questionário, por forma a não prejudicar o correto funcionamento das aulas.

Foram explicados aos docentes das turmas dos alunos em estudo, a natureza, os objetivos e a confidencialidade do estudo.

A participação dos alunos foi voluntária sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo.

Em relação ao procedimento estatístico, após a colheita de dados efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários a fim de se eliminar aqueles que porventura se

encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente processou-se a sua codificação e tubulação de modo a preparar o tratamento estatístico.

Recorreu-se à estatística descritiva e analítica no tratamento de dados utilizando o programa estatístico o IBM / SPSS – *International Business Machines / Statistical Package for Social Sciences* (Versão 20.0 para o Windows).

Para a consecução de respostas para as hipóteses em estudo procedeu-se ao tratamento das várias variáveis em estudo recorrendo á utilização de vários tipos de análise estatística. Pestana e Gageiro (2005) referem que existem três tipos de análise estatística: a análise univariada (análise feita a apenas uma variável), análise bivariada (quando a análise abrange duas variáveis em estudo) e análise multivariada (referente à análise de mais de duas variáveis em estudo).

Inicialmente foi realizada a análise univariada para obtenção dos valores absolutos das diversas variáveis, percentagem e medidas de tendência central. De seguida cruzou-se duas variáveis para aferir da verdadeira interdependência das mesmas, começando assim a responder às perguntas formuladas inicialmente, recorrendo á análise bivariada e a testes estatísticos para testar a sua interdependência, como o *Teste Qui-Quadrado* e o *Teste da Percentagem Residual*.

O Teste da Percentagem Residual permite obter as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do Teste de Qui Quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste. Segundo Pestana e Gageiro (2003) citados por Duarte (2008) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)“os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

Teste de Qui Quadrado ( $X^2$ ) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região

crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (Pestana e Gageiro, 2005, citados por Duarte, 2008)

Na análise estatística do estudo, foram utilizados os seguintes valores de significância:  $p < 0.05$  \* - Diferença estatística significativa,  $p < 0.01$ \*\* - Diferença estatística bastante significativa,  $p < 0.001$  \*\*\* - Diferença estatística altamente significativa,  $p > .05$  n.s. – Diferença estatística não significativa (Pestana e Gageiro, 2005; Cabral, 2007; Duarte, 2008).

Acresce referir que no decurso do tratamento do estatístico foram detetadas respostas omissas a várias questões às quais se procedeu ao seu tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas ao revelarem-se significativas poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

A apresentação dos dados efetuou-se com o recurso a tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes. Na descrição e análise dos dados procurou obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

## 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Descritas estas considerações metodológicas, inicia-se o presente capítulo com a apresentação e análise dos resultados para dar resposta aos diferentes objetivos, hipóteses estabelecidas e às questões de investigação.

Neste capítulo considera a existência de cinco subcapítulos. No primeiro procura descrever aspetos gerais relacionados com as características socioculturais da amostra. No segundo analisa algumas variáveis contextuais da mesma, no terceiro descreve aspetos relacionados ao contexto familiar onde se insere a amostra. No quarto subcapítulo aborda aspetos concretamente mais ligados ao consumo de bebidas alcoólicas pelos elementos da amostra. Finalmente o quinto subcapítulo é dedicado à análise inferencial.

### 2.1. VARIÁVEIS CONTEXTUAIS DOS ALUNOS

Relativamente á caracterização contextual da amostra, vão ser abordados quatro aspetos relacionados com as crianças referentes á ocupação dos tempos livres, doença crónica, consumo de medicação crónica e sentimento de solidão (apêndice4).

#### Ocupação dos Tempos Livres com Televisão e/ou Computador

Em relação à ocupação dos tempos livres pelos alunos, questionou-se quanto tempo ocupava do seu tempo livre a ver televisão e a jogar/utilizar computador.

Fazendo o somatório das opções “2-3 horas/dia” e “mais de 3 horas7dia”, obtém-se um valor de cerca de 90% de crianças que ocupam estes números de horas a ver televisão, sendo este valor superior nas raparigas.

De realçar que 11,4% dos rapazes e 3,8% das raparigas dedicam menos de 1 hora por dia a ver televisão.

Fazendo o somatório das opções “2-3 horas/dia” e “mais de 3 horas/dia”, obtém-se um valor de cerca de 76,0% de rapazes e 68,4% de raparigas que ocupam este número de horas a jogar computador, sendo este valor superior nos rapazes.

De realçar que dos 23,9% dos rapazes e 31,6% das raparigas dedicam menos de 1 hora por dia a jogar computador.

#### Doença Crónica / Consumo de Medicação Crónica

Questionou-se se os alunos tinham alguma doença crónica e se sabiam o nome e ainda se para as mesmas tomavam alguma medicação diariamente.

De realçar que apesar da precoce faixa etária em estudo, verificou-se que 12,5 % dos rapazes e 7,6% das raparigas já possuem doença crónica.

Das 10,3% das crianças que possuem uma doença crónica, as mais relevantes são a asma e as alergias e, 8% toma medicação diariamente, sendo este valor maior nos rapazes que nas raparigas.

#### Amizade / Sentimento de Solidão

Foram realizadas quatro questões relacionadas com o sentimento de solidão vivenciado pelos alunos e, facilidade de fazer novas amizades, com o número de amigos que tem e quanto tempo passa com eles fora do parque escolar.

Pela análise das tabelas 11, 12 e 13 do apêndice 4 verifica-se que a maioria das crianças nunca se sente sozinha, no entanto 12,4% dos rapazes e 17,0% das raparigas sentiu solidão muitas e/ou bastantes vezes

A maioria das crianças possui três ou mais amigos. De realçar os 3,1% de rapazes e 6,3% das raparigas que não possuem qualquer amigo.

Na continuidade da análise dos dados anteriores verificou-se que para 14,6% dos rapazes e para 16,4% das raparigas é lhes difícil ou muito difícil fazer amigos.

A maioria das crianças da amostra está com os amigos apenas 1 ou menos dias por semana.

## 2.2. VARIÁVEIS DE CONTEXTO FAMILIAR

Como referido anteriormente as crianças tendem a agir por moldagem em relação aos estilos de vida dos pais. Foram questionados os alunos sobre a profissão dos pais bem como os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas pelos restantes elementos do agregado familiar: se consumiam, o que mais consumiam, frequência do consumo de bebidas alcoólicas junto dos alunos (apêndice 5).

### Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas pelo Agregado Familiar

Quando questionadas as crianças acerca do fato das pessoas que consigo coabitam consumirem ou não bebidas alcoólicas, verificou-se que cerca de 70% dos pais e cerca de 30% das mães o fazem. Com valor superior nos pais e mães dos rapazes. É significativo também o valor percentual obtido (7,4% e 8,9%) de irmãos que consomem bebidas alcoólicas. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas por parte dos avos também se considera o valor de cerca de 30% bastante representativo (Tabela 16).

Os tipos de bebidas mais consumidas pelos pais das crianças são o vinho e a cerveja (79,9%) e pelas mães a água (67,9%). Realça-se o valor obtido quer nos pais quer nas mães no consumo de sumos (tabela 17).

De acordo com a tabela 18, cerca de 40% dos pais consomem bebidas alcoólicas todos os dias juntos das crianças e, 25% das mães também o fazem todos os dias junto dos rapazes e 19,2% fazem-no junto das raparigas. Em relação aos avos, 22,2% consomem bebidas alcoólicas todos os dias junto dos rapazes e 66,7% junto das raparigas. 35,5% dos irmãos consomem bebidas alcoólicas junto das crianças, algumas vezes.

## 2.3. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS PELOS ALUNOS

Neste subcapítulo vamos divulgar os dados em relação: à opinião que os alunos têm sobre se consumir bebidas alcoólicas é prejudicial à saúde; qual a idade para se iniciar o

consumo de bebidas alcoólicas; se alguma vez consumiram bebidas alcoólicas; qual a idade com que iniciaram o consumo; quais os fatores que os levaram ao consumo de bebidas alcoólicas; se consumiram bebidas alcoólicas no último mês; quem tem conhecimento de que o fazem; quais os tipos de bebidas alcoólicas que já consumiram e com que frequência; aonde consomem bebidas alcoólicas; com quem consomem bebidas alcoólicas; se alguma vez consumiram bebidas alcoólicas até ficarem embriagados e quantas vezes (Apêndice 6).

Em relação à opinião das crianças sobre o efeito negativo do consumo de bebidas alcoólicas na saúde, 63,4% das crianças responderam afirmativamente. No entanto, 42,7% dos rapazes e 29,1% das raparigas ainda responderam que o álcool não faz mal à saúde.

Em relação à opinião sobre a idade a partir da qual se podia consumir bebidas alcoólicas, 41,7% dos rapazes responderam que poder-se-á iniciar o consumo com idade igual ou inferior a 18 anos, contrabalançando com os 29,1% das raparigas. Cerca de 30% das crianças responderam que poder-se-ia começar a ingerir bebidas alcoólicas acima dos 19 anos de idade.

Questionados se já alguma vez tinham provado bebidas alcoólicas, 41,7% dos rapazes responderam afirmativamente e 20,3% das raparigas também, num total de 32,0% sobre a amostra total (n=175).

Na continuação da análise sobre o consumo de bebidas alcoólicas nesta faixa etária tão precoce, cerca de 40,0% das crianças iniciaram o consumo com 6 anos de idade, 30,0% com 7 anos e, cerca de 11% com 8 anos. De realçar que 16,1% das crianças iniciaram o consumo com 5 anos, idade pré-escolar.

Analisada a tabela 23 sobre o tipo de bebidas alcoólicas consumidas pelas crianças e sua frequência, em relação aos rapazes 10,3% bebem cerveja e 7,4% bebem vinho todos os meses. De salientar nos rapazes que 3,4% bebem cerveja todos os dias e 3,7% bebem vinho todas as semanas. Em relação às raparigas, 8,3% bebe cerveja e 11,1% bebe vinho todos os meses. Sobre o consumo de Champanhe, 26,7% dos rapazes e 14,28% das raparigas consumiram raramente ou nunca. Sobre o consumo de outras bebidas

alcoólicas (Licores, Whisky/vodka, Vinho doce e Aguardente) 17,85% dos rapazes e 23,2% das raparigas consumiram-nas raramente ou nunca.

Em relação aos fatores que levaram ao consumo de bebidas alcoólicas, 40,0% dos rapazes responderam que o fizeram por brincadeira e 43,8% das raparigas por curiosidade. De salientar que 30,4% das crianças apontam o incentivo de familiares como fator para o consumo de bebidas alcoólicas. Nenhuma criança referiu o incentivo dos amigos como fator precipitante para o consumo.

De acordo com a tabela 25, cerca de 30,0% das crianças consumiram algum tipo de bebida alcoólica no último mês.

De acordo com a tabela 26, 81,5% dos pais e 71,4% das mães das crianças sabem que elas consomem bebidas alcoólicas, bem como 40,5% dos irmãos. Os avós dos rapazes têm mais conhecimento do consumo dos netos (9,3%) do que os avós das raparigas (2,6%). De considerar relevante que 50% das crianças bebe sem conhecimento de alguém.

Reportando ao local onde habitualmente as crianças ingerem bebidas alcoólicas, a maioria das crianças consome bebidas alcoólicas em casa (69,6%) e em festas de familiares/amigos (64,3%). No entanto é notória a diferença entre o consumo de bebidas alcoólicas pelas raparigas em cafés (43,8%) relativamente aos rapazes (15%).

Da análise da tabela 28 com quem consomem bebidas alcoólicas, habitualmente 92,5% dos rapazes e 87,5% das raparigas consomem bebidas alcoólicas com familiares. No entanto, 37,5% das raparigas consomem junto dos amigos/colegas, comparativamente aos rapazes (15,0%). De realçar o valor inquietante que 14,3% das crianças consomem bebidas alcoólicas sozinhas.

