



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA E EDUCAÇÃO

**Compreender a abstinência e o consumo de álcool  
entre escolares dos ensinos básico e secundário**

**Maria Aurora Barata Boné**

Orientação: Prof. Doutor Jorge Bonito

**Mestrado em Educação**

Área de especialização: *Educação para a Saúde*

Dissertação

Évora, 2014

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA E EDUCAÇÃO**

**Compreender a abstinência e o consumo de álcool  
entre escolares dos ensinos básico e secundário**

**Maria Aurora Barata Boné**

Orientação: Prof. Doutor Jorge Bonito

**Mestrado em Educação**

Área de especialização: *Educação para a Saúde*

Dissertação



## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	6
ÍNDICE DE FIGURA .....	7
AGRADECIMENTOS.....	10
RESUMO .....	11
<i>ABSTRACT</i> .....	12
ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS .....	13
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO .....	15
1.1. Introdução .....	15
1.2. Plano geral da dissertação.....	15
1.3. Contexto geral da investigação .....	17
1.4. Problema de investigação.....	17
1.5. Objetivos do estudo .....	20
1.6. Questões de investigação.....	20
1.7. Importância do estudo.....	21
1.8. Limitações do estudo .....	22
CAPÍTULO 2. QUADROS TEÓRICO E CONCEPTUAL .....	23
2.1. Introdução .....	23
2.2. Delimitação do problema .....	23
2.3. Acerca do consumo do álcool .....	25
2.3.1. Enquadramento geral .....	25
2.3.2. Epidemiologia do consumo de álcool.....	27
2.4. Acerca do álcool.....	37
2.4.1. Bebidas alcoólicas .....	37
2.4.2. Classificação dos consumos.....	38
2.4.3. Alteração no padrão de consumo de bebidas alcoólicas.....	39
2.5. Álcool e saúde .....	42
2.5.1. Efeitos imediatos .....	43
2.5.2. Efeitos a longo prazo .....	44
2.5.3. Síndrome de Dependência do Álcool.....	45

2.5.4. Morbilidade e mortalidade associada ao consumo de álcool .....	48
2.6. Significância do consumo alcoólico entre os jovens.....	48
2.7. Modelos teóricos explicativos das causas da adição .....	53
2.7.1. Teorias biológicas .....	54
2.7.2. Teorias psicológicas.....	55
2.7.3. Teorias sociológicas.....	57
2.8. Álcool e o quadro legal .....	61
2.8.1. A condução .....	64
2.8.2. A publicidade.....	65
2.9. Prevenção do consumo de álcool.....	67
CAPÍTULO 3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO .....	71
3.1. Introdução .....	71
3.2. Descrição do estudo.....	71
3.3. Caracterização dos casos múltiplos.....	74
3.4. Instrumentos.....	76
3.5. Recolha da informação.....	86
3.6. Análise da informação .....	87
CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	89
4.1. O hábito de abstinência do consumo de álcool .....	89
4.1.1. Dimensão pessoal: fatores individuais .....	89
4.1.2. Dimensão ambiental: fatores promotores do hábito de consumo alcoólico .....	92
4.1.3. Dimensão sociocultural: fatores microssociais.....	96
4.1.4. Dimensão sociocultural: fatores macrossociais.....	103
4.1.5. Dimensão sociocultural: representações sociais.....	105
4.1.6. Dimensão sociocultural: perceção dos riscos em saúde.....	106
4.2. O hábito de consumo de álcool .....	111
4.2.1. Dimensão pessoal: fatores individuais .....	111
4.2.2. Dimensão ambiental: fatores promotores do hábito de consumo alcoólico .....	115
4.2.3. Dimensão sociocultural: fatores microssociais.....	120
4.2.4. Dimensão sociocultural: fatores macrossociais.....	128
4.2.5. Dimensão sociocultural: representações sociais.....	129
4.2.6. Dimensão sociocultural: perceção dos riscos em saúde.....	131

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	139
5.1. Introdução .....	139
5.2. Conclusões .....	139
5.3. Contributo para a educação para a saúde .....	144
5.3.1. Comunidade escolar .....	145
5.3.2. Comunidade local .....	146
5.3.3. Polícias .....	146
5.4. Sugestões para investigações futuras .....	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149

## ÍNDICE DE TABELAS

Página   6	Tabela 1 - Experimentação do consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas (PLV) no 3CEB e no ES. Percentagem. ....	29
	Tabela 2 - Consumo de álcool (PLV) por grupo etário. Percentagem. ....	30
	Tabela 3 - Consumo de álcool (P12M) por grupo etário. Percentagem.....	30
	Tabela 4 - Consumo de álcool (PLV) em Portugal e por região. Percentagens. ....	31
	Tabela 5 - Consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes. Percentagens. ....	33
	Tabela 6 - Consumo de álcool (PLV-P30D-P12M) por grupo etário, em 2011. Percentagem. ....	33
	Tabela 7 - Embriaguez (PLV-P12M-P30D) por grupo etário. Percentagem. ....	34
	Tabela 8 - Embriaguez entre os alunos do 3CEB (PLV-P12M-P30D) em Portugal e Regiões. Percentagem.....	35
	Tabela 9 - Embriaguez nos alunos do ES (PLV-P12M-P30D) em Portugal e Regiões. Percentagem. ....	35
	Tabela 10 - Correspondência de álcool puro entre algumas bebidas.....	38
	Tabela 11 - Alterações provocadas pelo consumo de bebidas alcoólicas em órgãos vitais. ....	44
	Tabela 12 - Efeitos do nível crescente de álcool no sangue (mg/100 ml). ....	45
	Tabela 13 - Consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (P30D), por sexo. Percentagem.....	63
	Tabela 14 - Caracterização dos sujeitos participantes no estudo. ....	75
	Tabela 15 - Primeira parte da entrevista. ....	79
	Tabela 16 - Segunda parte da entrevista. ....	80
	Tabela 17 - Terceira parte da entrevista.....	81
	Tabela 18 - Quarta parte da entrevista.....	82
	Tabela 19 - Quinta parte da entrevista. ....	84

## **ÍNDICE DE FIGURA**

Figura 1. Fluxograma da comparação de multicaseos.....	73	Página   7
--	----	------------



*The social psychology of this century reveals a major lesson: often it is not so much the kind of person a man is as the kind of situation in which he finds himself that determines how he will act.*

Stanley Milgram (1974, citado em Cherry, 2014)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de qualquer forma intencional e implícita, apoiaram este meu percurso, perante todas as vicissitudes que a vida me proporcionou, em particular:

- à minha família pelo incentivo e pela compreensão sempre carinhosamente demonstrados, no decurso da edificação deste trabalho e na tolerância do tempo que lhes furtei à convivência e cuidados;
- ao Prof. Doutor Jorge Bonito, pelos permanentes ensinamentos sábios, pelo encorajamento, pelo empenho na orientação deste trabalho, e pelo sossego com que esperou a sua conclusão, lembrando-me, amiúde, o aforismo de Winston Churchill, de que “o pessimista vê dificuldade em cada oportunidade; o otimista vê oportunidade em cada dificuldade”.
- ao Diretor da escola onde decorreu esta investigação, pela colaboração e pelo acolhimento demonstrados;
- aos Encarregados de Educação dos adolescentes que participaram nesta investigação, esperando que este trabalho contribua para a promoção da saúde dos seus educandos; e, finalmente,
- aos alunos que participaram neste estudo, pelo acolhimento e pela disponibilidade. Que ao longo da sua vida recordem a máxima de Sócrates, que “se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença”.

## RESUMO

O *Global Status Report on Alcohol and Health* (2011) apresenta como objetivo a redução do uso nocivo do álcool. Portugal é, em 2012, o 2.º país do Mundo com maior nível de consumo de álcool *per capita*. Este fenómeno observa-se, também, de forma preocupante, entre faixas etárias precoces. O Alentejo constitui a região que regista maiores consumos entre os escolares. Este estudo procurou perceber o papel das representações dos alunos do 8.º, 10.º e 12.º anos acerca dos efeitos do álcool, e das suas atitudes face à abstinência e ao consumo. Desenvolveu-se um estudo multicasos, com recurso a 30 entrevistas numa escola do Alentejo. Os resultados apontam que as consequências da ingestão alcoólica tendem a contribuir para o consumo e para o hábito de abstinência. Associadas à influência do grupo de pertença, o incumprimento do legislado e o deficitário controlo pelas entidades competentes, resultam na experimentação e na manutenção do hábito de consumo.

**UNDERSTAND THE ABSTINENCE AND ALCOHOL CONSUMPTION  
AMONG STUDENTS OF PRIMARY AND SECONDARY EDUCATION**

**ABSTRACT**

*The Global status report on alcohol and health, published in 2011, aimed at reducing the levels of harmful use of alcohol. In 2012 Portugal was considered the second country in the world with the highest level of alcohol consumption per capita. Alarmingly, this phenomenon was found to start from early ages. The Alentejo was the region that registered the highest rate of alcohol intake among schoolchildren. This study sought to understand the role of students' representations of 8th, 10th and 12th grade about the effects of alcohol, and their attitudes towards abstinence vs. consumption. We developed a multicase study, interviewing 30 subjects in a school of Alentejo. The results indicate that the consequences of alcohol consumption tend to contribute to that consumption and the habit of abstinence. Factors such as the influence of group membership, breaches on legislation and the poor control by the competent authorities, lead to an increase in experimenting and continuous intake of such substances.*

## ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

3CEB – Terceiro ciclo do ensino básico

*DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECATD – Estudo sobre o Consumo do Álcool, Tabaco e Drogas

ES – Ensino Secundário

*ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*

*HBSC/WHO – Health Behaviour in School-aged Children/World Health Organization*

*ICD – International Classification of Diseases*

IMC – Índice de Massa Corporal

INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar

INSA – Instituto Nacional de Saúde

*IREFREA – European Institute of Research on the Risk Factors in Infancy and Adolescence*

*OECD – The Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS – Organização Mundial de Saúde

P12M – Prevalência nos últimos 12 Meses

P30D – Prevalência nos últimos 30 Dias

PLV – Prevalência ao Longo da Vida

SDA – Síndrome de Dependência do Álcool

*SHE – Schools for Health in Europe*

SNC – Sistema Nervoso Central

TAS – Taxa de Álcool no Sangue

*WHO – World Health Organization*



## **CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO**

---

### **1.1. Introdução**

Neste capítulo faz-se a contextualização da investigação desenvolvida, cujo resultado é a presente dissertação de mestrado. Como tal, dá conta do plano geral da dissertação (1.2), do contexto geral da investigação (1.3), da identificação do problema de investigação (1.4), dos objetivos (1.5), das questões de investigação (1.6), da importância do estudo (1.7) e das respetivas limitações (1.8).

### **1.2. Plano geral da dissertação**

As técnicas e os instrumentos de recolha de dados utilizados na investigação foram, de um modo geral, orientados para dois objetivos. Constituíram, para a investigadora, formas de reduzir os problemas teóricos, determinando-os com maior exatidão, e aperfeiçoando, neste caso, a ciência de que se ocupa e, em cumulativamente, um meio prático para encontrar uma solução racional de um problema concreto. Foram, em consequência, definidas as seguintes etapas metodológicas:

#### **Etapa 1 – Revisão da literatura e elaboração de textos**

Iniciou-se por uma análise combinada de algumas das ideias e dos conceitos apresentados por variados autores, em bibliografia publicada, acerca de determinados temas que concorrem para a problemática em debate, nas diversas áreas de abordagem. Gradualmente, a par das leituras analíticas e críticas, iniciou-se a redação do fundamento teórico e concetual da investigação.

## Etapa 2 – Guiões de entrevista

Construção e validação dos dois guiões de entrevista compreensiva que avaliaram as motivações inerentes à abstinência e ao consumo de bebidas alcoólicas e as representações dos estudantes sobre os efeitos do consumo de álcool.

## Etapa 3 – Realização das entrevistas

Realização de entrevistas compreensivas semiestruturadas aos participantes no estudo.

## Etapa 4 – Tratamento e análise da informação

Aplicação de um conjunto de tratamentos, com análise de conteúdo das entrevistas efetuadas e elaboração de relatórios-síntese. Procurou-se inferir o significado, indo além do expressado diretamente, numa tentativa de descoberta de teores ocultos mais profundos, com o fito de conhecer o conteúdo real e não ficar apenas pelo aparente.