Questionados sobre se alguma vez consumiram bebidas alcoólicas até ficarem embriagados, somente 1,9% respondeu que sim, apenas uma vez.

## 2.4. ANÁLISE INFERENCIAL

Nesta fase da investigação compete agora fazer o cruzamento dos dados obtidos (Apêndice 7), bem como, dos resultados alcançados para assim poder dar resposta às questões e hipóteses de investigação inicialmente formuladas.

Q<sub>1</sub> Com que idade iniciaram os consumos de bebidas alcoólicas, os alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?

Na da análise sobre o consumo de bebidas alcoólicas nesta faixa etária tão precoce, cerca de 40,0% das crianças iniciaram o consumo com 6 anos de idade, 30,0% com 7 anos e, cerca de 11% com 8 anos. De realçar que 16,1% das crianças iniciaram o consumo com 5 anos, idade pré-escolar (Tabela 22).

Em relação à opinião das crianças sobre o efeito negativo do consumo de bebidas alcoólicas na saúde, 63,4% das crianças responderam afirmativamente. No entanto, 42,7% dos rapazes e 29,1% das raparigas ainda responderam que o álcool não faz mal á saúde (Tabela 19).

Em relação á opinião sobre a idade a partir da qual se podia consumir bebidas alcoólicas, 41,7% dos rapazes responderam que poder-se-á iniciar o consumo com idade igual ou inferior a 18 anos, contrabalançando com os 29,1% das raparigas. Cerca de 30% das crianças responderam que poder-se-ia começar a ingerir bebidas alcoólicas acimados 19 anos de idade (Tabela 20).

Q<sub>2</sub> Qual a quantidade do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?

Questionados se já alguma vez tinham provado bebidas alcoólicas, 41,7% dos rapazes responderam afirmativamente e 20,3% das raparigas também. Sendo o grupo em estudo de uma faixa etária tão precoce, considera que 32,0% sobre a amostra total é um valor a ter em conta (Tabela 21).

Q<sub>3</sub> Qual a frequência do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?

Q<sub>4</sub> Quais os tipos de bebidas alcoólicas consumidas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?

Analisada a tabela 23 sobre o tipo de bebidas alcoólicas consumidas pelas crianças e sua frequência, em relação aos rapazes 10,3% bebem cerveja e 7,4% bebem vinho todos os meses. De salientar nos rapazes que 3,4% bebem cerveja todos os dias e 3,7% bebem vinho todas as semanas. Em relação às raparigas, 8,3% bebe cerveja e 11,1% bebe vinho todos os meses. Sobre o consumo de Champanhe, 26,7% dos rapazes e 14,28% das raparigas consumiram raramente ou nunca. Sobre o consumo de outras bebidas alcoólicas (Licores, Whisky/vodka, Vinho doce e Aguardente) 17,85% dos rapazes e 23,2% das raparigas consumiram-nas raramente ou nunca.

De acordo com a tabela 25, cerca de 30,0% das crianças consumiram algum tipo de bebida alcoólica no último mês.

Questionados sobre se alguma vez consumiram bebidas alcoólicas até ficarem embriagados, somente 1,9% respondeu que sim, apenas uma vez (Tabelas 29 e 30).

Q<sub>5</sub> Quais são os fatores que mais influenciam o consumo de bebidas alcoólicas nos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012?

Em relação aos fatores que levaram ao consumo de bebidas alcoólicas, 40,0% dos rapazes responderam que o fizeram por brincadeira e 43,8% das raparigas por curiosidade. De salientar que 30,4% das crianças apontam o incentivo de familiares como fator para o consumo de bebidas alcoólicas. Nenhuma criança referiu o incentivo dos amigos como fator precipitante para o consumo (Tabela 25).

Tal como referido anteriormente, quando questionadas as crianças acerca do fato das pessoas que consigo coabitam consumirem ou não bebidas alcoólicas, verificou-se que

cerca de 70% dos pais e cerca de 30% das mães o fazem. Com valor superior nos pais e mães dos rapazes. É significativo também o valor percentual obtido (7,4% e 8,9%) de irmãos que consomem bebidas alcoólicas. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas por parte dos avós também se considera o valor de cerca de 30% bastante representativo (Tabela 16). Cerca de 40% dos pais consomem bebidas alcoólicas todos os dias juntos das crianças e, 25% das mães também o fazem todos os dias junto dos rapazes e 19,2% fazem-no junto das raparigas. Em relação aos avôs, 22,2% consomem bebidas alcoólicas todos os dias junto dos rapazes e 66,7% junto das raparigas. 35,5% dos irmãos consomem bebidas alcoólicas junto das crianças, algumas vezes (Tabela 18).

De acordo com a tabela 26, 81,5% dos pais e 71,4% das mães das crianças sabem que elas consomem bebidas alcoólicas, bem como 40,5% dos irmãos. Os avós dos rapazes têm mais conhecimento do consumo dos netos (9,3%) do que os avós das raparigas (2,6%). De considerar relevante que 50% das crianças bebe sem conhecimento de alguém.

Reportando ao local onde habitualmente as crianças ingerem bebidas alcoólicas, 72,5% dos rapazes consomem em casa e 68,8% das raparigas consomem em festas de familiares/amigos. Verifica-se que 23,2% das crianças bebem em cafés, podendo depreender que o fazem na companhia de pais/familiares como verificado nos dados anteriores (Tabela 27).

Da análise da tabela 28, com quem consomem bebidas alcoólicas, habitualmente 92,5% dos rapazes e 87,5% das raparigas consomem bebidas alcoólicas com familiares. No entanto, 37,5% das raparigas consomem junto dos amigos/colegas, comparativamente aos rapazes (15,0%). De realçar o valor inquietante que 14,3% das crianças consomem bebidas alcoólicas sozinhas.

**Hipótese 1.** Existe relação entre o sexo e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;

Em relação à distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o sexo, a distribuição por sexo é idêntica (cerca de 50%) nos alunos que não consomem bebidas alcoólicas. No entanto, nos alunos que consomem bebidas alcoólicas é altamente

significativa a diferença estatística entre sexos, com 71,4% para os rapazes e 28,6% para as raparigas ( $p=0,003$ ).

**Hipótese 2.** Existe relação entre a idade e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;

Sendo a maioria dos alunos de 8 anos de idade (37,7%), não se verifica diferença estatística significativa ( $p=0,770$ ) entre os alunos que não consomem bebidas alcoólicas e os alunos que consomem bebidas alcoólicas, das diferentes idades. No entanto há que referir que tanto os alunos com idades inferiores ou iguais a 7 anos e os de 8 anos são os que mais consomem bebidas alcoólicas (35,7%).

**Hipótese 3.** Existe relação entre o ano de escolaridade e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;

Comparando o ano de escolaridade em que se encontram, podemos apurar que são os alunos do 4º ano, aqueles que mais não consomem bebidas alcoólicas, 42,0% e também os que mais consomem, 39,4%. Na distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o ano de escolaridade frequentado não se verificou diferença estatística significativa ( $p=0,116$ ).

**Hipótese 4.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e o consumo de bebidas alcoólicas pelos filhos, alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012;

A distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com consumo de bebidas alcoólicas pelos pais demonstra-se estatisticamente significativa com  $p=0,032$ .

Pela análise da tabela o consumo de bebidas alcoólicas tanto pela mãe como pelo pai influencia o consumo de bebidas alcoólicas das crianças (33,9%) comparativamente às crianças que não consomem bebidas alcoólicas (21,8%). Esta diferença é mais evidente na influência sobre o consumo de bebidas alcoólicas nas crianças quando o pai bebe e a mãe não bebe (46,4%) do que quando o pai não bebe e a mãe bebe (3,6%). O fato de

ambos os pais não beberem é protetor em relação ao consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças (35,3%).

Na continuação da análise anterior já a distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com a frequência do consumo de bebidas alcoólicas pelos pais junto das crianças não se revela estatisticamente significativa, quer comparando o consumo pelos pais ( $p=0,102$ ) quer comparando o consumo pelas mães ( $p=0,524$ ). Analisando os dados obtidos, verifica-se que 63,2% dos pais bebem bebidas alcoólicas diariamente junto dos filhos, contrabalançando com quase metade das mães (31,6%). Nas crianças que não consomem bebidas alcoólicas 61,5% dos pais e 76,9% das mães consomem bebidas alcoólicas junto dos filhos.

**Hipótese 5.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 com o sentimento de solidão que os alunos sentem;

Apurando a distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o Sentimento de Solidão, mais de metade da amostra não se sente sozinha, mas 15,4% ainda responde que têm sentimento de solidão presente. Tanto no primeiro grupo como neste grupo não se verifica diferença estatística sobre o consumo, ou não, de bebidas alcoólicas pelas crianças ( $p=0,976$ ).

Em relação á amizade, também esta variável relacionada com o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos não se mostra estatisticamente significativa. Tanto as crianças que consomem como as crianças que não consomem bebidas alcoólicas, têm a maioria 3 ou mais amigos ( $p=0,604$ ) e passam geralmente 1 ou menos dias com eles fora do recinto escolar ( $p=0,181$ ).

**Hipótese 6.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 e o número de horas que passam em frente à televisão;

No que diz respeito á ocupação de tempos livres com a televisão também não se verifica diferença estatística ( $p=0,256$ ) entre os que vêm televisão e o consumo de bebidas alcoólicas e, os que não vêm televisão e o consumo de bebidas alcoólicas. Tanto

as crianças que consomem como as que não consomem bebidas alcoólicas despendem cerca de 1 a 3 horas com a televisão, aproximadamente 80% de cada grupo ( $p=0,184$ ). No entanto nas crianças que consomem bebidas alcoólicas e que vêm mais de três horas de televisão por dia é superior (16,1%) às crianças que não consomem bebidas alcoólicas e que vêm mais de três horas de televisão por dia (9,2%).

**Hipótese 7.** Existe relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos do 2º, 3º e 4ºanos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012 e o número de horas que passam em frente ao computador;

No que diz respeito á ocupação de tempos livres com ao uso de computador também não se verifica diferença estatística ( $p=0,704$ ) entre os que utilizam computador e o consumo de bebidas alcoólicas e, os que não utilizam computador e o consumo de bebidas alcoólicas. O mesmo se aplica ao número de horas que usam o computador ( $p=0,818$ ). Tanto as crianças que consomem como as que não consomem bebidas alcoólicas despendem cerca de 1 a 3 horas com o computador, cerca de 67% cada grupo.

Deste modo após a análise inferencial do estudo verificou-se que as crianças iniciam o consumo de bebidas alcoólicas em idades precoces. Existe relação entre a variável sociodemográfica sexo e a variável dependente, sendo altamente significativo estatisticamente o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos rapazes em relação às raparigas. Também se observou relação entre a variável contextual dos pais consumo de bebidas alcoólicas e a variável dependente, sendo estatisticamente significativo o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças, especialmente o consumo de bebidas alcoólicas pelo pai e o consumo de bebidas alcoólicas pelos rapazes. Não se observou relação estatisticamente significativa entre as restantes variáveis independentes e o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos da amostra em estudo.



### 3. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados do questionário pretende ao longo deste capítulo tecer algumas considerações sobre os mesmos. Certos que esta discussão dos resultados estatísticos não poderá estar dependente da forma de sentir da pessoa que os interpreta, procurará assim analisar os mesmos, tendo por base o que as investigações e a literatura apontam como ideal a seguir.

#### 3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A estratégia metodológica desenhada para este estudo levou em linha de conta, a necessidade de obviar a enviesamentos nos resultados obtidos, tal como na aplicação dos questionários, evitando que houvesse múltiplas leituras de alguma questão.

Dado o estudo ser de natureza descritiva e correlacional, carecendo por tal motivo de controlo experimental das variáveis independentes (Polit e Hungler, 1994 citados por Cabral, 2007), corre-se, sempre, o risco de uma interpretação errónea dos resultados obtidos. Contudo, esta situação não é impeditiva de fazer predições pois, tal como referem os autores citados, a finalidade deste tipo de estudos é o de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes.

Relativamente às questões, no momento em que as formulou teve o cuidado de as tornar claras e objetivas para uma amostra com capacidades cognitivas e de literacia ainda pouco desenvolvidas.

#### 3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como já foi referido, o álcool é uma substância psicotrópica lícita que está enraizada na nossa cultura, presente e disponível nos mais variados locais e em alguns rituais,

possui uma grande aceitação social, dada a uma herança cultural nacional relacionada com o álcool, que vai desde rituais religiosos e sagrados, até festivais onde a presença do álcool é mesmo histórica.

Quanto mais precoce o contato com o álcool, maior a possibilidade de o relacionamento com a bebida evoluir para um padrão nocivo e o risco de dependência e desenvolvimento de doença crónica (Alves, 2010). Os hábitos alcoólicos são, desde tenra idade, inculcados na população por razões de natureza cultural e socioeconómica. O alcoolismo na infância é um problema social que deve ser discutido por todos.

A DGS (2008) citada por Antão (2011) é perentória ao afirmar que o consumo de bebidas alcoólicas é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes.

O álcool está implicado numa variedade de doenças e problemas de natureza legal, individual, familiar e social. É responsável por cerca de 60 tipos diferentes de doenças e problemas, incluindo perturbações mentais e comportamentais, problemas gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, perturbações imunológicas, doenças pulmonares, doenças ósseas e musculares, perturbações reprodutivas e danos pré-natais, incluindo um aumento do risco de prematuridade e baixo peso à nascença (Gomes, 2010).

Existem vários estudos de prevalência de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes e/ou adultos jovens, como referido anteriormente. No entanto, raros são os estudos de prevalência de consumo de bebidas alcoólicas em crianças em idade escolar a frequentar o 1º ciclo. Alguns fazem uma breve alusão á hipótese do início do consumo de bebidas alcoólicas nos adolescentes terem ocorrido entre os 6 e os 10 anos de idade, sem dados concretos.

Respondendo ao **objetivo principal**, se os alunos consumiam bebidas alcoólicas, o estudo veio demonstrar que cerca de um terço da amostra o faz.

A distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o **sexo**, é idêntica nos alunos que não consomem bebidas alcoólicas. No entanto, nos alunos que consomem bebidas alcoólicas é altamente significativa a diferença estatística entre sexos, com maior predomínio nos rapazes em relação às raparigas. Carvalho (1996) citado por Pereira (2003) salienta que o sexo feminino tem uma prevalência mais baixa de consumos de álcool do que o sexo masculino.

Em relação à distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e a **idade**, a maioria das crianças iniciou o consumo aos 6 anos de idade. De realçar que 16% das crianças iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas com 5 anos, em idade pré-escolar. No estudo não se verificou diferença estatística significativa entre os alunos que não consomem bebidas alcoólicas e os alunos que consomem bebidas alcoólicas, nas diferentes idades.

Dados do Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) apontam que 42% das crianças entre 10 e 12 anos já experimentaram álcool e que o seu uso começou aos 7, 8 ou 9 anos de idade (Alves, 2010).

Em relação à **opinião sobre a idade** a partir da qual se podia consumir bebidas alcoólicas, nos dados obtidos pela autora, 41,7% dos rapazes responderam que poder-se-á iniciar o consumo com idade igual ou inferior a 18 anos, contrabalançando com os 29,1% das raparigas. Cerca de 30% das crianças responderam que poder-se-ia começar a ingerir bebidas alcoólicas acima dos 19 anos de idade.

Pereira (2003) demonstrou que a idade de início de consumo é, em média, os 10 anos. Coleman e Carter (2003) descrevem que as primeiras experiências com bebidas alcoólicas, normalmente ocorrem entre os 8 e os 12 anos. Também foi descrito que crianças com idades entre os 6 e 7 anos já possuem informação sobre o álcool e os seus malefícios na saúde. Entre os 13 e os 14 anos de idade o consumo habitual torna-se frequente no ambiente familiar, supervisionados pelos pais (Neebury-Birch, 2009).

Como descrito, existem inúmeros problemas ligados ao álcool, sendo o risco de desenvolverem patologias físicas e mentais proporcional ao início precoce do consumo de bebidas alcoólicas. Num estudo de Moss et al (1997), concluíram que quando o abuso de substâncias ocorre após o sexto aniversário das crianças, aumentam as perturbações interiorizadas (depressão) e os problemas de comportamentos exteriorizados (perturbações de conduta, hiperatividade) (Alves, 2003).

Inúmeros estudos concluem que a idade dos primeiros consumos de bebidas alcoólicas é preditor do consumo continuado de bebidas alcoólicas, quer na sua frequência quer na sua quantidade. Harolyn et al. (1998) descrevem que quanto mais cedo as crianças iniciarem o consumo de substâncias psicotrópicas, álcool e/ou outras drogas, maior é o risco de consequências negativas em adulto. Mais especificamente, foi relacionado que crianças que introduzem o consumo de álcool antes dos 6 anos de idade

têm o dobro da probabilidade de vir a terem problemas ligados ao álcool aos 15 anos, comparados com crianças não estiveram expostas ao consumo de bebidas alcoólicas antes dos 13 anos (Neebury-Birch, 2009).

Segundo **O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral –Portugal 2007** (Balsa, 2008) entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, de 75,6% para 79,1%. A proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava em 2001 cerca de 30%, tendo este valor aumentado para os 40% em 2007 (Balsa, 2008).

Na distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o **ano de escolaridade frequentado** não se verificou diferença estatística significativa. No entanto, transversalmente a todos os anos de escolaridade, em relação à opinião das crianças sobre o efeito negativo do consumo de bebidas alcoólicas na saúde, a maioria respondeu que o álcool faz mal à saúde, no entanto quase um terço da amostra, com predomínio dos rapazes, ainda responderam que o álcool não faz mal á saúde.

Em relação aos **tipos de bebidas alcoólicas** consumidas pelas crianças, a cerveja seguida do vinho são as bebidas alcoólicas mais consumidas pelos rapazes. As raparigas consomem mais vinho seguido de cerveja. Sobre o consumo de outras bebidas alcoólicas (Champanhe Licores, Whisky/vodka, Vinho doce e Aguardente) consumiram-nas raramente ou nunca, com valores mais elevados nas raparigas.

De acordo com o último estudo ESPAD (Feijão,2007) em termos gerais, a cerveja é a bebida dominante, representando cerca de 40% da quantidade consumida (no total de bebidas alcoólicas) no último dia de consumo, seguida pelos 30% das bebidas espirituosas e dos 13% do vinho. Enquanto a cerveja é ainda mais dominante entre os rapazes, as raparigas apresentam um padrão mais repartido, com as bebidas espirituosas como tipo de bebida mais importante, constituindo cerca de um terço do consumo total (Hibell et al., 2009).

Da análise dos resultados, de 2001 e 2006, dos estudos do **“INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar”** (Feijão, 2007, 2008),verifica-se que a cerveja voltou a ser a bebida com maior prevalência de consumo entre os alunos de ambos os grupos de escolaridade.

Em relação á **frequência do consumo**, os rapazes bebem bebidas alcoólicas todos os dias e/ou todas as semanas e, as raparigas bebem bebidas alcoólicas todos os meses. Cerca de 30,0% das crianças consumiram algum tipo de bebida alcoólica no último mês.

Da análise dos resultados, de 2001 e 2006, dos estudos do “INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar” (Feijão, 2007, 2008), constata-se um relevante aumento na prevalência dos que consumiram nos ”últimos 30 dias” – de 25% para 32% (3.º Ciclo) e de 45% para 58% (Secundário).

Questionados se já consumiram bebidas alcoólicas até ficarem **embriagados**, verifica-se que tal já aconteceu.

Os resultados do inquérito HBSC – Health Behaviour in School-aged Children. 2010 (Matos et al., 2011) realizado no âmbito da OMS entre os alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, sugerem que, a maioria dos jovens não consome bebidas destiladas. Desde 1998, o consumo diário de bebidas destiladas tem oscilado entre 0,3% e 1%. A percentagem menos elevada verificou-se em 2010 (0,3%). A grande maioria dos jovens inquiridos nunca se embriagou.

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

Em relação aos **fatores que levaram ao consumo de bebidas alcoólicas**, 40,0% dos rapazes responderam que o fizeram por brincadeira e 43,8% das raparigas por curiosidade. De salientar que 30,4% das crianças apontam o incentivo de familiares como fator para o consumo de bebidas alcoólicas. Nenhuma criança referiu o incentivo dos amigos como fator precipitante para o consumo.

Cabral (2007) escreve que atualmente e, devido a várias investigações, admite-se que na origem desta problemática, não existe apenas uma causa única. Assim, uma multiplicidade de fatores podem contribuir para o desenvolvimento deste distúrbio, sendo difícil diferenciar qual deles é o mais importante ou iniciador. Fatores genéticos e biológicos, socioculturais, familiares, intrapessoais, interpessoais e situacionais, todos poderão ter um papel ativo quer direta quer indiretamente consoante o indivíduo e o seu contexto de vida.

Abrams e Niaura (1987) citados ainda por Cabral (2007), reforçam esta ideia ao afirmarem que um comportamento específico só pode ser estudado e compreendido quando se consideram em simultâneo os fatores pessoais, ambientais e comportamentais.

Os autores FIALKOV (1985) e NEWCOMB e cols. (1986), citados por Cabral (2007), defendem que vários fatores presentes durante a infância aumentam o risco subsequente de desenvolvimento de alcoolismo e até de abuso de outras substâncias. Entre outros destacam os fatores psicossociais relacionados com o status demográfico urbano, baixo nível económico, pobre afiliação religiosa e cultural, facilidade de acesso ao álcool, história familiar de alcoolismo, conflitos familiares, identificação com grupos de fraca adaptação às normas e valores sociais.

De acordo com os dados obtidos no presente estudo, 81,5% dos pais e 71,4% das mães das crianças sabem que elas consomem bebidas alcoólicas, bem como 40,5% dos irmãos. Os avós dos rapazes têm mais conhecimento do consumo dos netos (9,3%) do que os avós das raparigas (2,6%). De considerar relevante que 50% das crianças bebe sem conhecimento de alguém.

Cabral (2007) refere, em estudos consultados, que a rutura da estabilidade familiar, o questionamento de certos valores familiares constituem fatores facilitadores da utilização do álcool por parte dos filhos de pais alcoólicos e, que a variedade e extensão das consequências infligidas pelo facto de um dos progenitores consumir bebidas alcoólicas, vão depender em certa medida da personalidade da criança, do grau de apoio emocional oferecido pelo outro progenitor, da multiplicidade de apoios

Donaldson (2009) relata que a estrutura da família para estar associada com a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas nas crianças e jovens. Há um maior risco de iniciação de uso de álcool para crianças e adolescentes que vivem com um madrastra, ou com uma família monoparental, do que para aqueles que vivem em famílias intactas.

O processo de aprendizagem social negativa ocorre, pois a criança cresce observando adultos lidando com seus próprios problemas através do uso de substâncias e aprenderá este comportamento como única habilidade de enfrentamento (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007).

A maioria dos estudos conclui que o alcoolismo parental aumenta a probabilidade dos problemas ligados ao álcool nas crianças. Também foi apontado que o consumo de bebidas alcoólicas pelos irmãos e pelos avós aumenta o risco do consumo de bebidas alcoólicas nas crianças (Neebury-Birch, 2009).

Reportando ao **local** onde habitualmente as crianças ingerem bebidas alcoólicas, a maioria das crianças consome bebidas alcoólicas em casa (69,6%) e em festas de familiares/amigos (64,3%). No entanto é notória a diferença entre o consumo de bebidas alcoólicas pelas raparigas em cafés (43,8%) relativamente aos rapazes (15%).