## Etapa 5 – Escrita da dissertação

Redação do relatório final da investigação, sob a forma de dissertação.

### 1.3. Contexto geral da investigação

O trabalho que se apresenta pretende diagnosticar as principais motivações dos escolares inerentes à abstinência e ao consumo de bebidas alcoólicas e, na continuação, avaliar as suas representações relativamente aos efeitos desse consumo. Reuniu, para isso, informação numerosa e pormenorizada, o quanto possível, no sentido de abranger o máximo da situação e fazer uma análise em profundidade do tipo introspetivo. Face à díade abstinente *versus* consumidor, o modo de investigação eleito foi o da comparação multicasos (De Bruyne, Herman & De Schoutheete, 1975), visando descobrir divergências entre os vários casos.

A investigação envolveu alunos do 8.º, do 10.º e do 12.º anos de escolaridade, de uma escola secundária com 3.º ciclo do ensino básico do distrito de Évora. A partir da exploração de entrevistas, interpretou-se a relação entre o “sentido subjetivo da ação, o ato objetivo (práticas sociais) e o contexto social em que decorrem as práticas em análise” (Guerra, 2006, p. 31), com o objetivo de se descobrirem linhas de força pertinentes relativamente às atitudes de abstinência e de consumo dos alunos.

### 1.4. Problema de investigação

O consumo de álcool tem um caráter marcadamente social gozando, por isso, de um largo espetro de aceitação, particularmente entre a população do mundo ocidental. Porém, padrões de consumo que são socialmente aceites ou tolerados, na verdade, correspondem, amiúde, a excessos, com consequências adversas. Alguns dos efeitos são quase imediatos (por exemplo, entre uma panóplia extensa, a sensação de euforia e de desinibição, o estado de sonolência, a visão turva, a redução da capacidade de reação, a fadiga muscular) enquanto outros podem manifestar-se a longo prazo, alterando de modo crónico diversos órgãos vitais e associar-se a patologia (por exemplo, anemia, miocardite, hepatite e hepatopatia, gastrite e avitaminoses). A

perturbação psíquica não é descartada, desde delírios, insónias, cismas e até encefalopatias com deterioração psico-orgânica.

O consumo excessivo de álcool pode conduzir a estados de intoxicação etílica, manifestada num quadro de sinais e sintomas. Surgem comportamentos desadaptados (por exemplo, deterioração da capacidade de raciocínio e da atividade social) e sensações próprias do estado (por exemplo, mudanças do estado de humor). Embora a existência de tolerância seja um fator a considerar, em casos mais graves o etilismo agudo pode conduzir à inconsciência, à hipotermia e à hipoglicemia, com depressão cardiorrespiratória e risco eminente de morte. Outras consequências, provocadas pelo abuso do álcool, são as depressões, os acidentes de viação, a violência familiar, o insucesso escolar, a instabilidade e o absentismo laboral, os comportamentos criminosos, alterações da ordem pública e até o suicídio.

De acordo com Matos, Carvalhosa, Reis e Dias (2001), a ingestão regular ou abusiva de álcool parece associar-se a fatores individuais, que se agregam a outros comportamentos promotores de risco em saúde, em ambiente social, designadamente familiar e escolar. Presentemente, o álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo. O consumo de bebidas alcoólicas, entre os mais jovens, segundo o *World Development Report*, ultrapassa os 60% (The International Bank for Reconstruction and Development, 2007).

Dados do relatório do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – The 2007 ESPAD Report* (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi et al., 2009), revelam que o consumo esporádico excessivo, durante os 30 dias que antecederam a aplicação dos questionários, sofreu um incremento entre 1995 e 1999, e um considerável aumento no intervalo entre 2003 e 2007. Entre as raparigas, o consumo oscilou entre 35% e 42%. O aumento de consumo esporádico excessivo, em Portugal, no período compreendido entre 2001 e 2007, foi o mais expressivo entre os 35 países europeus participantes no estudo revelando uma ascensão de 25% para 56%.

Os dados do Inquérito Nacional em Meio Escolar (Feijão, 2010) permitem a caracterização pormenorizada dos consumos dos alunos do 3.º ciclo do ensino

básico (3CEB) e do secundário (ES) registados nas diversas regiões de Portugal entre 2001 e 2006. Os resultados revelam uma quebra da percentagem de alunos que já tomaram uma qualquer bebida alcoólica. Entre os estudantes do 3CEB e os do ES observam-se reduções de 67% para 60% e 91% para 87%, respetivamente. Os dados mostram, também, uma relativa manutenção nas percentagens dos adolescentes consumidores nos últimos 12 meses (49% e 48% no 3CEB e 76% e 79% no ES). No mesmo período é considerável o aumento na prevalência dos que tomaram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (de 25% para 32% entre os escolares do 3CEB e de 45% para 58% entre os do ES).

Os dados do último estudo do *HBSC/WHO* (Matos, Simões, Camacho, Tomé, Ferreira, Ramiro et al., 2012), relativo a 2010, divulgam um decréscimo do consumo semanal de bebidas destiladas de 1,9% relativamente a 2002, sendo o Alentejo a região onde o consumo iguala a 5,8%, valor 4,1 pontos percentuais acima da região do Algarve, que regista o menor consumo semanal. É no Alentejo, também, onde se verifica a maior taxa de embriaguez entre os alunos (Feijão, 2010).

Tendo por base este diagnóstico, e considerando que, durante muitos anos, os estudos realizados sobre o consumo de álcool se cingiam, apenas, ao homem adulto, consideramos ser oportuna uma investigação e reflexão sobre esta problemática, num concelho da região portuguesa onde se verifica, a mais elevada taxa de intoxicações etílicas. Buscamos compreender as motivações para o uso e para a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas em adolescentes do 3CEB e do ES bem como o nível das suas representações acerca do consumo e dos efeitos dessa prática, quer seja sobre o organismo, quer seja sobre as suas competências sociais e escolares. Parece-nos premente não apenas a descrição da realidade mas uma postura analítica e a reconstrução do sentido deste atual fenómeno social.

## 1.5. Objetivos do estudo

Neste trabalho foram definidos dois grandes objetivos:

1. Comparar as motivações dos jovens escolares para a abstinência e para o consumo de álcool;
2. Conhecer as representações dos alunos acerca das consequências do consumo de bebidas alcoólicas a nível individual, familiar, social, económico, e no seu desempenho académico.

## 1.6. Questões de investigação

Com base nas leituras exploratórias realizadas, formulou-se a seguinte pergunta de partida que orienta este estudo:

*Como se relacionam as motivações e as representações dos adolescentes acerca dos efeitos do álcool (sobre o organismo e nas redes de inter-relações sociais) com as suas atitudes face à abstinência e ao consumo?*

A envolvimento e amplitude desta problemática permitem que se formulem subquestões derivadas da questão-problema principal, como as que se seguem:

1. Quais são as representações dos alunos sobre os efeitos sociais, fisiológicos e patológicos do consumo de álcool?
2. Que motivações e que atitudes manifestam os adolescentes relativamente à abstinência e ao consumo de bebidas alcoólicas?
3. Quais são os hábitos de consumo dos alunos (tipo de bebida, período de ingestão, ocasião)?
4. Que razões impelem à abstinência e ao consumo de bebidas alcoólicas?

### **1.7. Importância do estudo**

O consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes, durante os fins de semana, de forma compulsiva resultando muito frequentemente em embriaguez, tem-se edificado, como padrão de consumo desviante daquele que era prática há algumas décadas. Crê-se que a mudança de atitudes e de comportamentos respeitantes à alteração de estilos de vida é um processo que se mostra difícil e moroso. Para tal, parece fundamental uma abordagem integrada que afete as várias dimensões das causas do problema e, para a sua efetivação, é essencial, para além do conhecimento dos dados alcançados pela diversidade e extensão de estudos realizados, a compreensão das motivações individuais promotoras da atual realidade.

Página | 21

Pensamos que um deficitário empoderamento dos diversos atores a par da escassez de estruturas e de recursos sólidos, concorrerá para que dificilmente famílias e instituições efetivem o percurso de promoção de estilos de vida promotores de saúde. Considera-se urgente a potenciação e o desenvolvimento de uma política de ação integrada pelas características evolutivas que a problemática do consumo alcoólico apresenta. A política de combate ao consumo de bebidas alcoólicas parece-nos reclamar a integração de várias entidades, designadamente dos profissionais de saúde, dos educadores, de legisladores e de entidades de responsabilidade social. A observação e o contacto que estabelecemos com adolescentes, integrados em grupos de pertença, onde o álcool marca presença em festas e encontros, estimula-nos ao desenvolvimento do presente trabalho. Em consequência, enceta-se um percurso, mediante uma abordagem compreensiva, com vista à contribuição para mudança de atitudes dos adolescentes face ao consumo de bebidas alcoólicas.

## 1.8. Limitações do estudo

Em virtude de alguns constrangimentos que temos, próprios da simultaneidade da realização desta investigação com a nossa atividade docente, em horário completo, a definição da unidade e do terreno de observação foi objeto de alguma preocupação e reflexão que procuraram evitar riscos que colocassem em causa o próprio estudo. Sendo este conjunto de estudos dedicados ao conhecimento das representações e dos hábitos de consumo dos jovens estudantes, surgia como natural o aluno como unidade de observação.

Sendo a escolha do terreno de investigação função dos interesses pessoais e das condições e possibilidades de trabalho da investigadora, a decisão que se tomou a este nível foi condicionada particularmente pelas leituras exploratórias. Face ao relato do primeiro contacto com as bebidas alcoólicas e ao *boom* do seu consumo anos mais tarde, o terreno de investigação ficou, assim, delimitado, com os alunos dos 8.º, 10.º e 12.º anos de escolaridade. A definição da amostragem por casos múltiplos foi condicionada pela proximidade do local onde residimos e exercemos docência.

## **CAPÍTULO 2. QUADROS TEÓRICO E CONCEPTUAL**

---

### **2.1. Introdução**

No presente capítulo é apresentada a revisão da literatura. Procede-se, em primeiro lugar, à delimitação do problema (2.2), seguido da abordagem do consumo de álcool (2.3), o enquadramento geral (2.3.1) e a epidemiologia do consumo (2.3.2). Na continuação, apresenta-se uma análise sobre o fenómeno do consumo de álcool (2.4), com a abordagem das bebidas (2.4.1), a classificação dos consumos (2.4.2) e a alteração no padrão de consumo (2.4.3). São tratadas as consequências sobre a saúde (2.5) e a significância do consumo alcoólico entre os adolescentes (2.6). Realiza-se a análise de modelos teóricos explicativos das causas de iniciação da adição (2.7). Trata-se, depois, o quadro legal do álcool (2.8) e encerra-se o capítulo com a abordagem da prevenção (2.9).

### **2.2. Delimitação do problema**

O fascínio de experimentar substâncias que interferem com o psiquismo percorre a história da Humanidade. O consumo destas tem-se revelado, no decurso dos tempos, como promotor de êxtase ao nível sensorial, de alterações individuais, de atenuação ou destaque de características pessoais, da superação de limites ou terapia para males físicos e da alma (Ferreira-Borges & Filho, 2004). Em consequência, os efeitos patológicos das bebidas fermentadas são conhecidos desde tempos remotos. Diógenes Laercio (citado em González de Pablo (1992) refere que “Pitágoras chama à embriaguez pernície do entendimento. Reprova a intemperança dizendo que nada deve exceder-se da justa medida, em bebidas nem em comidas” (p. 58). De acordo com Mello, Barrias e Breda (2001), na Antiguidade desconheciam-se os

fenómenos associados à Síndrome da Dependência do Álcool (SDA), embora se considerasse desejável evitar a embriaguez, assumida como perturbação.