Um estudo levado a cabo por Edwards, Marshal e Cook (2005) revelou que a cultura pode trazer influências ao padrão, contexto e quantidade de consumo de álcool, além da cultura familiar também ser outro fator determinante no ato de beber. À medida que é provável que os filhos possam herdar dos pais padrões excessivos de beber, o comportamento de beber é assimilado e são atribuídos valores e crenças associados ao ato de beber (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007).

A Teoria da Aprendizagem Sociocognitiva defende que a família e os pares podem influenciar tanto o início como a manutenção do comportamento de bebida dos jovens, através de atitudes gerais, padrões e valores veiculados, assim como pelo modelamento de comportamentos de bebida em contexto social (Cabral,2007).

Verificou-se que habitualmente quase a totalidade dos rapazes e das raparigas **consomem** bebidas alcoólicas com familiares. No entanto, 37,5% das raparigas consomem junto dos amigos/colegas, comparativamente aos rapazes (15,0%). De realçar o valor inquietante que 14,3% das crianças consomem bebidas alcoólicas sozinhas.

A experimentação de bebidas alcoólicas é uma situação normal no contexto do desenvolvimento psicossocial dos adolescentes. A abordagem da sociedade relativamente ao consumo de álcool é extremamente ambígua e envia aos jovens mensagens igualmente ambíguas e contraditórias (Breda, 2010).

As relações pais - filhos durante a infância e a adolescência são imprescindíveis ao desenvolvimento psicológico normal dos filhos. Estas relações, influenciam o autoconceito e afetam o comportamento, o desempenho e o ajustamento da criança.

Os hábitos paternos com ingestão de bebidas alcoólicas, são determinantes para o consumo dos filhos. Os descendentes têm grande possibilidade de continuar os comportamentos que são observados nos progenitores (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007, citados por Antão, 2011). Também Pereira (2003) menciona que os pais podem influenciar o comportamento do consumo de álcool, pelo exemplo que dão e pelo ambiente na família.

Segundo Cabral (2007) apesar de algumas limitações, vários autores, são unânimes ao afirmarem que os filhos de alcoólicos terão uma maior probabilidade de desenvolverem problemas relacionados com o álcool do que os filhos de não alcoólicos. Também Ferreira (2002) confirma que os pais podem influenciar o comportamento do consumo de álcool, pelo exemplo que dão e pelo ambiente na família.

Dos resultados obtidos pela autora, a distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com **consumo de bebidas alcoólicas pelos pais** evidencia-se estatisticamente significativa. Pela análise, o consumo de bebidas alcoólicas tanto pela mãe como pelo pai influencia o consumo de bebidas alcoólicas das crianças comparativamente às crianças que não consomem bebidas alcoólicas. Esta diferença é mais evidente na influência sobre o consumo de bebidas alcoólicas nas crianças quando o pai bebe e a mãe não bebe do que quando o pai não bebe e a mãe bebe. O fato de ambos os pais não beberem é protetor em relação ao consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças.

Saltz e Elandt (1986) citados por Neebury-Birch (2009) concluíram que se ambos os pais forem abstêmicos em relação ao álcool a probabilidade de os seus filhos também o serem é muito elevada. Tal como se um dos pais consumir bebidas alcoólicas a probabilidade dos filhos virem a consumir é elevada.

Um achado interessante foi a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelo pai e o consumo de bebidas alcoólicas pelos seus filhos rapazes, em contraponto com a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas em filhas raparigas e o consumo de bebidas alcoólicas quer pelo pai quer pela mãe (Neebury-Birch, 2009).

Figlie, Fontes, Moraes e Payá (2004), citados por Oliveira, Werlang e Wagner (2007), nos resultados encontrados num estudo realizado em crianças em idade escolar, destacam-se que, na maioria das famílias, o pai é o dependente químico, tendo como substância de escolha o álcool e que os filhos desses pais representam um grupo de risco

para o desenvolvimento de problemas biopsicossociais, ou seja, existe um risco aumentado em quatro vezes para o desenvolvimento do alcoolismo nos descendentes, também associado a perturbações psiquiátricas).

Num estudo realizado por Guimarães et al. (2000), verificaram que o pai era o familiar que mais incentiva ou promove o acesso ao álcool (Cabral, 2007). A mesma autora menciona que o género tanto do progenitor como do descendente mostra nalguns estudos ter efeitos diferenciais importantes. Os indivíduos com pai alcoólico consumiam mais álcool.

Na continuação da análise anterior do estudo da autora, a distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com a frequência do consumo de bebidas alcoólicas pelos pais junto das crianças não se revela estatisticamente significativa, quer comparando o consumo pelos pais quer comparando o consumo pelas mães.

Estudos realizados por Edwards, Marshall e Cook (2005) evidenciam que quando existem problemas de alcoolismo na família, co-existe o risco desse problema se perpetuar na geração seguinte (Oliveira, Werlang e Wagner, 2007).

No que se refere a crianças vivendo em famílias afetadas pelo álcool, dados da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR, 2006) revelam que 40,1% das situações sinalizadas às CPCJ, pertenciam a agregados familiares com problemática de álcool que afetava ambos os responsáveis pelo agregado em que vivem as crianças e os jovens.

Embora, como já referimos, o consumo médio de álcool tenha vindo a decrescer na UE, a proporção de jovens e jovens adultos com padrões de consumo nocivos cresceu na última década em muitos dos Estados-Membros. Na UE há 5,9 milhões de crianças vivendo em famílias afetadas pelo álcool. Calcula-se que 16 % (Comissão das Comunidades Europeias, 2006) de todos os casos de abuso infantil e negligência são causados pelo álcool (PNRPLA, 2009)

Alves (2003) refere que em alguns estudos, os filhos de alcoólicos terão um risco três a quatro vezes acrescido de virem a desenvolver problemas de alcoolismo e, os filhos de alcoólicos, especialmente os rapazes, são mais suscetíveis de se tornarem alcoólicos ou dependentes de outras drogas do que os filhos de não alcoólicos.

O mesmo autor, citando Tarter (1992), relata que os filhos de alcoólicos revelam também níveis de autoestima mais baixos e níveis de ansiedade, stress e depressão mais altos do que os descendentes de não alcoólicos e, evidenciam, com maior frequência, dificuldades em se adaptarem às leis e às normas da escola e da comunidade.

Apurando a distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o **Sentimento de Solidão** obtida no estudo da autora, mais de metade da amostra não se sente sozinha, mas 15,4% ainda responde que têm sentimento de solidão presente. Tanto no primeiro grupo como neste grupo não se verifica diferença estatística sobre o consumo, ou não, de bebidas alcoólicas pelas crianças.

Em relação á **amizade**, também esta variável relacionada com o consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos não se mostra estatisticamente significativa. Tanto as crianças que consomem como as crianças que não consomem bebidas alcoólicas, têm a maioria 3 ou mais amigos e passam geralmente 1 ou menos dias com eles fora do recinto escolar.

Quando uma criança sofre de solidão pode desenvolver sentimento de baixa de autoestima, influenciando nos relacionamentos familiar e social, manifestado por isolamento e baixa de rendimento escolar. Bastos, Figueira e Costa (2002) consideram que a experiência e a solidão são universais.

Nos filhos de pais alcoólicos, o rendimento escolar é normalmente inferior ao grupo onde estão inseridos. A instabilidade emocional que vivem na família é transportada para o exterior através da dispersão da atenção, da agressividade e da hostilidade. São descritas como crianças antissociais e na adolescência o comportamento antissocial tende a agravar-se (Alves,2003).

Schaeffer e col. (1988) citados por Alves (2003), concluem que os filhos de alcoólicos apresentam maiores alterações em testes de habilidade, de abstração, mais sintomas de dificuldades comportamentais na infância, mais sintomas depressivos, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas.

Há uma forte associação, embora não direta, entre alcoolismo paterno e perturbações de conduta, especialmente nos rapazes, provavelmente devido aos problemas conjugais e ao ambiente patológico causado pelo alcoólico (Alves, 2003).

Estudos sobre os efeitos do fenômeno “crianças enclausuradas” segundo Leung et al (1996) relatam resultados conflitantes. As consequências potenciais positivas incluem aprender a ser independente e responsável. As potenciais consequências negativas incluem a solidão, tédio, medo, abuso de drogas e álcool, lesões acidentais, e comprometimento da relação pai-filho.

Temos ainda como consequências dos efeitos do álcool, a quebra do rendimento escolar e do rendimento no trabalho, comportamento violento e delinquência, suicídios e homicídios, acidentes rodoviários e nos casos mais crônicos, estados depressivos e ansiosos (Cabral,2007). Também de acordo com a OMS (2005), a evidência indica uma estreita relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a depressão. Consumos elevados podem conduzir á depressão, e a depressão pode conduzir a graves problemas ligados ao álcool.

Donaldson (2009) menciona que, a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas antes dos 14 anos de idade pode estar associado com um número de fatores de risco, incluindo lesões cerebrais irreversíveis, o envolvimento em comportamentos violentos e ideação suicida e tentativas de suicídio.

Segundo Cabral (2007) têm sido encontradas diferenças significativas no temperamento de filhos de alcoólicos, apresentando estes, níveis mais elevados de atividade, impulsividade, busca de sensações, sociabilidade, hiperatividade, comportamentos antissociais, rebeldia e agressividade quando comparados com filhos de não alcoólicos. Também que estas características mediavam significativamente a relação entre história familiar de alcoolismo e o envolvimento com o álcool por parte dos filhos. Outros estudos, têm mostrado que filhos de alcoólicos revelam níveis de autoestima mais baixos e níveis de ansiedade, stress e depressão mais elevados do que os filhos de não alcoólicos.

Costa et al (1999), citados por Donaldson (2009), descreveram que o envolvimento em atividades pró-sociais, tais como ser membro de um clube desportivo ou de um grupo de jovens, pode ser um fator protetor para o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e jovens.

No que diz respeito á **ocupação de tempos livres** com a **televisão** também não se verificou diferença estatística, neste estudo, entre os alunos que vêm televisão e o consumo de bebidas alcoólicas e, os alunos que não vêm televisão e o consumo de

bebidas alcoólicas. Tanto as crianças que consomem como as que não consomem bebidas alcoólicas despendem cerca de 1 a 3 horas com a televisão, aproximadamente 80% de cada grupo. No entanto nas crianças que consomem bebidas alcoólicas e que vêm mais de três horas de televisão por dia é superior às crianças que não consomem bebidas alcoólicas e que vêm mais de três horas de televisão por dia.

Alves (2010) refere que o efeito da publicidade sobre o comportamento adolescente é bem documentado e motivo de preocupação da comunidade médica mundial.

“Embora a indústria do álcool e tabaco argumente o contrário, sua publicidade é dirigida às crianças e jovens, com forte apelo emocional, que envolve elementos associados ao glamour, alegria, festa, popularidade, maior poder de conquista etc. Frequentemente, utiliza ícones do desporto, da música e da cultura popular.”

A publicidade, é uma outra possível causa que arroja o jovem para a ingestão abusiva de álcool, ao influenciar e encorajar o seu consumo. A ação publicitária, pode ainda influenciar o ambiente em que as atitudes do público e as decisões políticas face ao álcool são definidas (Cabral,2007).

A mesma autora refere que o facto de a publicidade reforçar a intenção de consumir poderá ainda fazer com que as campanhas de prevenção primária para o não consumo de bebidas alcoólicas se tornem ineficazes e insuficientes para alertar a população, já que os consumidores primários serão induzidos mais e em maiores quantidades, para o consumo, aumentando desta forma as consequências nefastas de beber.

Nunez-Smith et al. (2010) numa revisão sistemática da literatura onde reviram 42 estudos sobre a relação entre a exposição aos meios de comunicação e ao tabaco, drogas ilícitas e ao uso de álcool entre crianças e adolescentes constataram: que 83% dos estudos apontam uma associação de elevado risco entre o consumo de álcool e os meios de comunicação; 95% dos estudos encontraram diferenças estatísticas significativas entre a exposição aos meios de comunicação e resultados negativos nas crianças e adolescentes. Doze estudos que avaliaram a quantidade de exposição aos meios de comunicação, 67% relatam uma associação negativa entre os meios de comunicação social e o consumo de álcool nas crianças e adolescentes, havendo uma relação causal negativa a longo prazo.

No que diz respeito á **ocupação de tempos livres** com ao uso de **computador** também não se verifica diferença estatística entre os alunos que utilizam computador e o

consumo de bebidas alcoólicas e, os alunos que não utilizam computador e o consumo de bebidas alcoólicas. O mesmo se aplica ao número de horas que usam o computador. Tanto as crianças que consomem como as que não consomem bebidas alcoólicas despendem cerca de 1 a 3 horas com o computador.

Com base nos resultados obtidos no estudo realizado por Epstein (2011), os adolescentes que consumiram bebidas alcoólicas no último mês, despendeu mais horas por semana com o computador, sem trabalho escolar, do que aqueles que não o fizeram. Como esperado, não houve diferença em horas com base no uso de álcool e o uso do computador para trabalhos escolares. Beber também esteve relacionado com uso do computador em mais redes sociais e a frequência de ouvir / download de música. Estes achados sugerem que tanto a quantidade como o conteúdo do uso do computador foram relacionados ao consumo de álcool na adolescência.

O uso da Internet por crianças é um fenómeno complexo, especialmente no que diz respeito a riscos. A criança procura no computador não só um meio de educação como um meio de diversão.

Segundo Nie e Lutz (2000), a Internet está gerando uma onda de isolamento social nos Estados Unidos e alimentando o fantasma de um mundo sem contato humano ou emoções, "Quanto mais tempo as pessoas passam na Internet, menos tempo gastam com seres humanos de carne e osso".

O estudo europeu de Ponte e Vieira (2008) sobre o uso de internet revela que na União Europeia, mais de metade da população abaixo de dezoito anos usa a Internet, num uso galopante de acordo com a idade: 9% das crianças abaixo dos seis anos; uma em cada três das crianças de seis e sete anos; uma em cada duas com oito e nove anos; mais de quatro em cada cinco crianças, entre os doze e os dezassete anos.

Portugal é o país com valores mais baixos de consumo, dos 18 países envolvidos no estudo atrás mencionado. Para que em futuros estudos a nível nacional, mantenham o decréscimo no consumo de bebidas alcoólicas, a família pode ser considerada como um contexto privilegiado de intervenção em articulação com outros contextos (estilos de vida, localização geodemográfica,...) onde a criança está inserida.

Parece poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objetivos do estudo foram atingidos. Por último, importa reconhecer que dada a escassez de

estudos relacionados diretamente com a relação das variáveis supracitadas, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre a temática “Consumo de bebidas Alcoólicas em Alunos do 1º Ciclo e seus Fatores influenciadores”.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura é escassa sobre o consumo de bebidas alcoólicas em crianças e suas consequências. A maioria da evidência neste campo refere-se a jovens mais velhos (adolescentes e jovens adultos a frequentarem o ensino universitário).

Há uma real necessidade de mais pesquisas relacionadas com crianças mais jovens, atendendo às alterações dos estilos de vida familiares que precipitam o consumo de álcool em idades mais precoces do que a adolescência.

De acordo a revisão sistemática da literatura realizada por Newbury-Birch (2009), a maioria do trabalho de pesquisa sobre o consumo de álcool pelos jovens, utiliza conceitos e medidas não uniformizadas para aquela faixa etária. Este feito impossibilita os investigadores de relacionarem os diferentes níveis de consumo de álcool com as consequências ocorridas nos diferentes domínios. Assim, a investigação futura neste campo deve incluir a medição mais precisa do uso de álcool pelos jovens, para que esta possa ser mais facilmente relacionada com a saúde específica e/ou resultados sociais.

Parece pertinente fazer algumas considerações sobre as limitações do estudo. Esta autocrítica possibilita à autora uma análise de seus atos, dos erros cometidos e das possibilidades de realizar uma autocorreção, desta forma aprimorando as suas habilidades para futuros estudos.

Uma das limitações mais significativas prende-se com a dimensão reduzida da amostra estudada, que limita a generalização dos resultados. Outra limitação é o facto da recolha da amostra ter sido efetuada apenas num local, não obstante tal poder ter benefícios para a instituição em causa, pelo conhecimento que o estudo proporciona sobre as crianças que a frequentam. Acresce que o presente estudo abrangeu uma zona geodemográfica relativamente restrita. Assim sendo, estas limitações levam-nos a considerar os resultados obtidos como preliminares, necessitando de confirmação em outros estudos da mesma índole.

Pensa, no entanto, que os resultados obtidos permitem despertar a comunidade para um conhecimento mais real sobre a problemática do consumo de bebidas alcoólicas em crianças, já que a sua divulgação poderá possibilitar uma intervenção pedagógica no

sentido de acanhar os consumos de bebidas alcoólicas nesta faixa etária bem como diminuir o consumo de bebidas alcoólicas nos jovens

Decorrente do estudo realizado, salientam-se os seguintes resultados:

- As crianças consomem bebidas alcoólicas;
- As crianças possuem conhecimento sobre o efeito negativo, do consumo de bebidas alcoólicas, na saúde;
- O início do consumo ocorre antes dos 10 anos, em média aos 6 anos de idade;
- O padrão de consumo de álcool difere quanto ao género, sendo o género masculino o que apresenta o padrão de consumo mais elevado, com alto significado estatístico;
- O local de início do consumo é em casa seguido do café;
- A maioria das crianças consome bebidas alcoólicas com familiares;
- A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas pelos pais é substancialmente superior à prevalência do consumo de bebidas alcoólicas pelas mães;
- É significativo o valor percentual obtido de irmãos e avós que consomem bebidas alcoólicas;
- A distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com consumo de bebidas alcoólicas pelos pais evidenciou-se estatisticamente significativa;
- O consumo de bebidas alcoólicas tanto pela mãe como pelo pai influencia o consumo de bebidas alcoólicas das crianças comparativamente às crianças que não consomem bebidas alcoólicas;
- O consumo de bebidas alcoólicas pelos pais é um fator muito influenciador sobre o consumo de bebidas alcoólicas pelos rapazes;
- Não se observou relação estatística entre o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e a idade;
- Não se observou relação estatística entre o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o ano de escolaridade;
- Não se observou relação estatística entre o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o sentimento de solidão;

- Não se observou relação estatística entre o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e a ocupação dos tempos livres

É de realçar que estas conclusões se referem a uma amostra específica e não poderão ser inferidas para o total da população, mas poderão contribuir para o planeamento de futuros estudos, nomeadamente na dimensão das relações familiares que se estabelecem nas famílias alcoólicas e na importância das relações pais-filhos para o desenvolvimento saudável das crianças.

Não é pretensão da autora dar resposta e encontrar soluções para um problema tão complexo, mas será mais um contributo a juntar a outros que pretenderam compreender melhor as múltiplas implicações que fatores externos, como por exemplo os estilos de vida das crianças e dos pais, entre outros, podem influenciar o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças.

Sendo uma temática tão pertinente na atualidade, deve-se realçar a importância de lhe dar continuidade através de outros estudos, que a complementem, bem como melhorar certos aspetos que a compõem nomeadamente, estender este estudo a uma amostra de maior dimensão geodemográfica, bem como poderia ser alargado a outras faixas etárias como grupos de controlo, nomeadamente a adolescentes. Utilizar outras estratégias metodológicas, operacionalizar as variáveis de modo mais pormenorizado, alargar horizontes a outras variáveis independentes.

Urge a necessidade de elaborar uma lista de prioridades de promoção, prevenção e ação no que respeita os problemas ligados ao álcool. Estas incluem a necessidade de promover uma maior consciencialização do problema, identificação mais sistemática das crianças/jovens afetados, bem como equipas multidisciplinares devidamente capacitadas para colocar em prática, intervenções de excelência eficientes e eficazes para cada grupo alvo.

As intervenções deverão contemplar áreas da saúde, com maior ênfase nas equipas de família e equipas de saúde escolar, com aprendizagem de competências parentais, apoio psicológico e, área da educação com intervenções sistematizadas e adaptadas ao currículo escolar dos diferentes níveis de ensino.

Todos os parques escolares deveriam ser promotores de saúde, com projetos de educação para a saúde focalizados e individualizados para a população abrangente e

com equipas multidisciplinares das áreas: da saúde (enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, enfermeiro de saúde escolar, médico, psicólogo, núcleo de apoio a crianças e jovens em risco, equipa de intervenção precoce), do serviço social, das forças de segurança (Escola Segura) e das autarquias locais.

Por este motivo, bem como para encorajar uma ação atempada e eficaz, sugere que os novos projetos deverão estar, sempre que possível, intimamente ligados e em rede, com entidades e serviços a nível nacional. A saúde é uma corresponsabilização social, em que todos os sectores estão implicados quando as suas atividades têm impacto sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos. (PNSE, 2006).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Ana Paula - **Alcoolismo Paterno e Comportamento/ Rendimento Escolar dos Filhos - contribuição para o seu estudo**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2003. Disponível em <http://www.repositorio-aberto.up.pt>

ALVES, Hamer – **Adolescência e álcool: não misture**. 2010. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=461>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1996.

ANTÃO, Celeste – **Álcool e Saúde: um encontro do senso comum com a ciência**. Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Ed. Universidade Sénior Contemporânea. Ano V, Volume IV, Número 2. 2011. Disponível em <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6131/1/%c3%81lcool%20e%20Sa%c3%bade%20um%20encontro%20do%20senso%20comum%20com%20a%20Ci%c3%aancia.pdf>

BALSA, Casimiro – **Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2007**. Edição IDT, 2008. Disponível em <http://cesnova.fcsh.unl.pt/cms/files/conteudos/file/IndiceResumo.pdf>

BASTOS, Marta; FIGUEIRA, Filipa; COSTA, Maria – **Avaliação da Solidão nos Jovens Universitários Portugueses**. Cadernos de Consulta Psicológica. 17-18. 2001/2002. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15610/2/32301.pdf>

BREDA, João Joaquim – **Problemas Ligados ao Álcool em Portugal, contributos para uma estratégia compreensiva**. Dissertação de Doutoramento da Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto, 2010. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/44910/2/AlcoolProblemasLigadosAlcoolPTJoaoBredaFCNAUPpdf.pdf>

CABRAL, Lúcia do Rosário - **Consumo de Bebidas Alcoólicas em Rituais / Praxes Académicas**. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas (Saúde Mental) submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2007. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7207/2/Doutoramento%20Lidia%20do%20Rosrio%20Cabral%20Agosto2007.pdf>

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPCJR) - **Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ em 2006**. Disponível em <http://www.cnpcjr.pt/downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Actividade%20das%20CPCJ%20-%202006.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Despacho n.º 12.045/2006 de 7 de Junho. Divisão de Saúde Escolar, DGS. Lisboa, 2006

DONALDSON, Liam - **Guidance for health and social care professionals on the consumption of alcohol by children and young people**. 2009. Disponível em [http://dera.ioe.ac.uk/872/1/dh\\_110256.pdf](http://dera.ioe.ac.uk/872/1/dh_110256.pdf)

DUARTE, João Carvalho - **Privação do Sono, Rendimento Escolar e Equilíbrio Psicoafectivo na Adolescência**. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Saúde Mental, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2008. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19371/6/ndices.pdf>