A partir de 1850, em França, desenvolveu-se a noção de doença associada ao alcoolismo, começando a preocupação com o aumento médio anual do consumo de álcool. Ainda assim, em Espanha, Pedro Valsecchi, na obra *El moderno destilador-licorista*, publicada em 1888, considera que com o álcool:

*las facultades morales se exaltan, el espíritu se aviva, la concepción y el pensamiento son más rápidos. (...) Comunica expansión y alegría y hace olvidar momentáneamente los sinsabores de la vida. (...) Es un buen medicamento para corroborar un estómago debilitado por prolongadas inapetencias o por una alimentación mala o insuficiente, para facilitar la digestión de manjares indigestos, confortar el sistema nervioso afectado por padecimientos morales y comunicar grato consuelo a los miembros transidos de frío. (1888, p. 77)*

Os problemas por abuso de substâncias sem dependência foram introduzidos na 3.<sup>a</sup> edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III*) e na versão 8 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (*International Classification of Diseases – ICD-8*). Na *ICD-8*, a adição ao álcool surge como um estado de dependência física e emocional, com períodos de consumo pesado e incontrolável, nos quais a pessoa sente um impulso para beber e sintomas de abstinência quando cessa o consumo (Gigliotti & Bessa, 2004).

Em Portugal, existe uma tradição vitivinícola com larga história, seguindo o exemplo dos demais países europeus mediterrânicos. Beber vinho faz parte dos nossos costumes e das nossas tradições, exercendo um importante papel desde o quotidiano da mesa até à celebração dos momentos mais importantes da vida. Por outro lado, o consumo de cerveja, entre os adolescentes, é atualmente uma prática comum, com níveis de consumo que excedem os relativos ao vinho. Não fica de parte, neste contexto, o inferior grau de alcoolemia da cerveja e o menor custo para o mesmo volume comparativamente ao vinho.

A SDA é atualmente considerado um problema social e coletivo e, por isso, encarado como um grave problema de saúde pública. Diversos contextos

estimulam a prática da ingestão alcoólica enquanto medidas contrárias o desaprovam ou proíbem. A dilatação da variedade de bebidas alcoólicas, paralela ao incremento do discurso anti álcool que se verifica em alguns setores, resulta da disponibilidade de maiores rendimentos, da ampliação da sociedade de consumo, a par da globalização.

Com alguma naturalidade e passividade, a água na mesa de refeição passou a ocupar um lugar menor, para dar espaço a refrigerantes (sumos com e sem gás, não naturais, extratos de cola, etc.), para crianças e adultos, e neste último grupo, a cerveja, vinho e bebidas destiladas (aguardentes, *whisky*, etc.).

Na verdade, tem-se perdido, em muitos círculos, as práticas de apreciação de bebidas alcoólicas, adequada e moderadamente consumidas, degustando-se, para se cair em excessos de consumo e de comportamentos de risco associados. Schuckit (1991) afirma que, de entre as três substâncias mais consumidas no mundo ocidental, o álcool é a que se apresenta como mais destruidora.

A tarefa da problematização na definição da ingestão alcoólica nos adolescentes não se apresenta simples. É, porém, prioritária perante o incentivo, nos últimos 30 anos, do consumo e de comportamentos derivados dos efeitos do álcool nas gerações de jovens (Breda, 1997). Trindade e Correia (1999) consideram que a ingestão de bebidas alcoólicas, a curto, médio e longo prazo, diminui o rendimento escolar, elevando o risco de surgirem outros problemas de saúde.

## **2.3. Acerca do consumo do álcool**

### **2.3.1. Enquadramento geral**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), classifica o consumo excessivo de álcool como uma ameaça à saúde pública mundial. Considera-se grave, no nosso país, o problema do consumo de álcool pelo elevado número de

consumidores, sendo estes cerca de 600 mil alcoólicos e 750 mil consumidores excessivos (Portal da Saúde, 2008b).

A produção de álcool e de etanol pode acontecer por fermentação do açúcar presente em produtos vegetais, tais como frutos, caules e raízes ou ainda por destilação. Supõe-se que o consumo alcoólico seja tão antigo como a história da Humanidade (IDT, 2008). Na revolução Neolítica, a produção agrícola e o avanço de novas técnicas de fermentação terão sido os responsáveis pelo surgir do álcool nas diferentes civilizações, chegando a atingir um caráter religioso. São disso exemplo, Baco (*Bάκχος*) e Dionísio (*Διώνυσος*), deuses do vinho do mundo greco-latino. Nos rituais cristãos, a utilização do vinho é frequente.<sup>1</sup> O mesmo aconteceu com os Aztecas, a religião familiar chinesa, o Hinduísmo e a Religião Tradicional Banta. Há que registar, também, o fenómeno universal da taberna (*taberna*), desde os sumérios, e que durou em Portugal até ao último quartel do século XX. Nestes espaços populares, produzia-se ou mantinha-se uma reserva de álcool para ali ser consumida, acompanhada de algum tipo de alimento, assumindo dessa forma o papel de espaço promotor de relações de atividades públicas e de caráter mais ou menos político. Após o álcool, o tabaco, no século XVIII, e outras drogas que surgiram, já no século XIX, as novas substâncias psicoativas já adquiriram um papel de destaque.

Foram os árabes quem produziu, primeiramente, álcool destilado, mas o seu desenvolvimento industrial aconteceu nos países cristãos mediterrânicos no século XII, ficando no século XIV a tecnologia implantada e desenvolvida no restante espaço europeu. A industrialização, o desenvolvimento das comunicações e das tecnologias no século XIX difundiram ainda mais este mercado, que atingiu um destaque definitivo, ao mesmo ritmo a que se vai desenvolvendo a sociedade de consumo no século XX. Porém, alguns problemas vão surgindo e, em consequência, decorrem iniciativas com vista à redução do consumo do álcool, na sociedade sendo disso exemplo a proibição

---

<sup>1</sup> O vinho usado para fins litúrgicos tem características específicas. É proveniente da videira e não pode resultar da manipulação de outros frutos nem ser quimicamente produzido. O teor de álcool não pode ultrapassar os 18%.

nos Estados Unidos da América, nos anos de 1920, e as campanhas de prevenção, a partir da década de 1960, nos países desenvolvidos.

### 2.3.2. Epidemiologia do consumo de álcool

*2.3.2.1. O consumo de álcool no mundo.* Segundo a *OECD Health Data (2011)*, a França, com um consumo de 13,3 litro *per capita*, é o país com maior consumo de álcool entre a população com 15 ou mais anos de idade. Apenas a uma décima deste valor, estão Portugal e a Áustria: 12,2 litro *per capita*. A média de consumo é de 9,1 litro *per capita* nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Todavia, assistiu-se a uma diminuição de 18% no consumo, no período que decorreu entre 1980 e 2009. Entre os países participantes do *ESPAD* (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi et al., 2012), 70% ou mais dos estudantes inquiridos já ingeriu álcool pelo menos uma vez ao longo da sua vida.

O *Global Status Report on Alcohol and Health (WHO, 2011)* apresenta evidências sobre o consumo de álcool, as consequências e as intervenções políticas, em mais de uma centena de países. Este relatório mundial objetiva a redução do uso nocivo do álcool, apresentando medidas com o fim de diminuir o impacto na saúde em consequência da ingestão alcoólica.

Um estudo qualitativo realizado por Gordo, Beltrán, Lillo, Lourenzo e Lourenzo (2012), em duas escolas espanholas do ensino básico, teve como objetivo conhecer a perceção do risco do consumo de drogas e a sua influência nas atitudes e comportamentos. Os resultados indicam que os adolescentes não reconhecem o álcool como uma substância psicoativa. O primeiro contacto acontece com 12-13 anos. As principais razões promotoras da ingestão são sentimentos de invulnerabilidade e de pressão dos grupos. Os efeitos negativos mais considerados são os riscos de relações sexuais, de acidentes de trânsito e a desistência de estudos. Os entrevistados solicitam mais acessibilidade aos serviços de saúde. O estudo concluiu que as estratégias de

saúde devem atender as expectativas dos adolescentes e não apenas informação.

Graffigna, Gambetti e Bosio (2011) desenvolveram um estudo qualitativo em Brescia (Itália), com o objetivo de avaliar as condições de eficácia da comunicação ambiental para prevenir práticas não seguras. Os resultados indicam a capacidade potencial deste tipo de comunicação na sensibilização dos adolescentes para condutas seguras. Porém, a comunicação teve pouco impacto na percepção dos perigos de conduzir sob o efeito do álcool. Para maior eficácia, a comunicação preventiva deve incorporar comunicação mais complexa, articulada e projetada de acordo com uma compreensão profunda e da ecologia de contextos sociais reais, especialmente as formas como os adolescentes utilizam nos espaços públicos.

*2.3.2.2. O consumo de álcool entre os adolescentes.* A Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 1989), adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989, no seu artigo 1.º, considera criança todo o indivíduo com idade inferior a 18 anos, exceto se a lei nacional outorgar a maior idade mais prematuramente. Portugal ratificou esta Convenção em 21 de setembro de 1990, vigorando na ordem interna, nos termos do n.º 2 do artigo 8.º da Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto (sétima revisão constitucional).

O pioneiro no estudo do período evolutivo da adolescência foi o psicólogo Granville Stanley Hall, elaborando as primeiras teorias em 1904 (Ferreira & Nelas, 2006). A adolescência é um período de crescimento e de desenvolvimento céleres, que decorre entre os 10 e os 19 anos de idade (Adolescent Health Committee, 2003; WHO, 2013), durante o qual se sucedem mudanças físicas, emocionais e sexuais. Os adolescentes não formam um grupo homogêneo. As suas necessidades variam de acordo com o seu desenvolvimento, sexo e condições socioeconómicas do meio em que estão integrados (WHO, 2009). As alterações físicas e psicológicas que decorrem

neste período proporcionam comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis necessários ao desenvolvimento (Ferreira & Nelas, 2006). De acordo com Sprinthall e Collins (1999), neste período a necessidade do grupo de pertença é considerável. Este facto apresenta um significativo contributo no desenvolvimento e, por outro lado, exerce uma considerável influência no indivíduo. Como elemento do grupo, a pessoa espelha-se noutros e encontra experiências semelhantes, o que contribuiu para o incumprimento das exigências definidas pelos adultos. Porém, processam-se alterações comportamentais a fim de delimitar o seu lugar no grupo de pertença (Calafat & Munar, 1999). A adolescência corresponde, por excelência, a um período de risco para os primeiros contactos com as substâncias psicoativas. Isto deve-se ao facto dos adolescentes quererem experienciar o que é novo, procurar novas emoções, fortes desafios e encontrar respostas nessas novas experiências para a sua vida (Gaudet, 2006). Na sociedade portuguesa, entre a maioria dos segmentos da população, o consumo de álcool é um comportamento normalizado. A abstinência é olhada, em alguns setores, como estranha. Por isso, o álcool não é sentido, a par do tabaco, como se de uma verdadeira substância psicoativa se tratasse (Cabral, 2007).

Em Portugal, a prevalência ao longo da vida (PLV) do consumo de álcool destaca-se relativamente à PLV do consumo de tabaco e de substâncias ilícitas, entre os alunos que frequentam o 3CEB e o ES (Tabela 1).

Tabela 1 - *Experimentação do consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas (PLV) no 3CEB e no ES. Percentagem.*

Ano	Álcool		Tabaco		Substâncias Ilícitas		
	Nível de Ensino	3CBE	ES	3CEB	ES	3CEB	ES
2001		67	91	49	70	14	28
2006		60	87	35	55	8	20
2011		67	93	38	64	10	29

Fontes: Feijão (2011a) e Feijão (2011b).

Um estudo de Balsa, Vital, Urbano, Barbio e Pascueiro (2008), realizado em 2007 de âmbito nacional, envolvendo 15 000 entrevistados com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, revela que cerca de 48,3% dos

participantes têm consumos de 4 a 6 bebidas numa só ocasião, pelo menos uma vez no último ano, não se considerando qualquer risco associado a esta prática. Percebe-se, desta forma, a tolerância da comunidade para o consumo de álcool e, em simultâneo, a condenação dos comportamentos que o mesmo gera. No período compreendido entre 2001-2007, a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas sofreu um incremento de 75,6% para 79,1%. O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (ECATD) mostra uma quebra na experimentação no ano de 2011, observando-se igual tendência na prevalência nos últimos 12 meses (P12M) (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Consumo de álcool (PLV) por grupo etário. Percentagem.

	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos
2003	47,2	63,7	77,2	85,2	90,8	93,5
2007	50,5	69,1	79,8	87,5	92,1	93,8
2011	37,3	54,7	72,4	82,1	88,3	90,8

Fonte: Feijão, Lavado e Calado (2011).