EPSTEIN, J. A. - Adolescent computer use and alcohol use: What are the role of quantity and content of computer use? *Addictive Behaviors (ADDICT BEHAV)*, 2011 May; 36(5): 520-2. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=127&sid=9e0dc69e-4b83-4e35-bd4e-527c9ac51985%40sessionmgr15&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010960359>

FEIJÃO, Fernanda. - Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista*

Toxicodependências. V. 16, nº 1, p. 29-46. IDT, 2010. Disponível em [http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text3V0116\\_n1E.pdf](http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text3V0116_n1E.pdf)

FEIJÃO, Fernanda – **Relatório ESPAD 2007**. IDT, 2007. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/ESPAD07.pdf>

FEIJÃO, Fernanda - **Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) – 2006. Consumo de Drogas e outras substâncias Psicoativas - Resultados Preliminares**. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/2008/04/18/inqueritoNacMeioEscolar.pdf>

FONTE, Liliana – **A influência das novas formas de comunicação no desenvolvimento sócio emocional das crianças**. 2008. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0405.pdf>

FONTES, Raquel – **Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas crianças e adolescentes. Estudo de impacto de um projeto de intervenção**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2007. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7267/2/xtese4.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de Investigação. Da conceção à realização**. Lusociência, 5ª edição. Loures, 2009.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA, IP (IDT, IP) - **Plano Nacional Resolução Problemas Ligados ao Álcool 2009-2012 (PNRPLA)**. IDT. Lisboa, 2009. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DFF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P. - **Classificação Portuguesa das Profissões 2010**. INE, I.P., Lisboa, 2011. ISBN 978-989-25-0010-2. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2)

HIBELL, Bjorn et al – **The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European Countries**. The Swedish Council for Information on Alcohol

and Other Drugs (CAN), 2009. Disponível em [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf)

LEUNG, A. K. et al - Latchkey children. Journal Of The Royal Society Of Health [J R Soc Health].Vol. 116 (6), pp. 356-9.Canadá, 1996. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=127&sid=a0c97910-960a-419f-97ac-30c009d10f9b%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=8987338>

MATOS, Margarida Gaspar; DINIZ, José; SIMÕES, Celeste - **Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)– Dados Nacionais 2010**. Equipa do Projeto Aventura Social. Lisboa, 2011. Disponível em [http://aventurasocial.com/verartigo.php?article\\_id=66](http://aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=66)

NIE, Norman H.; ERBRING, Lutz - **Internet and Society. A Preliminary Report**. SIQSS, 2000. Disponível em <http://www.bsos.umd.edu/socy/alan/webuse/handouts/Nie%20and%20Erbring-Internet%20and%20Society%20a%20Preliminary%20Report.pdf>

NEEBURY-BIRCH, Dorothy et al - **Impact of Alcohol Consumption on Young People. A Systematic Review of Published Reviews**. Newcastle University 2009. Disponível em <http://dera.ioe.ac.uk/11355/1/DCSF-RR067.pdf>

NUNEZ-SMITH, Marcella et al - Media Exposure and Tobacco, Illicit Drugs, and Alcohol Use Among Children and Adolescents: A Systematic Review. Substance Abuse. Vol 31:174–192, 2010. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=107&sid=9bb26139-61ce-40f2-8018-010b9bb7f3e8%40sessionmgr11>

OLIVEIRA, Margareth; WERLANG, Blanca; WAGNER, Marcia – Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica. Boletim de Psicologia, 2007, Vol. LVII, nº 127: 205-214. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v57n127/v57n127a07.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE – **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE – **European Alcohol Action Plan 2000-2005**. OMS, 2000. Disponível em [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/79402/E67946.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/79402/E67946.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE - **Carta Europeia do Álcool**. OMS, 1995. Disponível em <http://saap.planetaclix.pt/saap/cartaeu.htm>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE - **Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Mental Health Declaration for Europe**. Helsinki, Finland, 2005. Disponível em <http://www.who.dk/mentalhealth2005>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE - **Global status report on alcohol and health 2011**. OMS, 2011. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)

PEREIRA, Maria Manuela – **Consumo de Álcool na Adolescência e Relações Parentais**. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde da Escola Superior de Altos Estudos. 2003. Disponível em <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/99/103>

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**. Edições Sílabo, 5ª edição. Lisboa, 2008.

PING, Wu et al - Alcohol Abuse and Depression in Children and Adolescents. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse. Vo17, n2, p51-69. Nova York, 2008. Disponível em [http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?nfpb=true&&ERICExtSearch\\_SearchValue\\_0=EJ786446&ERICExtSearch\\_SearchType\\_0=no&accno=EJ786446](http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?nfpb=true&&ERICExtSearch_SearchValue_0=EJ786446&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=EJ786446)

PONTE, Cristina; VIEIRA Nelson - **Crianças e Internet, Riscos e Oportunidades Um desafio para a agenda de pesquisa nacional. Projeto EU Kids Online Portugal**. Universidade Nova de Lisboa; Universidade Técnica de Lisboa. 2008. Disponível em [http://www.fcsh.unl.pt/eukidsonline/docs/EU\\_Kids\\_OnlineVersao170707.pdf](http://www.fcsh.unl.pt/eukidsonline/docs/EU_Kids_OnlineVersao170707.pdf)

SOUSA, Fernando et al – **O consumo de bebidas alcoólicas na população escolar juvenil. Modelo de investigação para projectos lectivos.** Edição GAIM, 2008. Disponível em [http://www.gaim.pt/publicacoes/pub\\_2/Livro\\_Final.pdf](http://www.gaim.pt/publicacoes/pub_2/Livro_Final.pdf)

### **LEGISLAÇÃO CONSULTADA**

**Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de Novembro** – aprova o Plano de Ação contra o Alcoolismo 2000-2005.

**Decisão N 1786-2002-Ce do Parlamento Europeu e do Conselho** - aprova um Programa de Ação Comunitária no Domínio da Saúde Pública (2003-2008).

**Decisão N 1350-2007-Ce do Parlamento Europeu e do Conselho** - cria um segundo Programa de Ação Comunitária no Domínio da Saúde Pública (2008-2013).

**Despacho Ministerial n.º 465/2003, de 15 de Dezembro** - aprova o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.

**Despacho n.º 1916/2004 (2ª série) n.º 23 de 28 de Janeiro** – aprova o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida.

**Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro** - Regulamenta as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

**Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro** - Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental

# APÊNDICES



**APÊNDICE I**

**Instrumento de Colheita de Dados - Questionário**



(Não preencher este quadrado)

Nº Questionário

## “Consumo de bebidas alcoólicas em alunos do 2º, 3º e 4º ano do 1º Ciclo”

Enquadrado no programa de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e no Programa de Prevenção de Consumo de Substâncias Psicoativas do Programa Nacional de Saúde Escolar, a aluna do 1º CMESMP, da ESSV a desenvolver um estudo naquela área, vem através deste questionário recolher informação sobre aquilo que tu consideras importante para teres uma vida saudável.

Este questionário é anónimo e todos os dados recolhidos são confidenciais, pelo que agradecemos a tua colaboração.

### GRUPO I

1. És rapaz ou rapariga?

1. Rapaz
2. Rapariga

2. Qual a tua idade? \_\_\_\_\_ anos

3. Em que ano andas? \_\_\_\_\_ ano

4. Qual a profissão dos teus pais? Por favor descreve exatamente o que eles fazem, por exemplo assistente de loja, trabalhador rural, condutor de camiões, dentista, cabeleireiro, professor. Podes escrever “Não sei” ou “Não tem trabalho pago de momento” ou “Desempregado”.

O meu Pai: \_\_\_\_\_ A minha mãe: \_\_\_\_\_

5. Por favor marca quais destas pessoas vivem na tua casa. Se a tua mãe e o teu pai vivem em sítios diferentes, responde pela casa onde passas mais tempo.

Eu vivo com:

1. Mãe
2. Pai
3. Madrasta
4. Padrasto

6. Quantas das seguintes pessoas vivem em tua casa?

1. Irmãs: \_\_\_\_\_
2. Irmãos: \_\_\_\_\_
3. Avós: \_\_\_\_\_

7. Tens alguma doença crónica? (Uma doença para a qual tenhas que tomar medicação todos os dias)

1. Não
2. Sim

7.1. Por favor escreve o nome, se souberes \_\_\_\_\_

8. Tomas algum medicamento diariamente?

1. Não
2. Sim

9. Geralmente, quantas horas de televisão vês por dia? (assinala só uma opção)

1. Nenhuma
2. Menos de 1 hora
3. 2 a 3 horas
4. Mais de 3 horas

10. **Quantas horas por dia geralmente passas em jogos de computador?** (assinala só uma opção)

- 1. Nenhuma
- 2. Menos de 1 hora
- 3. 2 a 3 horas
- 4. Mais de 3 horas

11. **Sentes-te sozinho?** (assinala só uma opção)

- 1. Sim, muitas vezes
- 2. Sim, bastantes vezes
- 3. Raramente
- 4. Nunca

12. **Quantos amigos próximos tens?** (assinala só uma opção)

- 1. Nenhum
- 2. Um
- 3. Dois
- 4. Três ou mais

13. **É fácil ou difícil fazeres novos amigos?** (assinala só uma opção)

- 1. Muito fácil
- 2. Fácil
- 3. Difícil
- 4. Muito difícil

14. **Quanto tempo passas com os amigos fora da escola?** (assinala só uma opção)

- 1. 4 a 5 dias por semana
- 2. 2 a 3 dias por semana
- 3. Uma vez por semana ou menos
- 4. Neste momento não tenho amigos

---

## GRUPO II

15. **As pessoas que vivem contigo consomem bebidas alcoólicas?** (coloca uma cruz para cada pessoa)

	Sim	Não	Não sei	Não tenho
1. Pai				
2. Mãe				
3. Irmã(o)				
4. Outro. Quem? _____				

16. **Escreve as bebidas que os teus pais mais preferem beber.** (podes assinalar mais do que uma opção)

O meu Pai: \_\_\_\_\_ A minha mãe: \_\_\_\_\_

17. **As pessoas que vivem contigo e que consomem bebidas alcoólicas, fazem-no junto a ti?** (coloca uma cruz para cada pessoa)

	Não	Por vezes	Todos os dias
1. Pai			
2. Mãe			
3. Irmã(o)			
4. Outro. Quem? _____			

18. Consideras que beber álcool, apenas de vez em quando, faz mal à tua saúde?

1. Não
2. Sim

19. Na tua opinião, a partir de que idade, beber uma bebida alcoólica às refeições não é prejudicial para a saúde? \_\_\_\_ anos

20. Já provaste alguma bebida alcoólica? (Cerveja, Vinho, Champanhe ...)

1. Não
2. Sim

20.1. Se sim, que idade tinhas quando ingeriste bebidas alcoólicas pela primeira vez? \_\_\_\_\_ anos

**Se NÃO, já terminaste de responder ao questionário.**

**Se SIM, continua a responder as questões que se seguem.**

21. Se já provaste alguma bebida alcoólica, indica quais as bebidas ingeridas e qual a frequência:

	Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente ou nunca
1. Cerveja				
2. Vinho				
3. Licores				
4. Whisky/vodka				
5. Outra. Qual? _____				

22. Quais as razões que te levaram a ingerir bebidas alcoólicas? (assinala só uma opção)

1. Incentivo de familiares
2. Incentivo de amigos
3. Brincadeira
4. Curiosidade

23. No último mês, ingeriste bebidas alcoólicas?

1. Não
2. Sim

24. Quais destas pessoas sabem que ingeres bebidas alcoólicas? (podes assinalar mais do que uma opção)

1. Pai
2. Mãe
3. Irmã (o)
4. Ninguém
5. Outro  Quem? \_\_\_\_\_

25. Habitualmente onde ingeres bebidas alcoólicas? (podes assinalar mais do que uma opção)

1. Casa
2. Café
3. Bar
4. Concertos/festas
5. Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**26. Habitualmente com quem ingeres bebidas alcoólicas?** (podes assinalar mais do que uma opção)

- 1. Sozinho
- 2. Amigos/colegas
- 3. Familiares
- 4. Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**27. Já alguma vez ingeriste bebidas alcoólicas até ficares embriagado?**

- 1. Não
- 2. Sim

**27.1. Se sim, diz quantas vezes ficaste embriagado?** \_\_\_\_\_ vezes.

**Obrigado pela tua colaboração.**

## **APÊNDICE II**

### **Pedido autorização para aplicação Instrumento de Colheita de Dados**



Exmº Sr. Diretor do Conselho Administrativo Provisório

Agrupamento de Escolas de Sátão

C/c: Professor Ricardo Almeida, Coordenador de Departamento do 1º Ciclo

**Assunto:** Aplicação de questionário para estudo investigação

**Autora:** Teresa Maria Correia Gomes

### **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, encontra-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema “*Consumo de bebidas alcoólicas em crianças do 1º ciclo e seus fatores influenciadores*”, sob orientação da Professora Doutora Lúcia Cabral.

A Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e a Prevenção de Consumo de Substâncias Psicoativas são duas das áreas de intervenção do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Decorrente de intervenções realizadas neste âmbito pela Equipa de Saúde Escolar de Sátão (da qual a autora faz parte) em anos letivos anteriores, a mesma detetou, em conjunto com os docentes do 1º Ciclo, vários erros ao nível dos estilos de vida dos alunos a frequentar o referido ciclo, bem como hábitos de consumos de bebidas alcoólicas pelos mesmos.

O estudo atrás mencionado tem como objetivos avaliar em que medida os fatores sociodemográficos dos alunos, os fatores contextuais dos alunos e os fatores de contexto familiar influenciam o consumo de bebidas alcoólicas dos pelos alunos do 2º, 3º e 4º anos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Sátão, no ano letivo 2011/2012.

Neste contexto, solicita a Vª Exª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados durante os meses de Outubro e Novembro de 2011.

Em apêndice, envia um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Para a obtenção de dados para o estudo será aplicado um Questionário, individualmente a cada aluno, durante os meses de Outubro e Novembro, a todos os alunos do 2º, 3º e 4º anos do 1º Ciclo da Escola Básica 1 de Sátão. Aos alunos do 1ºano do referido ciclo, por não saberem ler nem escrever, não lhes será aplicado o questionário.

Este questionário é individual e demora entre 20 a 30 minutos a ser preenchido. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não devem os alunos assinar nem rubricar em lugar algum do questionário.

Para a concretização deste estudo, solicita a colaboração de todos os docentes do referido parque escolar, disponibilizando cerca de 1 hora para cada turma.

Os resultados obtidos com este estudo serão colados à disposição de Vª Exª, caso se coadune com os interesses da instituição que preside.

Agradece uma resposta o mais brevemente possível para cumprir os prazos académicos.

Muito grata pela vossa colaboração e disponibilidade.

Sátão, 17 de Setembro de 2011

*Enfª Teresa Gomes*

(Teresa Maria Correia Gomes – Enfª Equipa Saúde Escolar de Sátão)

**APÊNDICE III**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ALUNOS**



## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ALUNOS

**Tabela 1.** Distribuição da Amostra por Sexo

	N	%
<b>Rapaz</b>	96	54,86
<b>Rapariga</b>	79	45,14
<b>Total</b>	175	100,00

**Tabela 2.** Distribuição da amostra por Sexo e Idade

Idade	Sexo		Rapaz		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<=7anos	27	28,1	29	36,7	56	32,0		
8 anos	43	44,8	23	29,1	66	37,7		
>= 9 anos	26	27,1	27	34,2	53	30,3		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>		

**Tabela 3.** Distribuição da amostra por Sexo e Ano de Escolaridade

Ano Escolaridade	Sexo		Rapaz		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2.º	24	25,0	21	26,6	45	25,7		
3.º	40	41,7	21	26,6	61	34,9		
4.º	32	33,3	37	46,8	69	39,4		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>		

**Tabela 4.** Distribuição da amostra por Sexo e Agregado Parental

Agregado parental	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
	Mãe	95	99,0	78	98,7	173	98,9
	Pai	86	89,6	71	89,9	157	89,7
	Madrasta	-	-	1	1,3	1	0,6
	Padrasto	2	2,1	1	1,3	3	1,7

**Tabela 5.** Distribuição da amostra por Sexo e Agregado familiar (outro)

Agregado familiar (outro)	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	%	N
Irmãs	0	51	53,1	47	59,5	98	56,0
	1	41	42,7	24	30,4	65	37,1
	2	3	3,1	7	8,9	10	5,7
	3	1	1,0	-	-	1	0,6
	4	-	-	1	1,3	1	0,6
Irmãos	0	57	59,4	47	59,5	104	59,4
	1	31	32,3	28	35,4	59	33,7
	2	6	6,2	1	1,3	7	4,0
	3	2	2,1	3	3,8	5	2,9
	4	-	-	-	-	-	-
Avós	0	81	85,3	66	83,5	147	84,5
	1	9	9,5	6	7,6	15	6,9
	2	5	5,3	7	8,9	12	6,9
	3	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-

**APÊNDICE IV**

**CARACTERIZAÇÃO CONTEXTUAL DOS ALUNOS**



## CARACTERIZAÇÃO CONTEXTUAL DOS ALUNOS

**Tabela 6.** Distribuição da amostra por Sexo e Doença Crónica

Doença Crónica	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
	Não	84	87,5	73	92,4	157	89,7
	Sim	12	12,5	6	7,6	18	10,3

**Tabela 7.** Distribuição da amostra por Sexo e Tipo de Doença Crónica

Doença crónica	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	N	%	N
Alergias		2	16,7	1	16,7	3	16,7
Asma		3	25,0	3	50,0	6	33,3
Diabetes tipo 1		1	8,3	1	16,7	2	11,1
Enurese noturna		-	-	1	16,7	1	5,6
Não sabe		4	33,3	-	-	4	22,2
PHDA		1	8,3	-	-	1	5,6
Trauma morte do pai		1	8,3	-	-	1	5,6
Total		12	100,0	6	100,0	18	100,0

**Tabela 8.** Distribuição da amostra por sexo e medicação crónica

Medicação diária	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	%	N
	Não	87	90,6	74	93,7	161	92,0
	Sim	9	9,4	5	6,3	14	8,0

**Tabela 9.** Distribuição da amostra por sexo e número de horas de televisão que vê por dia

Televisão - nº horas/dia	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Nenhuma		10	10,4	3	3,8	13	7,4
< de 1 hora / dia		1	1,0	-	-	1	0,6
2-3 horas / dia		72	75,0	69	87,3	141	80,6
> de 3 horas / dia		13	13,5	7	8,9	20	11,4

**Tabela 10.** Distribuição da amostra por sexo e número de horas que joga/utiliza computador por dia

Computador - nº horas/dia	Sexo		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	22	22,9	25	31,6	47	26,9
< de 1 hora	1	1,0	-	0,0	1	0,6
2-3 horas	67	69,8	50	63,3	117	66,9
> de 3 horas	6	6,2	4	5,1	10	5,7

**Tabela 11.** Distribuição da amostra por Sexo e Sentimento de Solidão

Sentimento Solidão	Sexo		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim muitas vezes	6	6,2	10	12,7	16	9,1
Sim bastantes vezes	6	6,2	5	6,3	11	6,3
Raramente	25	26,0	21	26,6	46	26,3
Nunca	59	61,5	43	54,4	102	58,3

**Tabela 12.** Distribuição da amostra por sexo e números de amigos que têm

Nº Amigos	Sexo		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	3	3,1	5	6,3	8	4,6
Um	11	11,5	10	12,7	21	12,0
Dois	16	16,7	8	10,1	24	13,7
Três ou mais	66	68,8	56	70,9	122	69,7

**Tabela 13.** Distribuição da amostra por Sexo e facilidade em fazer novas amizades

Novas amizades	Sexo		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%
Muito fácil	45	46,9	31	39,2	76	43,4
Fácil	37	38,5	35	44,3	72	41,1
Difícil	12	12,5	11	13,9	23	13,1
Muito difícil	2	2,1	2	2,5	4	2,3

**Tabela 14.** Distribuição da amostra por Sexo e tempo que passa com os amigos fora da escola

<b>Tempo com amigos</b>	<b>Sexo</b>		<b>Rapaz</b>		<b>Rapariga</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
4 – 5 dias / semana	7	7,3	9	11,4	16	9,1		
2 – 3 dias / semana	28	29,2	14	17,7	42	24,0		
1 ou menos dias / semana	61	63,5	56	70,9	117	66,9		



**APÊNDICE V**

**CARACTERIZAÇÃO CONTEXTO FAMILIAR**



## CARACTERIZAÇÃO CONTEXTO FAMILIAR

**Tabela 15.** Distribuição da amostra por Sexo e Profissões dos pais segundo Classificação Portuguesa de Profissões

Profissão pais	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	N	%	N
GG0	Pai	2	2,1	-	-	2	1,1
	Mãe	1	1,0	-	-	1	0,6
GG1	Pai	4	4,2	2	2,5	6	3,4
	Mãe	-	-	2	2,5	2	1,1
GG2	Pai	10	10,4	7	8,9	17	9,7
	Mãe	15	15,6	8	10,1	23	13,1
GG3	Pai	8	8,3	3	3,8	11	6,3
	Mãe	10	10,4	9	11,4	19	10,9
GG4	Pai	2	2,1	2	2,5	4	2,3
	Mãe	3	3,1	3	3,8	6	3,4
GG5	Pai	5	5,2	3	3,8	8	4,6
	Mãe	7	7,3	2	2,5	9	5,1
GG6	Pai	-	-	1	1,3	1	0,6
	Mãe	-	-	-	-	-	-
GG7	Pai	43	44,8	41	51,9	84	48,0
	Mãe	13	13,5	12	15,2	25	14,3
GG8	Pai	8	8,3	3	3,8	11	6,3
	Mãe	-	-	-	-	-	-
GG9	Pai	10	10,4	8	10,1	18	10,3
	Mãe	32	33,3	20	25,3	52	29,7
Desempregado(a)	Pai	3	3,1	7	8,9	10	5,7
	Mãe	15	15,6	23	29,1	38	31,7
Falecido(a)	Pai	1	1,0	2	2,5	3	1,7
	Mãe	-	-	-	-	-	-

A qualificação da profissão dos pais foi realizada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011) alocando-os nos respetivos 9 Grandes Grupos Profissionais:

GG0 – Profissões das Forças Armadas;

GG1 – Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos;

GG2 – Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas;

GG3 – Técnicos e Profissões de Nível Intermédio;

GG4 – Pessoal Administrativo;

GG5 – Trabalhadores dos Serviços pessoais, de proteção e Segurança e Vendedores;

GG6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta;

GG7 – Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices;

GG8 – Operadores de Instalações e máquinas e Trabalhadores da Montagem;

GG9 – Trabalhadores Não qualificados.

As situações de desemprego e de pais falecidos foram agrupadas individualmente.