Tabela 3 - Consumo de álcool (P12M) por grupo etário. Percentagem.

	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos
2003	34,1	50,7	65,9	75,7	84	86,5
2007	36,5	56,5	70	81	86,8	90
2011	27,3	45,4	62,7	75,8	82,5	86,5

Fonte: Feijão, Lavado e Calado (2011).

Verifica-se um aumento global das percentagens de consumidores ao nível da experimentação e dos consumos recentes e atuais, entre os alunos do 3CEB e do ES, no período entre 2003-2007 registando-se, em oposição, um decréscimo entre 2007-2011.

Em 2001, cerca de 30% da população enceta o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15-17 anos de idade, tendo essa proporção aumentado para 40% em 2007 (Balsa et al., 2008). No estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (Matos et al., 2012), numa amostra de 5050 alunos portugueses, 42% dos adolescentes afirmam ter ingerido bebidas alcoólicas pela primeira vez entre os

12-13 anos de idade e cerca de 62% afirma ter experimentado a sua primeira embriaguez por volta dos 14 anos.

A idade de iniciação ao consumo de álcool, considerando os anos de 2007 para 2011 não se altera, mantendo-se entre os 12-13 anos (Hibell et al., 2012). No entanto, regista-se um decréscimo na percentagem de experimentação, em todos os grupos etários e sexos, rondando os 37% para os alunos com 13 anos e 91% para os estudantes com 18 anos. A ingestão parece tender para maior precocidade.

Relativamente ao período entre 1995-1996, os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005-2006 (INSA, 2006) mostram um incremento da percentagem de consumidores de bebidas alcoólicas na região Alentejo,<sup>2</sup> enquanto nas demais regiões do país a tendência é inversa. A taxa de prevalência de consumo de álcool pelos alunos do 3CEB e do ES aumentou entre 2001-2006 (Tabela 4).

Tabela 4 - Consumo de álcool (PLV) em Portugal e por região. Percentagens.

		Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira
2001	3CEB	67	65	67	68	74	72	73	61
	ES	91	89	90	92	94	94	92	87
2006	3CEB	60	57	58	60	77	68	69	59
	ES	87	84	90	87	95	93	92	87

Fonte: Feijão (2010).

Segundo os dados do Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), de 2001 e 2006 (Feijão, 2008) regista-se uma diminuição da percentagem de alunos que já consumiram álcool. No mesmo período, encontra-se uma certa estabilidade na P12M registando-se, porém, um aumento na P30D no 3CEB e no ES. Os

<sup>2</sup> A região portuguesa do Alentejo é formada pelos distritos administrativos de Portalegre, Évora e Beja, metade sul do distrito de Setúbal e parte do distrito de Santarém. É a maior região de Portugal, correspondendo a 33% do continente. Tem 733 327 habitantes, segundo os Censos de 2011 (INE, 2012).

dados de 2002 e de 2006 do inquérito *HBSC/WHO* (Matos, 2008; Matos, Carvalhosa, Reis & Dias, 2001), com amostras de 6131 e 4877 alunos, respetivamente, relativos aos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, sugerem que, em geral, tanto os adolescentes que já experimentaram, como os consumidores regulares e abusivos de álcool mostram um perfil de distanciamento relativamente à família, à escola e à convivência com os colegas em meio escolar, apresentando mais frequentemente experimentação e consumo de tabaco e de substâncias ilícitas e vínculo a lutas e situações de violência na escola.

Considerando a totalidade dos países participantes no *ESPAD* (Hibell et al. 2009), pelo menos dois terços dos estudantes ingerem álcool pelo menos uma vez ao longo da sua vida (PLV), com uma média próxima dos 90%. Os valores médios relativos às ingestões de álcool da P12M são de 82% e da P30D e 61%. Estes números mantêm-se praticamente estabilizados entre 1995 e 2007 no que se refere aos níveis de PLV e P12M, enquanto os relativos à P30D aumentam até 2003, apresentando uma ligeira redução em 2007, particularmente entre os rapazes.

Portugal apresenta uma tendência crescente contínua na ingestão esporádica excessiva, durante os últimos 30 dias desde 1995 até 2007. Este consumo é mais comum entre os rapazes, diferença que diminui em 2007. O incremento mais significativo entre 2003 e 2007 regista-se em Portugal, aumentando de 25% para 56% a percentagem de estudantes que refere o consumo esporádico excessivo durante os últimos 30 dias. Em quase todos os países participantes neste estudo, os rapazes consomem maiores quantidades de álcool que as raparigas. A cerveja é a bebida mais ingerida representando cerca de 40% da totalidade das bebidas alcoólicas consumidas no último dia de consumo, seguida das bebidas espirituosas, com 30% e do vinho com 13% (Tabela 5). Entre os rapazes, a cerveja é a bebida mais consumida. As raparigas repartem os seus consumos pelos vários tipos de bebidas, constituindo as bebidas espirituosas um terço do consumo total.

Tabela 5 - Consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes. Percentagens.

Tipo de bebida	Todos os dias				Todas as semanas/meses				Raramente			
	1998	2002	2006	2010	1998	2002	2006	2010	1998	2002	2006	2010
Cerveja	1	0,8	1	0,5	11,1	7,6	8,6	7,8	87,9	91,5	90,4	91,7
Vinho	0,8	0,7	0,7	0,4	2,4	2,4	2,1	2,1	96,8	96,9	97,2	97,5
Espirituosas	0,4	1	0,7	0,3	9,6	11,3	10,5	9,9	90	87,7	88,8	89,8
Alcoopops	-		0,5	0,3	-	-	9,1	6,0	-	-	90,4	93,7
Outras	-		0,7	0,4	-	-	5,6	5,3	-	-	93,6	94,3

Fontes: Currie et al. (2000, 2004, 2008, 2012).

Página | 33

No período entre 1998-2010, na panóplia de bebidas ingeridas, difundida por estudos nacionais, destaca-se a cerveja como a eleita diariamente pelos adolescentes portugueses, com exceção do ano de 2002. As bebidas espirituosas dominam, as ingestões semana/ mês, a partir de 2002.

O último estudo do *HBSC/WHO*, referente a 2010, revela uma diminuição do consumo semanal de bebidas destiladas de 1,9% comparativamente a 2002, registando-se o Alentejo como a região onde o consumo iguala 5,8%, o que supera em 4,1% a região do Algarve, que regista o menor consumo semanal (Matos et al., 2012). De acordo com Feijão, Lavado e Calado (2011), é igualmente no Alentejo que se verifica a maior taxa de embriaguez entre os alunos. Os dados revelam que as prevalências do consumo de bebidas alcoólicas aumentam com a idade (Tabela 6).

Tabela 6 - Consumo de álcool (PLV-P30D-P12M) por grupo etário, em 2011. Percentagem.

	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos
PLV	36,5	54,6	72,1	82,2	88,1	90,6
P12M	26,9	45,2	62,5	75,8	82,4	86,3
P30D	12,6	25,1	39,7	53,1	60,3	70,1

Fonte: Feijão, Lavado e Calado (2011).

Feijão, Lavado e Calado (2011) no estudo acerca do consumo de álcool, tabaco e drogas (ECATD), do *European School Survey on Alcohol and other Drugs* verificam que, entre os estudantes com idades compreendidas entre os 16-18 anos se observa um incremento dos consumos mais intensivos (consumo de maior quantidade de bebidas destiladas e mais embriaguez),

registando-se o mais expressivo o incremento entre as raparigas de 2007 para 2011. A experimentação do consumo de álcool apresenta PLV, entre os 8% aos 13 anos e os 54% aos 18 anos e, na P30D, entre os 2% aos 13 anos e os 23% aos 18 anos.

O mesmo estudo mostra uma diminuição no consumo de cerveja, por parte dos escolares com idades compreendidas entre 16 e os 18 anos (embora se registre um aumento na faixa dos 13-15 anos) e um aumento do consumo de bebidas destiladas. O consumo de vinho diminui em todas as faixas etárias.

Cerca de 8% dos rapazes e apenas 4% das raparigas refere que já se embriagou quatro vezes ou mais, pertencendo a maior parte ao 10.º ano de escolaridade (Matos et al., 2012). Cerca de 45% dos adolescentes apresenta uma P30D de um ou dois consumos e aproximadamente 26% três ou mais consumos. Relativamente à embriaguez nos últimos 30 dias, verifica-se uma prevalência de 13,5% para uma a duas vezes e 4,5% para três vezes ou mais. Os dados mais recentes, revelam um incremento nas prevalências de embriaguez com o aumento da idade (Tabela 7).

Tabela 7 - Embriaguez (PLV-P12M-P30D) por grupo etário. Percentagem.

	<b>13 anos</b>	<b>14 anos</b>	<b>15 anos</b>	<b>16 anos</b>	<b>17 anos</b>	<b>18 anos</b>
PLV	8,2	15,8	25,3	38,5	47	53,6
P12M	5,6	13	19,4	31,2	37,6	43,9
P30D	2	5,2	8,2	14,4	15,5	22,6

Fonte: Feijão, Lavado e Calado (2011).

É entre os alunos com 18 anos de idade que as prevalências atingem valores mais dilatados (Tabela 7). De entre as regiões portuguesas, é o Alentejo que apresenta as maiores prevalências de embriaguez quer entre os escolares do 3CEB (Tabela 8) quer entre os do ES (Tabela 9).

Tabela 8 - *Embriaguez entre os alunos do 3CEB (PLV-P12M-P30D) em Portugal e Regiões. Percentagem.*

		Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira
PVL	rapazes	14	12	13	13	26	16	24	17
	raparigas	12	9	11	13	24	14	22	16
P12M	rapazes	12	10	12	11	23	14	21	14
	raparigas	11	8	9	11	21	12	19	14
P30D	rapazes	7	6	8	6	16	8	13	7
	raparigas	6	4	7	6	13	5	10	8

Página | 35

Fonte: Feijão, Lavado e Calado (2011).

Tabela 9 - *Embriaguez nos alunos do ES (PLV-P12M-P30D) em Portugal e Regiões. Percentagem.*

		Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira
PVL	rapazes	49	43	53	47	66	49	56	47
	raparigas	37	28	40	39	55	50	47	37
P12M	rapazes	43	38	49	41	61	43	50	40
	raparigas	32	23	35	34	48	43	39	30
P30D	rapazes	26	22	30	23	44	28	28	23
	raparigas	17	11	20	17	29	24	20	14

Fonte: Feijão, Lavado e Calado (2011).

A região Norte é a que regista valores mais reduzidos. Nos períodos de consumo, o mesmo estudo revela que 37% dos alunos consome bebidas alcoólicas preferencialmente aos fins de semana e à noite. Verifica-se uma diminuição do consumo regular de álcool, mas não do seu abuso episódico (*binge drinking*).

O fenômeno da influência dos preços das bebidas foi estudado em alguns países como, por exemplo, em Inglaterra (Betts & Scott, 2005) e na Holanda (van Hoof, van Noordenburg & de Jong, 2008), revelando-se que, em consequência da diminuição do custo, ocorre um aumento do consumo. Os mesmos estudos indicam que os adolescentes que consideram fácil falar, tanto com o pai como com a mãe, dando-lhes conhecimento para onde vão sair, apresentam comportamentos mais saudáveis. Os adolescentes que declaram que a família os apoia e auxilia a tomar decisões, e que têm amigos com quem compartilhar alegrias e tristezas, também apresentam comportamentos mais saudáveis.

Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) realizaram um estudo sobre jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 15-35 anos, que frequentam ambientes recreativos noturnos e verificam que estes saem aproximadamente seis noites por mês, que corresponde a uma média de mais do que uma noite por fim de semana. Frequentam entre 2-3 locais de diversão em cada noite. Estas saídas noturnas prolongam-se entre 5-6 horas. Em cada noite, os jovens despendem, em média, de 16 euro. Aproximadamente 96% dos jovens escolhe os ambientes recreativos com base, na eventualidade de encontrar amigos e cerca de 59% valoriza o acesso a bebidas alcoólicas de preço reduzido, como importante fator de seleção do espaço de diversão. Os referidos autores apontam, ainda, que cerca de 52% dos adolescentes afirma ter-se embriagado nas últimas 4 semanas, em média 1,75 vezes.

Comparando os últimos três INME, de 2001, 2006 e 2011 (Feijão, 2011a), a experimentação de bebidas alcoólicas pelos alunos do 3CEB varia entre descidas seguidas de subidas. Verifica-se a estabilização da taxa de ocorrência de embriaguezes, que é de 13%, em 2011. Entre estes alunos assiste-se a um aumento das prevalências de consumo de todas as bebidas alcoólicas na P12M, e a descida da percentagem de embriaguezes que atinge 7%, em 2012. Na P30D há um aumento de consumidores de cerveja, uma estabilização da ingestão de bebidas destiladas e, considerando apenas os últimos 5 anos, uma estabilização do consumo de vinho.

Entre os alunos do ES (Feijão, 2011b), nos últimos 10 anos aconteceram variações na experimentação, sendo mais significativas as descidas seguidas de subidas no consumo de bebidas destiladas. Destaca-se o aumento da ocorrência das embriaguezes de 34% para 42% entre 2006 e 2011. A P12M do consumo de cerveja e vinho aumenta continuamente, nos últimos 10 anos. Entre 2006 e 2012 verifica-se o aumento da prevalência de consumo das bebidas destiladas e dos *alcopops*<sup>3</sup> e a diminuição das embriaguezes. Na P30D, a última década regista aumentos continuados e significativos na ingestão de todas as bebidas alcoólicas. Em 2011, metade dos alunos do ES público toma cerveja ou bebidas destiladas, mais de 25% bebeu vinho.

No ano de 2011, em Portugal, foram internadas 12 crianças com idades inferiores a 9 anos, em consequência de ingestão excessiva de álcool (Mendes, 2013).

## 2.4. Acerca do álcool

### 2.4.1. Bebidas alcoólicas

O regime que estabelece a disponibilização, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, foi recentemente revisto, com a publicação do Decreto-Lei n.º 50/2013 de 16 de abril. No diploma são definidos os conceitos de alguns tipos de bebidas (artigo 2.º):

a) “Bebidas alcoólicas”, cerveja, vinhos, outras bebidas fermentadas, produtos intermédios, bebidas espirituosas ou equiparadas e bebidas não espirituosas tal como definidas na alínea c);

b) “Bebida espirituosa”, toda a bebida que seja como tal definida pelo Regulamento (CE) n.º 110/2008, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de janeiro de 2008, ou toda a bebida a esta equiparada nos termos do artigo 66.º do Código dos Impostos Especiais de Consumo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 73/2010, de 21 de junho;

---

<sup>3</sup> Vocábulo que descreve certas bebidas alcoólicas aromatizadas, incluindo bebidas de malte, nas quais foram adicionados vários sumos de frutas ou outros aromas; bebidas contendo vinho, às quais foram adicionados ingredientes como sumo de frutas ou outros aromas (refrigerantes de vinho); e bebidas destiladas que contenham ingredientes de álcool e agregados, como sumo de frutas ou outros aromas.

c) “Bebida não espirituosa”, toda a bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0,5 % vol., mas inferior ao definido para as bebidas referidas na alínea anterior.

As bebidas fermentadas advêm da fermentação de sumos açucarados, por ação de leveduras. São exemplos destas bebidas, o vinho, a cerveja, a água-pé e a cidra. As bebidas destiladas derivam de um processo de evaporação, seguido de condensação das bebidas fermentadas ou de álcool contido no produto que resulta da vinificação, de forma a obter uma bebida com maior concentração alcoólica. São exemplos destas bebidas o *gin*, a *vodka*, o *rum* e a aguardente.

A percentagem volumétrica de álcool puro contida numa bebida define a graduação alcoólica da mesma. Objetivando quantificar o consumo de álcool foi estabelecido o conceito de medida padrão. As bebidas alcoólicas apresentam diferentes graduações. Os copos usados para as distintas bebidas garantem quantidades análogas de álcool, correspondendo a uma unidade de bebida padrão com cerca de 10 a 12 grama de álcool puro. Este facto facilita a quantificação de unidades de bebida consumidas (Portal da Saúde, 2011). Em Portugal, a correspondência é sensivelmente a seguinte (Tabela 10):

Tabela 10 - *Correspondência de álcool puro entre algumas bebidas.*

<b>Bebida</b>	<b>Cerveja</b>	<b>Vinho</b>	<b>Aperitivo</b>	<b>Aguardente</b>
Graduação alcoólica	6°	12°	20°	40°
Capacidade do copo	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5 dl
Álcool puro	12 g	12 a 13 g	10 a 12 g	14 a 16 g

Fonte: Mello, Barrias e Breda (2001).

#### 2.4.2. Classificação dos consumos

De acordo com a *WHO* (1994), os comportamentos perante o álcool poderão classificar-se em:

a) abstinência – privação do consumo de bebidas alcoólicas;

- b) consumo não nocivo – consumo até 20 g de álcool/dia, não consumindo em pelo menos dois dias/semana;
- c) consumo de risco – padrão de consumo do qual poderá resultar dano físico ou psíquico; se se mantiver;
- d) consumo nocivo – padrão de consumo que causa danos físicos e psíquicos sem que preencha as características da dependência;
- e) dependência – padrão de consumo que integra aspetos clínicos e comportamentais que podem evoluir depois do uso repetido de álcool: enorme vontade de ingerir bebidas alcoólicas; consumo descontrolado, continuação do consumo apesar dos efeitos; prejuízo de atividades e obrigações, aumento da tolerância ao consumo de álcool e sintomas de carência quando o consumo é interrompido.

#### 2.4.3. Alteração no padrão de consumo de bebidas alcoólicas

As experiências com o álcool são relativamente comuns entre os adolescentes a nível global. A ingestão numa fase anterior à idade adulta é, todavia, por norma desencorajada na maioria dos países, apesar dos adolescentes serem introduzidos no consumo de álcool em idades precoces em algumas sociedades. Esta iniciação acontece geralmente no seio familiar e no contexto das refeições ou festas. Tal abordagem integrativa e relativamente permissiva para beber é comumente encontrada em culturas mediterrânicas (Araoz, 2004; Heath, 2000). De acordo com Meloni e Laranjeira (2004), o padrão variável de consumos de álcool relaciona-se com a cultura, o país, o sexo, a faixa etária, as regras sociais e o grupo de pertença.

A tendência de redução do consumo de vinho, verificado em Portugal, acompanhada pelo acréscimo do consumo de cerveja acontece também noutros países mediterrânicos (Babor, 2009). Calafat (2002) afirma que, apesar das diferenças económicas e culturais, as evoluções dos consumos atingiram semelhanças em países como Portugal, Espanha, França, Itália e Grécia. No

período compreendido entre 1970 e o ano 2000, o consumo de cerveja, no nosso país, registou um incremento de 390% e o das bebidas destiladas 180% (Mello, Barrias & Breda, 2001). Assinala-se também, segundo Vinagre e Lima (2006), a crescente precocidade do consumo assim como o aumento de ingestão entre os indivíduos do sexo feminino.

Novas experiências e fenómenos surgem, como é o caso do *binge drinking*, cujo objetivo é produzir, unicamente, um estado de rápida embriaguez (Renaud, 2001). De acordo com Anderson (2008), *binge drinking* caracteriza-se pela ingestão de cinco ou mais bebidas numa ocasião, ou seja, 50 g de álcool. Segundo *The european school survey project on alcohol and anoder drunks* (Hibell et al., 2012), esta prática é adotada por 22% por cento da população nacional, numa média do estudo de 39%.

“*El botellón*” é a expressão castelhana para o consumo de elevada quantidade de álcool num curto período (Calafat, 2007). Este tipo de consumo tem apresentado um crescente incremento em Espanha, num período recente. Trata-se de uma rutura com os anteriores padrões de consumo antevendo-se que, num futuro próximo, se constitua como um hábito típico de consumo entre jovens e adolescentes, que crescendo o mantenham até à idade adulta, como acontece nos países do centro da Europa e anglo-saxónicos.

Este tipo de ingestão, de acordo com Marinho (2008), constitui-se como muito perigosa entre os adolescentes, pois a elevada quantidade de álcool tomada visa alcançar rapidamente o estado de embriaguez. Segundo Vinagre e Lima (2006), em consequência do consumo de bebidas com elevada concentração de álcool, nomeadamente os *shots*, registou-se um aumento nos episódios de embriaguez. Calafat (2002) defende que as embriaguezes se estruturam como símbolos dos novos modelos de ingestão pois a vontade de viver a diversão concorre no sentido da toma compulsiva de bebidas. A fuga à rotina, integrar o ambiente festivo e facilitar a comunicação são os fins indicados por Freyssinet-Dominjon e Wagner (2006) para tais consumos.

Num período recente surgiram as *designer drinks* ou *alcopops*. Estas são bebidas açucaradas, com sabor a fruta e com quantidade variável de álcool

entre 4 a 6%. Cativam os adolescentes pelo seu sabor, pois disfarçam o álcool que contém e pelas embalagens atraentes onde estão contidas, constituindo um incentivo à ingestão entre as faixas etárias mais baixas (Cunha, Esteves, Dias & Bento, 2005). Os consumos entre os adolescentes registam padrões de consumo durante os fins de semana, em saídas à noite com os amigos e em períodos de férias (Freyssinet-Dominjon & Wagner, 2006). Na Europa, generalizou-se, a associação do consumo de bebidas alcoólicas a outras substâncias e à diversão, segundo revela o IREFREA (Cabral, 2007). O consumo de substâncias tem início cada vez mais precocemente e aumenta com a idade (Vinagre & Lima, 2006).

De acordo com Mello, Barrias e Breda (2001), o álcool que não é eliminado pelo processo respiratório excretor (cerca de 5%), chega ao sangue, pelo estômago e intestino delgado, sem que alguma transformação química se tenha processado. Através do sangue, o álcool é transportado a todas as partes do corpo, passando pelo fígado que o decompõe, em média 0,1 g/litro por hora. Ao atingir o cérebro, surgem afetações das capacidades sensoriais, percetivas, cognitivas e motoras e também do controlo muscular e equilíbrio do corpo (Stoppard, 2000). Em consequência, as capacidades físicas e psíquicas do indivíduo são afetadas quase de imediato após a ingestão. Opostamente, é lento o processo de eliminação do álcool do organismo. Segundo Goodwin (2000), uma taxa de álcool no sangue (TAS) de 2,0 g/litro, em circunstâncias normais, decorridas 12 horas a taxa será de 0,8 g/l e só após 20 horas após a ingestão, o álcool foi eliminado totalmente do sangue. Existem fatores que interferem na TAS, de natureza pessoal, as formas de absorção e as características das bebidas:

(a) fatores pessoais – apontam-se o Índice de Massa Corporal (IMC) que, por norma, ao ser mais elevado contribui para uma TAS menor relativamente a iguais ingestões por pessoas com IMC mais baixo. A idade e o sexo interferem significativamente, pois os fatores hormonais e enzimáticos a eles aliados distinguem a forma como se realiza a metabolização do álcool. A capacidade de metabolização do álcool é significativamente inferior nas crianças e nos jovens relativamente aos adultos. A sensibilidade a esta

substância modifica-se de acordo com diversas variáveis: ter progenitores alcoólicos, doenças do foro digestivo, epilepsia, fadiga, medicação, alterações acentuadas da temperatura, são mais sensíveis ao álcool (Milam & Ketcham, 1991).

(b) iguais quantidades de álcool ingerido poderão originar TAS diferentes no mesmo ou em distintos indivíduos, dependendo se a ingestão acontecer às refeições ou em jejum, com períodos alargados de intervalo ou rapidamente e o momento do dia em que acontece. A presença de alimentos no estômago atrasa a absorção do álcool sem que altere os seus efeitos. A TAS atingida em sequência de uma ingestão rápida é mais alta relativamente a uma ingestão repartida por diversos períodos. Tomar álcool em períodos distintos do dia também interfere com a TAS que se atinge pois os metabolismos diurno e noturno são significativamente diferentes (Rehfeldt, 1989).

(c) o teor de álcool que as bebidas contêm, o facto de serem aquecidas ou gaseificadas, promovem uma mais rápida absorção do álcool.