**Tabela 16.** Distribuição da amostra por Sexo e Consumo de bebidas alcoólicas pelo agregado familiar

Sexo		Rapaz		Rapariga		Total	
Consumo Bebidas pais		N	%	N	%	N	%
Pai	Não	26	27,1	21	26,6	47	26,9
	Sim	67	69,8	54	68,4	121	69,1
	Não sei	2	2,1	2	2,5	4	2,3
	Não tenho	1	1,0	2	2,5	3	1,7
Mãe	Não	65	67,7	58	73,4	123	70,3
	Sim	29	30,2	19	24,1	48	27,4
	Não sei	2	2,1	2	2,5	4	2,3
	Não tenho	-	-	-	-	-	-
Irmã(o)	Não	63	66,3	47	59,5	110	63,2
	Sim	7	7,4	7	8,9	14	8,9
	Não sei	1	1,1	1	1,3	2	1,1
	Não tenho	24	25,3	24	30,4	48	27,6
Outro	Não	4	17,4	3	16,7	7	17,1
	Sim	8	34,8	5	27,8	13	31,7
	Não sei	2	8,7	1	5,6	3	7,3
	Não tenho	9	39,1	9	50,0	18	43,9

**Tabela 17.** Distribuição da amostra por Sexo e Tipo de bebidas alcoólicas que os pais preferem beber

Sexo		Rapaz		Rapariga		Total	
Tipo Bebidas pais		N	%	N	%	N	%
Pai	Água	21	12,00	13	7,4	35	19,4
	Sumo	20	11,4	21	12,0	41	23,4
	Vinho	44	25,1	39	22,3	83	47,4
	Cerveja	38	21,7	19	10,8	57	32,5
Mãe	Água	65	37,1	54	30,8	119	67,9
	Sumo	22	12,5	23	13,1	45	25,6
	Vinho	18	10,3	13	7,4	31	17,7
	Cerveja	10	5,7	5	2,8	15	8,5

**Tabela 18.** Distribuição da amostra por sexo e frequência do consumo de bebidas alcoólicas pelo agregado familiar, junto das crianças

Sexo		Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Consumo pais junto crianças</b>							
Pai	Não	3	4,3	3	5,3	6	4,8
	Por vezes	41	59,4	33	57,9	74	58,7
	Todos os dias	25	36,2	21	36,8	46	36,5
Total		69	100,0	57	100,0	126	100,0
Mãe	Não	6	16,7	7	26,9	13	21,0
	Por vezes	21	58,3	14	53,8	35	56,5
	Todos os dias	9	25,0	5	19,2	14	22,6
Total		36	100,0	26	100,0	62	100,0
Irmã(o)	Não	13	72,2	7	53,8	20	64,5
	Por vezes	5	27,8	6	46,2	11	35,5
	Todos os dias	-	-	-	-	-	-
Total		18	100,0	13	100,0	31	100,0
Outro (avós)	Não	2	22,2	-	-	2	13,3
	Por vezes	5	55,6	2	33,3	7	46,7
	Todos os dias	2	22,2	4	66,7	6	40,0
Total		9	100,0	6	100,	15	100,0



**APÊNDICE VI**

**CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**

**PELOS ALUNOS**



## CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS PELOS ALUNOS

**Tabela 19.** Distribuição da amostra por Sexo e Opinião dos alunos sobre o efeito negativo do álcool na saúde

Opinião sobre efeito negativo do álcool na saúde	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
	Não	41	42,7	23	29,1	64	36,6
	Sim	55	57,3	56	70,9	111	63,4

**Tabela 20.** Distribuição da amostra por sexo e opinião dos alunos sobre a idade em que se pode iniciar o consumo bebidas alcoólicas

Opinião idade	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
	<= 18 anos	40	41,7	23	29,1	63	36,0
	19 - 28 anos	25	26,0	28	35,4	53	30,3
	>= 29 anos	31	32,3	28	35,4	59	33,7

**Tabela 21.** Distribuição da amostra por Sexo e Consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos, alguma vez

Consumo de álcool alguma vez	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
	Não	56	58,3	63	79,7	119	68,0
	Sim	40	41,7	16	20,3	56	32,0

**Tabela 22.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas, por sexo e idade em que ingeriu bebidas alcoólicas pela primeira vez

Idade consumo 1ª vez	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
	5 anos	7	17,5	2	12,5	9	16,1
	6 anos	17	42,5	7	43,8	24	42,9
	7 anos	12	30,0	5	31,2	17	30,4
	>= 8 anos	4	10,0	2	12,5	6	10,7
	Total	40	100,0	16	100,0	56	100,0

**Tabela 23.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo, tipo de bebidas alcoólicas ingeridas e sua frequência

Tipo de bebidas		Sexo		Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Cerveja	Todos os dias	1	3,4	-	-	1	2,4		
	Todas as semanas	1	3,4	-	-	1	2,4		
	Todos os meses	3	10,3	1	8,3	4	9,8		
	Raramente ou nunca	24	82,8	11	91,7	35	85,4		
Vinho	Todos os dias	-	-	-	-	-	-		
	Todas as semanas	1	3,7	-	-	1	2,8		
	Todos os meses	2	7,4	1	11,1	3	8,3		
	Raramente ou nunca	24	88,9	8	88,9	32	88,9		
Licores	Todos os dias	-	-	-	-	-	-		
	Todas as semanas	-	-	-	-	-	-		
	Todos os meses	-	-	-	-	-	-		
	Raramente ou nunca	3	100,0	6	100,0	9	100,0		
Whisky/Vodka	Todos os dias	-	-	-	-	-	-		
	Todas as semanas	-	-	-	-	-	-		
	Todos os meses	-	-	-	-	-	-		
	Raramente ou nunca	2	100,0	1	100,0	3	100,0		
Champanhe	Todos os dias	-	-	-	-	-	-		
	Todas as semanas	-	-	-	-	-	-		
	Todos os meses	-	-	-	-	-	-		
	Raramente ou nunca	15	100,0	8	100,0	23	100,0		
Vinho Doce	Todos os dias	-	-	-	-	-	-		
	Todas as semanas	-	-	-	-	-	-		
	Todos os meses	-	-	-	-	-	-		
	Raramente ou nunca	4	100,0	5	100,0	9	100,0		
Aguardente	Todos os dias	-	-	-	-	-	-		
	Todas as semanas	-	-	-	-	-	-		
	Todos os meses	-	-	-	-	-	-		
	Raramente ou nunca	1	100,0	1	100,0	2	100,0		

**Tabela 24.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e fatores influenciadores que as levaram ao consumo de bebidas alcoólicas

Fatores precipitantes	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Incentivo de familiares		12	30,0	5	31,2	17	30,4
Incentivo de amigos		-	-	-	-	-	-
Brincadeira		16	40,0	4	25,0	20	35,7
Curiosidade		12	30,0	7	43,8	19	33,9

**Tabela 25.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e o consumo de bebidas alcoólicas no último mês

Consumo de álcool último mês	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Não		29	72,5	12	75,0	41	73,2
Sim		11	27,5	4	25,0	15	26,8

**Tabela 26.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e pelas pessoas que sabem do consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos

Pessoas que sabem do consumo	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Pai		31	79,5	13	86,7	44	81,5
Mãe		28	70,0	12	75,0	40	71,4
Irmã(o)		10	34,5	7	53,8	17	40,5
Ninguém		3	37,5	2	100,0	5	50,0
Outros (Avós)		9	9,3	2	2,6	11	6,3

**Tabela 27.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e local de consumo de bebidas alcoólicas.

Local de consumo	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Casa		29	72,5	10	62,5	39	69,6
Café		6	15,0	7	43,8	13	23,2
Bar		1	2,5	1	6,2	2	3,6
Festas familiares/amigos		25	62,5	11	68,8	36	64,3
Outros		1	1,0	-	-	1	0,6

**Tabela 28.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e pessoas com as quais ingerem bebidas alcoólicas

Companhia para consumo	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Sozinho		6	15,0	2	12,5	8	14,3
Amigos/Colegas		6	15,0	6	37,5	12	21,4
Colegas		2	5,00	-	-	2	3,6
Familiares		37	92,5	14	87,5	51	91,1
Outros		1	1,0	-	-	1	0,6

**Tabela 29.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e estado de embriaguez

Embriaguez	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Não		37	97,4	16	100	53	98,1
Sim		1	2,6	-	-	1	1,9
Total		38	100,0	16	100,0	54	100,0

**Tabela 30.** Distribuição da amostra de crianças que consomem bebidas alcoólicas por sexo e o número de vezes que ficou embriagado(a)

Nº de Embriaguezes	Sexo	Rapaz		Rapariga		Total	
		N	%	N	%	N	%
Nº de embriaguezes		1	100,0	-	-	1	100,0

**APÊNDICE VII**

**ANÁLISE INFERENCIAL**



## ANÁLISE INFERENCIAL

**Tabela 31.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o sexo da amostra.

Sexo	Consumo	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%	N	%		
	Rapaz	56	47,1	40	71,4	96	54,9	9,132	0,003
	Rapariga	63	52,9	16	28,6	79	45,1		
	Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 32.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e a idade da amostra

Idade	Consumo	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%	N	%		
	<= 7 anos	36	30,3	20	35,7	56	32,0	0,522	0,770
	8 anos	46	38,7	20	35,7	66	37,7		
	>= 9 anos	37	31,1	16	28,6	53	30,3		
	Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 33.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o ano de escolaridade frequentado pela amostra

Ano Escolaridade	Consumo	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%	N	%		
	2º ano	25	21,0	20	35,7	45	25,7	4,313	0,116
	3º ano	44	37,0	17	30,4	61	34,9		
	4º ano	50	42,0	19	39,4	69	39,4		
	Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 34.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o uso de televisão pela amostra

Televisão	Consumo	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%	N	%		
	Não vê televisão	7	5,9	6	10,7	13	7,4	1,293	0,256
	Vê televisão	112	94,1	50	89,3	162	92,6		
	Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 35.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o número de horas despendidas com televisão

Consumo Nº horas televisão	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
Não vê televisão	7	5,9	6	10,7	13	7,4	3,388	0,184
Vê 1 – 3 horas	101	84,9	41	73,2	142	81,1		
Vê mais de 3 horas	11	9,2	9	16,1	20	11,4		
Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 36.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e o uso de computador pela amostra

Consumo Computador	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
Não joga computador	33	27,7	14	25,0	47	26,9	0,145	0,704
Joga computador	86	72,3	42	75,0	128	73,1		
Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 37.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o número de horas despendidas com computador

Consumo Nº horas computador	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
Não joga computador	33	27,7	14	25,0	47	26,9	0,402	0,818
Joga 1 – 3 horas	80	67,2	38	67,9	118	67,4		
Joga mais de 3 horas	6	5,0	4	7,1	10	5,7		
Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 38.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o Sentimento de Solidão pela amostra

Consumo Sentimento Solidão	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	18	15,1	9	16,1	27	15,4	0,048	0,976
Raramente	31	26,1	15	26,8	46	26,3		
Nunca	70	58,8	32	57,1	102	58,3		
Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 39.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com o número de amigos da amostra

Consumo Nº amizades	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<= 1 amigo	18	15,1	11	19,6	29	16,6	1,009	0,604
2 amigos	18	15,1	6	10,7	24	13,7		
>= 3 amigos	83	69,7	39	69,6	122	69,7		
Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 40.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com tempo despendido com os amigos

Consumo Tempo com amigos	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
4-5 dias / semana	8	6,7	8	6,7	16	9,1	3,423	0,181
2-3 dias / semana	27	22,7	15	26,8	42	24,0		
1 ou menos dias / semana	84	70,6	33	58,9	117	66,9		
Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 41.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com consumo de bebidas alcoólicas pelos pais

Consumo Consumo pais	Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Pai e mãe não bebem</b>	42	35,3	9	16,1	51	29,1	8,817	0,032
<b>Pai e mãe ambos bebem</b>	26	21,8	19	33,9	45	25,7		
<b>Pai bebe e mãe não bebe</b>	50	42,0	26	46,4	76	43,4		
<b>Pai não bebe e mãe bebe</b>	1	0,8	2	3,6	3	1,7		
<b>Total</b>	119	100,0	56	100,0	175	100,0		

**Tabela 42.** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças com consumo de bebidas alcoólicas pelos pais junto das crianças

Consumo Consumo pais junto filhos		Não		Sim		Total		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%	N	%		
Pai	Por vezes	16	61,5	7	36,8	23	51,1	2,680	0,102
	Todos os dias	10	38,5	12	63,2	22	48,9		
Mãe	Por vezes	20	76,9	13	68,4	33	73,3	0,406	0,524
	Todos os dias	6	23,1	6	31,6	12	26,7		