## **2.5. Álcool e saúde**

De acordo com Dawson et al. (2008, citado em IDT, 2008), a iniciação do consumo de álcool na adolescência pode contribuir para um aumento da possibilidade de originar problemas associados ao consumo excessivo de álcool na idade adulta, nomeadamente o risco de desenvolver dependência. Antunes (1998) defende que o jovem que bebe adquire possibilidades de desenvolver comportamentos desviantes. Como afirma Domingos Neto "o aumento das doenças provocadas pelo álcool, em cada pessoa, começa desde a primeira bebida. O eventual benefício para as doenças cardiovasculares é compensado, por exemplo, pelo aumento de incidência de diversos tipos de cancro, mesmo em bebedores moderados" (Alegre, 2013, p. 5). As normas acerca da quantidade máxima aceitável para o consumo diário de bebidas alcoólicas revelam uma diminuição na sequência dos avanços nos

conhecimentos científicos. Atualmente, o conceito de consumo de menor risco da OMS, declinou para o máximo de duas bebidas por dia, num período máximo de cinco dias, por semana. Uma bebida corresponde a um copo de vinho, a uma dose de *whisky* ou a 20 cl de cerveja (Alegre, 2013).

### 2.5.1. Efeitos imediatos

O álcool é uma substância psicotrópica que atua sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), com efeitos depressores. Momentos após o consumo, surge a redução da ansiedade, da tensão e das inibições, com o aparecimento de euforia. Segue-se sonolência, alterações na visão, descoordenação muscular, redução das capacidades de reação, de atenção e de compreensão. Estas manifestações são consequência do bloqueio que o etanol promove no funcionamento do sistema cerebral responsável pelo controlo das inibições (IDT, 2008). O indivíduo que se encontra sob o efeito do álcool sente uma falsa confiança em si mesmo o que poderá contribuir para a adoção de comportamentos de risco.

A elevada ingestão de álcool pode provocar aumento da acidez no estômago, vômito, diarreia, hipotermia, hipoglicemia, sede, cefaleia, desidratação, dispraxia, vágado, diplopia e desequilíbrio (IDT, 2008). Em casos ingestão excessiva, produz-se uma intoxicação aguda (etilismo agudo), com possível depressão respiratória, coma e até a morte (Bonito, 2000).

As doenças associadas ao consumo de álcool são as que mais causam a morte em Portugal, atrás dos acidentes de viação. O álcool encabeça as causas de morte entre os jovens até aos 24 anos de idade. Uma elevada percentagem dos acidentes de viação relacionam-se diretamente com o consumo de bebidas alcoólicas e registam-se mais mortes, diariamente, em

consequência do consumo alcoólico relativamente ao uso das demais substâncias psicoativas.<sup>4</sup>

### 2.5.2. Efeitos a longo prazo

O consumo crónico do álcool provoca variadas alterações em diversos órgãos vitais (Tabela 11):

Tabela 11 - *Alterações provocadas pelo consumo de bebidas alcoólicas em órgãos vitais.*

Doenças	Alterações
Sistema nervoso	Síncope, convulsões, <i>delirium tremens</i> , neuropatia, miopatia.
Coração	Alterações cardíacas (miocardite).
Gastrointestinais	Hepatite, cirrose, esofagite, gastrite, pancreatite, hematémese. Transtornos na absorção de vitaminas, de glícidos e de gorduras, que provocam sintomas de carência.
Outras	Hematológicas, endócrinas, esqueléticas, infecciosas.

Fonte: Bonito (2000).

Há ainda a registar o aumento de peso, as perturbações de pele (que fica seca e frágil) as perturbações psíquicas e as encefalopatias com degradação psico-orgânica (demência alcoólica). A ingestão regular pela mulher grávida pode causar a Síndrome Alcoólica Fetal, afetando o feto na sua formação intrauterina, com consequências a nível cognitivo-intelectual, problemas de aprendizagem, dificuldade em manter a concentração e em ajustar o comportamento, aproximando esta síndrome do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Ribeiro, da Ponte & Araújo, 2010).

Os bebedores crónicos adquirem tolerância ao álcool, ou seja, para obterem os mesmos efeitos que ocorrem nos bebedores ocasionais necessitam de beber

<sup>4</sup> Em Portugal, no ano de 2009, um em cada três condutores mortos estava sob o efeito do álcool (Autoportal, 2010, 4 de maio).

maiores quantidades. Paradoxalmente, após anos de consumo, muitos alcoólicos experimentam uma redução da tolerância (Tabela 12).

Tabela 12 - *Efeitos do nível crescente de álcool no sangue (mg/100 ml).*

<b>Efeitos</b>	<b>Bebedor social ocasional</b>	<b>Dependente/bebedor habitual</b>
Rosto congestionado, euforia, loquacidade, desinibição	30-50	150-200
Perturbação do raciocínio e da coordenação, irritabilidade, diminuição do autodomínio, e comportamento irresponsável	50-150	200-350
Confusão, marcha insegura, fala arrastada e incoerente, comportamentos imprevisíveis, impulsividade e agressividade	150-200	350-500
Confusão e desorientação extremas, dificuldade em permanecer de pé, sonolência, lentificação dos reflexos e obnubilação que pode evoluir até ao coma	250-400	500-700
Risco de morte por paragem cardiopulmonar (embora um grande bebedor possa sobreviver)	400-500	≥ 700

Fonte: Bonito (2000).

A afetação do ambiente familiar, em consequência de um elevado grau de alcoolismo, poderá resultar em desresponsabilização, maus tratos e desintegração familiar. Uma significativa correlação entre o uso de álcool e o crime foi reconhecida em estudos científicos (Jonkman, Haggerty, Steketee, Fagan, Hanson & Hawkins, 2008). O alcoolismo pode ser o responsável pelo absentismo, pelo aumento dos acidentes laborais, por comportamentos criminosos e outras perturbações da ordem pública e para-suicídios e suicídios.

### 2.5.3. Síndrome de Dependência do Álcool

A Síndrome de Dependência do Álcool é atualmente considerado um problema social e coletivo sendo encarado como um grave problema de saúde pública

(Gigliotti & Bessa, 2004). Existem contextos que parecem promover o consumo de risco e, por outro lado, medidas contrárias que o desaconselham ou proíbem. A disponibilidade de maiores rendimentos e o incremento da sociedade de consumo, a par da globalização que se desenvolveu, levaram a que a panóplia de bebidas alcoólicas disponíveis aumentasse exponencialmente a par de um discurso anti álcool por alguns setores. A água, na mesa de refeição deu lugar a refrigerantes, para crianças, e no caso dos adultos, a cerveja, vinho e bebidas destiladas.

De acordo com Cabral (2007), a proximidade e o facilitismo no acesso às bebidas alcoólicas constituem razões para o começo da sua ingestão. Fatores socioculturais promovem o consumo precoce de álcool destacando-se o analfabetismo, os maus hábitos alimentares, sendo o vinho tomado em substituição do leite, particularmente em zonas rurais, residências em regiões de baixas temperaturas, onde coexiste o trabalho infantil e o estímulo parental. Em locais festivos é frequente ouvir que “quem não bebe não é homem”. O consumo e as simbologias associadas a esta prática transitam de geração em geração, constituindo-se como legado cultural. Adivinha-se difícil a redução ou eliminação do consumo de bebidas alcoólicas, em consequência do enraizamento e conotação nas sociedades (Cabral, 2007).

Em Portugal, é importante tomar bebidas alcoólicas objetivando acompanhar, receber e festejar. A quebra deste modelo social implica que um indivíduo seja mais dificilmente aceite por clivar tradições e costumes instituídos. O indivíduo acultura-se ao hábito de consumo alcoólico, pois observando comportamentos de ingestão acaba por tomar, sentindo-se incluído entre os demais que bebem. Porém, a mesma sociedade que reconhece o ato de ingestão de bebidas alcoólicas como social revela-se pouco tolerante sobre alguns dos seus efeitos, chegando a excluir os indivíduos alcoólatras. De acordo com Carr (2006), 90% da população mundial toma bebidas alcoólicas com regularidade, sem que tenha consciência do perigo da dependência. Estes números têm vindo a incrementar-se devido à inclusão crescente dos jovens.

A dependência alcoólica relaciona-se com a vulnerabilidade do indivíduo e com o álcool. Porém, segundo Mello, Barrias e Breda (2001), existem fatores

individuais, genéticos, ambientais, socioculturais, socioeconômicos e psicológicos que motivam o consumo de bebidas alcoólicas. De acordo com Messas (1999), estudos epidemiológicos e moleculares revelam fatores hereditários, na origem do abuso ou das dependências de substâncias psicoativas. Todavia, alude também que as referidas situações resultam de uma intrincada interação de fatores genéticos, psicossociais e culturais. Um estudo realizado por Winters e Lee (2008), com uma amostra de 4074 indivíduos com idades compreendidas entre os 12 e os 26 anos de idade, revela que o início da ingestão de álcool entre consumidores recentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos de idade denotam um maior risco de dependência do álcool, comparativamente com os adolescentes consumidores recentes de 19 anos ou mais anos de idade. Estes resultados sugerem que o risco de uso de álcool na vida adulta diminui quando os adolescentes iniciam o consumo de álcool entre seus 18 e os 19 anos de idade. Burt, Barnes, McGue e Lacono (2008) concluem, de um estudo longitudinal, realizado com crianças que apresentavam uma média de idades de 11,7 anos à data de início do estudo, que os adolescentes que iniciam o consumo de bebidas alcoólicas numa idade anterior aos 15 anos de idade apresentam uma maior frequência de dependência do álcool aos 17 anos de idade, comparativamente aos que iniciam o consumo alcoólico com 15, 16 ou 17 anos de idade. Estes adolescentes também apresentam uma maior frequência de comportamentos tais como a dependência da nicotina, dependência de outras substâncias psicoativas e personalidade antissocial. Outro estudo longitudinal mostrou que os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas sob a forma de *binge drinking* com idade de 16 anos, ao atingirem os 30 anos de idade são mais propensos a desenvolver dependência (Viner & Taylor, 2007).

A *ICD-10* integra, no bloco F10, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. De acordo com esta classificação internacional, estes transtornos tomam diversas codificações, resultantes das suas características: F10.0 – intoxicação aguda; F10.1 – uso nocivo; F10.2 – síndrome de dependência; F10.3 – estado de abstinência; F10.4 – estado de abstinência com *delirium*; F10.5 – transtorno psicótico; F10.6 – síndrome amnésico; F10.7

– transtorno psicótico residual ou de instalação tardia; F10.8 – outros transtornos mentais ou comportamentais; F10.9 – transtorno mental ou comportamental não especificado (WHO, 2006).

#### 2.5.4. Morbidade e mortalidade associada ao consumo de álcool

Segundo o *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2011), a causa de morte de 2,5 milhões de pessoas, a origem de doenças e de lesões, assinaladas anualmente, tem por base o excessivo consumo de bebidas alcoólicas. O total de mortes relacionado com o álcool é 6,2% em indivíduos do sexo masculino e de 1,1% em mulheres, a nível mundial. Cada vez mais, as gerações jovens estão a ser afetadas pelos consumos excessivos, assim como os consumidores dos países em desenvolvimento. Aproximadamente 4% das mortes registadas no mundo relacionam-se com o álcool e, maioritariamente, são provocadas por lesões, cancro, doenças cardiovasculares e cirrose hepática. Considerando ainda o relatório da OMS, na Rússia e nos países vizinhos,  $\frac{1}{5}$  dos indivíduos do sexo masculino morre de causas ligadas ao álcool. A nível mundial, a morte de 9% dos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos, correspondendo a 320 000 casos mortais, relaciona-se com o álcool. Em Portugal, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010), a taxa de mortalidade em consequência de doenças ligadas ao consumo de álcool, antes dos 65 anos, registou um decréscimo entre os anos de 2001 e 2006 (de 12,8 para 11,1 óbitos por 100 000 habitantes), invertendo esta tendência e aumentando nos anos seguintes, atingindo 12,9/100 000 habitantes em 2009.

#### 2.6. Significância do consumo alcoólico entre os jovens

A ingestão de bebidas alcoólicas entre os jovens assenta em diferentes razões. Segundo o *National Institute on Drug*, revela-se fundamental o conhecimento

dos fatores de risco e dos fatores de proteção para a fundamentação dos programas de prevenção do uso e do abuso de substâncias (NIDA, 2003). Entende-se fator de risco como uma variável que prediz significativamente se um indivíduo vai desenvolver um distúrbio ou doença (Donovan, 2004). Antagonicamente, os fatores que moderam e medeiam a exposição ao risco contribuindo para a diminuição da probabilidade do surgimento de problemas são entendidos como fatores de proteção. Diversos estudos longitudinais e experimentais identificam vários fatores de risco e de proteção como subjacentes dos problemas de comportamento (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; O'Connell, Boat & Warner, 2009).

Apesar de a adolescência constituir um período de desenvolvimento de risco para a experimentação do álcool e de outras substâncias, uma panóplia de significativos fatores de risco individuais ou contextuais e também fatores de proteção são identificados. Esses fatores podem encontrar-se nos contextos quotidianos em que as crianças e os jovens se integram: família, escola, colegas e comunidade. Num tempo mais adiantado, esses fatores transformam-se em blocos de construção de estratégias de prevenção para os sujeitos (Steketee, Moll & Kapardia, 2008).

Os fatores individuais são integrados pela vulnerabilidade biológica, exposição precoce ao uso da substância (exposição pré-natal ou através de familiares ou amigos), antecedentes psiquiátricos e/ou psicológicos, tais como depressão, ansiedade, *deficit* de atenção e hiperatividade, transtorno de conduta, trauma e impulsividade e fatores de desenvolvimento neurobiológicos, incluindo o desenvolvimento imaturo do lobo frontal (normativo) e a baixa função serotoninérgica (não-normativa) (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Schepis, Adinoff & Rao, 2008).

Os riscos contextuais incluem os fatores ecológicos, nomeadamente a disponibilidade e o acesso a substâncias, muitas vezes diretamente relacionadas com as políticas e normas sociais.

É considerada a existência de fatores de risco e de proteção em cada nível de interação: ao nível individual, ao nível de rede organizacional/local, ao nível da

comunidade e ao nível social (NIDA, 2003). Alguns fatores de risco individuais podem identificar-se na infância, designadamente o comportamento agressivo, a falta de autocontrolo ou o temperamento difícil. À medida que a criança avança na idade, fatores de risco contextuais, tais como interações com a família, com os pares, com os colegas de escola e com a comunidade, podem influenciar o risco de abuso e de posterior dependência (Howlett, Williams & Subramaniam, 2012). Existem períodos-chave de risco para o abuso de substâncias que decorrem nas transições importantes vividas pelas crianças (Tucker, Ellickson, Orlando, Martino & Klein, 2005). A primeira transição expressiva acontece aquando da entrada na escola. Mais tarde, no ingresso no segundo ciclo de estudos são experimentadas novas situações académicas e sociais, nomeadamente a convivência com um grupo maior de colegas. Neste período, que decorre no início da adolescência, as crianças são suscetíveis a estabelecer um primeiro contacto com as substâncias psicoativas (Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Na progressão ao ensino secundário os adolescentes enfrentam desafios sociais, emocionais e educacionais. Em simultâneo, podem ser expostos a uma maior disponibilidade de substâncias. Estes desafios tendem a aumentar o risco de abuso do álcool, tabaco e de outras substâncias (Chen & Kandel, 1995). A entrada na universidade ou o ingresso no mundo laboral, implicando a saída da casa dos pais, promove uma autonomia que aumenta significativamente o risco de consumo abusivo de álcool entre outras substâncias (Chen & Kandel, 1995).

O consumo de álcool pelos pais é considerado um forte precursor do comportamento alcoólico dos filhos (Petraitis, Flay & Miller, 1995). Os filhos de alcoólatras não apresentam apenas um maior risco de início precoce de ingestão de álcool (Hill, Shen, Lowers & Locke, 2000), mas também revelam um maior incremento no consumo de álcool, ao longo do tempo, comparativamente aos adolescentes cujos pais não são alcoólicos (Chassin & Barrera, 1993). Segundo White e Halliwell (2010), o controlo social da família detém um efeito sobre a redução da quantidade e frequência da ingestão alcoólica pelos jovens.

Eventos de vida negativos, associados a abuso de álcool vivenciados por adolescentes no meio familiar apresentam-se como fator de risco já que dilatam a frequência e a quantidade de consumo de álcool na adolescência (Percy, Thornton & McCrystal, 2008).

A riqueza da família é um fator de risco na medida em que aumenta a frequência de álcool entre adolescentes, em consequência do acesso a recursos financeiros para aquisição das substâncias desejadas (Steketee, Jonkman, Berten & Vettenburg, 2013). De acordo com os mesmos autores, a ingestão alcoólica guiada no seio da família pode constituir uma eficaz estratégia na prevenção de padrões de consumo excessivos. No seio familiar, o consumo de álcool é melhor aceite que o de tabaco. Por vezes, é a própria família que estimula o seu consumo. Os homens da família incentivam filhos, sobrinhos e netos a tomar bebidas alcoólicas, especialmente vinho ou cerveja, com vista à “emancipação” na sua masculinidade (Marti, 1996).

As escolas constituem espaços influentes no desenvolvimento de comportamentos de saúde e estilos de vida. Um estudo realizado em 25 países europeus, entre os quais Portugal, revela que em muitos países os alunos que estão muito tempo a estudar em casa, que revelam gosto pela escola e, em menor grau, os alunos que definem o seu ambiente escolar como positivo, apresentam menores taxas de prevalência no consumo de álcool e de outras substâncias. Todavia, a evasão e a desorganização na vida escolar constituem fatores de risco entre os jovens (Steketee, Jonkman, Berten & Vettenburg, 2013).

Capaldi, Stoolmiller, Kim e Yoerger (2009) postulam que a influência dos pais acontece durante a infância, enquanto que os colegas detêm um forte domínio sobre problemas de comportamento no decurso da adolescência. A pressão dos colegas e as normas do grupo pode estar na base do consumo problemático de álcool (Steketee, Jonkman, Berten & Vettenburg, 2013). A aspiração de pertença a um grupo, ou a vontade de ser visto como *cool*, potenciam a dificuldade de resistir à ingestão de bebidas alcoólicas num contexto de grupo. Especialmente entre os rapazes desenvolvem-se competições medindo a quantidade de álcool que conseguem tomar, uma vez

que beber excessivamente é entendido como sinónimo de ser forte (Steketee, Jonkman, Berten & Vettenburg, 2013). Um estudo realizado por Boné e Bonito (2012), com uma amostra constituída por alunos do 12.º ano de escolaridade no distrito de Évora, revela que uma modificação de comportamento, no grupo de pertença, parece apontar para a alteração do comportamento individual, relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas. De forma ativa ou tácita, o grupo funciona como promotor do hábito alcoólico. É este núcleo que é referido como o elemento de maior influência na abstinência ou na ingestão de bebidas alcoólicas. O consumo de comportamento é uma reação social ao invés de uma ação intencional (Andrews, Hampson & Peterson, 2011). Todavia, Buckley Sheehan e Chapman (2009) exploraram e reconhecem o papel dos pares como um fator de proteção para reduzir ou limitar o envolvimento em comportamentos de risco. O baixo autocontrole surge como fator de risco no consumo de álcool entre os jovens, apesar de a sua associação se apresentar variável entre os países europeus estudados (Steketee, Jonkman, Berten & Vettenburg, 2013).

Existe uma clara associação entre consumo de álcool e outras substâncias psicoativas na juventude europeia de acordo com um estudo levado a cabo pelo IREFREA (Gual, 2002). Alguns dos motivos que conduzem os jovens ao consumo de álcool estão ligados à curiosidade, à imitação, à pertença a um grupo de pares e, inclusivamente, à sugestão dos familiares. Muisener (1994) afirma que a personalidade e a imitação constituem fatores determinantes do consumo de bebidas alcoólicas. É clara a permissividade social para os consumos moderados de álcool, que acaba por evoluir para formas de risco. As atividades de distração, segundo Swisher e Hu (1983), relacionam-se com o consumo de álcool, tabaco, entre outras substâncias. De acordo com Cabral (2004), a ingestão de bebidas alcoólicas passou a ser uma componente fundamental, articuladora e dinamizadora dos tempos livres de inúmeros jovens.

Matos, Carvalhosa e Diniz (2001) referem que os jovens portugueses, praticantes de atividade física, estão mais satisfeitos com o seu corpo, consideram ter boa aparência, afirmam sentir-se felizes todavia, consomem

mais frequentemente bebidas alcoólicas e envolvem-se mais em lutas. Segundo Cook (1985) e Feldman (1994), são as necessidades do indivíduo que conduzem ao uso ou ao abuso do consumo de substâncias, indicando uma panóplia de necessidades que podem satisfazer. As necessidades referidas aglutinam-se em psicológicas, comportamentais e sócio psicológicas.

No primeiro caso, enquadram-se as necessidades de diminuição da inibição e da tensão; fortalecimento das interações sociais, de sentimentos de excitação (com recurso ao consumo de álcool entre outras substâncias), de estimulação (recorrendo a anfetaminas e cocaína), e de modificação dos estados de consciência (usando *cannabis*, haxixe e substâncias alucinogénias) (Cook, 1985). No segundo caso, as necessidades sociopsicológicas aglutinam as necessidades de independência, de aceitação pelo grupo de amigos e de autoestima. Jessor e Jessor (1997) acreditam na importância destes fatores nos hábitos de consumo e de abuso das substâncias psicoativas e creem que o meio social favorece a iniciação e a continuidade da ingestão, assim como do abuso, por via dos modelos que reflete e ainda pela facilitação do acesso aos produtos. São, todavia, declaradas incertezas relativas a fatores promotores do consumo. “Não está claro se o risco genético é um fator maior na iniciação ao beber, ou beber durante a adolescência. Pode ser que efeitos comportamentais expliquem a maior parte das variações da iniciação ao beber, mas fatores genéticos são mais importantes para explicar a frequência de intoxicação (OMS, 2007, p. 129).

## **2.7. Modelos teóricos explicativos das causas da adição**

A adição traduz um processo dependente de determinantes biológicos, sociais e culturais, desenvolvendo-se em diferentes fases nomeadamente, o primeiro contacto, a experimentação, o consumo regular, o consumo abusivo, a dependência e a toxicomania. Uma panóplia de fatores parece tender a contribuir para o incentivo ao consumo de substâncias psicoativas (Richard & Senon, 2005).

Segundo Goode (2007), nenhum fator isolado explica a ingestão de substâncias por alguns indivíduos e a abstinência de outros. Na perspectiva do autor, as principais teorias explicativas para o uso de substâncias são três: (a) biológica, (b) psicológica e (c) sociológica. Cada uma das teorias centra-se em diversos fatores a fim de determinar a razão pela qual os indivíduos consomem substâncias psicoativas. Quase todas as teorias biológicas e psicológicas se alicerçam em diferenças individuais enquanto a maioria das teorias sociológicas se foca em diferenças de grupo ou diferenças estruturais.

### 2.7.1. Teorias biológicas

Estas teorias baseiam-se nas diferenças inatas entre os sujeitos que se tornam consumidores e os que se mantêm abstinentes. O fulcro destas teorias é a genética. Requerem mecanismos físicos que impulsionam ou influenciam os indivíduos à experimentação ou ao abuso da ingestão de substâncias. Alguns destes mecanismos são inatos. Outros, em parte, são ambientais isto é, conjugam-se fatores inatos com fatores ambientais gerando-se comportamentos de consumo.

#### a) Fatores genéticos

A composição genética dos indivíduos predispõe para o abuso de substâncias. Um gene ou uma composição de genes influencia mecanismos biológicos específicos significativos para abuso de substâncias, tais como conseguir atingir um certo nível de intoxicação, diminuindo ou não os níveis de ansiedade sob o efeito de uma substância, ou ter a capacidade de metabolizar as substâncias químicas no organismo. Todos estes fatores podem variar individualmente ou de um grupo para outro. Schuckit (citado em Goode, 2007) declara que indivíduos adotados apresentam taxas de alcoolismo mais próximas às dos seus pais biológicos que às dos seus pais adotivos. Os fatores genéticos não são os únicos a determinar o consumo de bebidas alcoólicas

pelos sujeitos, porém, singularmente esta herança não determina o consumo compulsivo. A combinação dos fatores genéticos com outras variáveis pode contribuir para tornar o processo mais provável.

#### b) Desequilíbrio metabólico

O desequilíbrio metabólico é apontado, nesta teoria, como promotor de abuso de substâncias e estabelecimento da dependência delas. Em indivíduos com desequilíbrio metabólico, que iniciam consumo de heroína, desenvolve-se ansiedade à sua ingestão o que potencia a dependência desta substância.

### 2.7.2. Teorias psicológicas

As teorias psicológicas assentam em três fatores: reforço (positivo ou negativo) e duas teorias de personalidade (personalidade inadequada e propensão para problemas de comportamento). O mecanismo de reforço explica que os indivíduos tendem a majorar a recompensa e a minimizar a punição. Os consumidores apresentam vivências anteriores de recompensa pelo uso das substâncias o que os impele à continuação do hábito de consumo. A personalidade individual é um fator chave. Esta característica pessoal motiva ao uso e ao abuso de substâncias. Um valor comum encontrado em grupos desviantes é a auto depreciação, ou seja a baixa autoestima.

#### a) Reforço

A teoria psicológica minimiza a diferença de personalidade entre consumidores e não consumidores e destaca o papel do reforço. Ter em conta a variável personalidade, para alguns aspetos do processo de consumo de substâncias, manifesta-se desnecessário. Se duas pessoas estão sujeitas ao consumo e se uma se torna dependente e a outra não, revela-se insuficiente argumentar que

o reforço explica o uso continuado de substâncias. Parece necessário acrescentar variáveis ao reforço. Existem reforços positivos e reforços negativos e, em consequência, teorias que declaram o reforço como um mecanismo contínuo no uso de substâncias. O reforço positivo acontece quando o sujeito recebe uma sensação agradável e, conseqüentemente, é motivado à repetição do comportamento que a causou. Na opinião de Bejerot (citado em Goode, 2007) o mecanismo de prazer pode despoletar um forte comportamento repetitivo de uso de substâncias. Ao permitir a obtenção de satisfação impele à repetição do causador de prazer. Apresenta-se difícil distinguir claramente entre uma dependência psicológica e física.

O reforço negativo acontece quando um indivíduo desenvolve procedimentos em busca de alívio ou para impedir a dor. Ao ser recompensado tende a repetir esse mesmo procedimento, aliviando sintomas desagradáveis em períodos de privação da ingestão de substâncias. Enquanto o reforço positivo pode ocorrer em qualquer momento de euforia, o reforço negativo constitui-se como um fator importante que promove a ingestão de substâncias, desencadeando a dependência física. Numa fase inicial, o prazer domina como força que motiva ao uso, no entanto, o indivíduo vai gradualmente tornando-se fisicamente dependente.

#### b) Personalidade inadequada

Diversas teorias psicológicas defendem que o uso de substâncias está aliado a patologia psicológica. Debilidades emocionais ou psíquicas de alguns indivíduos motivam à ingestão como fuga à realidade e como meio de evitar os problemas. Alguns consumidores experimentam a ingestão em função da pressão social ou da disponibilidade. Esta teoria sustenta ainda, segundo Kaplan (citado em Goode, 2007), que o uso e abuso de substâncias e os comportamentos desviantes são geralmente resposta a baixa autoestima ou autoperspetiva de derrogação. Esta teoria sustenta que o uso e o consumo excessivo de substâncias resultantes em comportamento desviante constituem resposta à baixa auto estima. Esta pode resultar da rejeição dos colegas,

negligência parental, fracasso escolar, estigmas físicos, estigmas sociais, identidade do papel sexual prejudicada e fragilidades do ego. Todavia a defesa da baixa autoestima como responsável por males sociais tem vindo a ser abandonada (Kaplan, 1975 citado em Goode, 2007).

### c) Propensão problema-comportamento

Esta perspetiva revela que determinadas personalidades e valores individuais são mais propensos a que os indivíduos apresentem problemas. Alguém que se desvia dos valores tradicionais da sociedade é suscetível de adotar comportamentos desviantes. Os consumidores mais rebeldes, independentes, abertos a novas experiências, que buscam prazeres e que se apresentam menos conscientes das consequências da vida real tendem a ser consumidores de substâncias psicoativas.

### 2.7.3. Teorias sociológicas

As teorias biológicas e psicológicas tendem a valorizar fatores individuais. Jessor e Jessor (citados em Goode, 2007) integram, no seu modelo explicativo sociológico, o ambiente, mais concretamente, os pais e amigos, focalizando as características do indivíduo. Os sociólogos alargam o seu foco de teorização, considerando que o fator crucial de estudo não é as características do indivíduo, mas antes as situações, as relações sociais ou as estruturas sociais em que o indivíduo se integrou ou se integra. A sociologia propõe sete teorias que se sobrepõem parcialmente como ajuda explicativa ao uso de substâncias: (a) anomia, (b) controlo social, (c) autocontrolo, (4) aprendizagem social e sub cultural, (5) a interação seletiva/socialização, (6) desorganização social, e (7) conflito.

### a) Teoria anomia

Na década de 1930, o sociólogo norte-americano Robert Merton, inspirando em Durkheim, desenvolveu a Teoria da Anomia para o comportamento desviante.

Página | 58

Na sua opinião, o uso de substâncias e o comportamento desviante ocorre quando os caminhos para o sucesso material são bloqueados. Alega que numa sociedade orientada para a realização competitiva, materialista, o sucesso é incentivado como acessível a todos os membros porém, isso acontece apenas numa pequena parcela da sociedade. Como tal, os sujeitos que não conseguem o sucesso lidam com o fracasso adotando comportamentos adaptativos desviantes. Na opinião de muitos investigadores, esta teoria não explica qualquer característica significativa do uso de substâncias, argumentando, apenas, que o uso de substâncias é explicado em termos de pessoas que estão a socializar-se aguardando o sucesso material (Garfield, 1987).

### b) Autocontrolo e teoria de controlo social

Ambas as teorias detêm uma visão individualista e não de grupo ou estrutural. Fazem uso extensivo do conceito de controlo e focalizam-se na conformidade com as normas e as leis da sociedade que algumas pessoas apresentam. Ambas as teorias assumem que o desvio e, por associação, o uso de drogas não necessita ser explicado. Defendem que o indivíduo deixado à própria sorte adota naturalmente comportamentos desviantes, afastando-se do cumprimento da Lei. Goode (2007) defende a necessidade de explicação do não afastamento das normas, da não violação da Lei e da não ingestão de substâncias. Em anuência com a teoria de controlo social, postula que a promoção do uso de substâncias, assim como a maioria, ou a totalidade, dos comportamentos desviantes, resulta da ausência de controlos sociais. Defende que a maioria dos indivíduos não se envolve em atos desviantes em resultado de fortes laços com pessoas, tradições, crenças, atividades e instituições sociais. Estas ligações fortes diminuem a probabilidade do indivíduo se envolver em comportamentos que violam os seus valores e as normas sociais.

### c) Aprendizagem social e teoria subcultural

A ideia de que o comportamento desviante é um produto de aprendizagem foi defendida pelo sociólogo norte-americano Edwin Sutherland, em 1939. Os princípios centrais desta teoria clarificam que o desvio é aprendido na interação face-a-face com os outros significativos, ou com pessoas que estão próximas. Um indivíduo adota comportamento desviante quando as definições às quais está exposto são favoráveis a violações da lei. A chave para esse processo, de acordo com Sutherland (citado em Goode, 2007), é a relação entre as definições favoráveis e as desfavoráveis às violações legais e normativas. Quando as definições favoráveis excedem as desfavoráveis o sujeito encaminha-se para o desvio. É no ambiente de grupo, onde a recompensa e a punição acontecem, que os indivíduos são expostos a modelos de comportamento e a definições normativas de determinados comportamentos bons ou maus. A abordagem social da aprendizagem foi alargada por vários sociólogos que associaram a teoria da associação diferencial de Sutherland aos princípios do behaviorismo em psicologia. A teoria da aprendizagem social postula que o comportamento é moldado por recompensas, punições ou reforço que determinam as ações que os indivíduos continuam a perseguir. A teoria da aprendizagem social tem uma aplicação clara ao uso de substâncias. Propõe que o uso e o abuso de substâncias psicoativas podem ser explicados pela exposição diferencial aos grupos em que o uso é recompensado. A tendência é para repetir o que gostamos de fazer. A teoria que se apresenta, por si só, também não explica a razão pela qual alguns sujeitos ingerem substâncias e outros não o fazem. A teoria subcultural e a teoria da associação diferencial estão relacionadas, todavia diferem entre si. A teoria subcultural defende que a participação num grupo social com atitudes favoráveis ao uso de substâncias é o fator chave na promoção do uso dessas mesmas substâncias pelo sujeito, enquanto a participação num grupo com atitudes negativas em relação ao uso de substâncias tende a desencorajar tal uso. O autor destaca que é apenas através do contato com outros consumidores que o uso, especialmente o regular, pode ter lugar, apontando ao modelo subcultural desenvolvido por Howard Becker. O uso de substâncias é aprendido e reforçado no ambiente de grupo. Os futuros consumidores interagem com os

consumidores e aprendem definições decorrentes da experiência de consumo de substâncias que resultam num forte impacto sobre as suas experiências e comportamentos futuros. Os sujeitos aprendem a tomar as substâncias, a reconhecer e a apreciar os seus feitos e aprendem também a manter o segredo do uso na sociedade convencional. Tudo isso faz parte do ambiente sub cultural do consumidor.

#### d) Interação seletivo/socialização

O termo "interação seletiva" refere-se ao fato de os potenciais consumidores integrarem grupos de forma não aleatória, pois os seus valores e as atividades são compatíveis com os demais elementos do grupo. Antes de alguém usar uma substância pela primeira vez, Goode (2007) considera que está "preparado para" o seu uso, ou até, socializado com antecedência, porque os seus valores já são um pouco coerentes com os da subcultura das substâncias. Em sequência, o sujeito escolhe amigos que partilham esses valores, que também são propensos a ser atraídos para o uso de substâncias e consumidores. Este processo é denominado, pelo autor, como processo de recrutamento seletivo. Quando alguém faz amigos que tomam substâncias, socializa-se num grupo subcultural. Nos grupos de pares existe uma competição por prestígio e *status*. *Status major* é atribuído a quem demonstrar valores que se afastem expressivamente das expectativas dos pais, nomeadamente no consumo de álcool, entre outras substâncias. A influência dos pais no uso de substâncias pelos adolescentes é exígua, mas significativa. Os pais que usam substâncias (medicamentos, álcool, tabaco) tendem a ter filhos que também as usam. Inicialmente o exemplo parental irá influenciar o uso de substâncias na forma de cerveja e vinho e, um pouco mais tarde, em bebidas destiladas. Porém, a influência dos pares sobre o uso de substâncias é muito significativo pois geralmente compartilham padrões de uso de substâncias.

#### e) Teoria do conflito do abuso de substâncias

Esta teoria examina os fatores estruturais, forças que influenciam não apenas os indivíduos, mas os membros de sociedades, cidades, bairros e comunidades. As diferenças que se registam no controlo dos recursos económicos e políticos ajudam entender a razão pela qual alguns grupos comunitários são mais propensos ao uso de substâncias e se tornam vítimas de abuso. Os defensores da teoria do conflito defendem que o pesado abuso de determinadas substâncias estão fortemente relacionados com a classe social, rendimentos, poder e local de residência. As fragilidades económicas que incrementam a polarização e a desorganização económicas resultam na desorganização social promotora de mercados de substâncias.

### **2.8. Álcool e o quadro legal**

O consumo desadequado ou excessivo de bebidas alcoólicas entre as crianças, jovens e adultos desencadeou uma consciência crescente do uso abusivo de bebidas alcoólicas, em Portugal. Em 1997, foi criada a Comissão de Combate ao Alcoolismo e, em 1999, por Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99, de 8 de maio, uma comissão interministerial objetivando analisar e integrar os diversos aspetos ligados à luta contra o consumo de bebidas alcoólicas e de propor um plano de ação que se estruturasse como um reforço e aprofundamento do disposto na estratégia da saúde. Em 29 de novembro de 2000, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 166, é aprovado o Plano de Ação Contra o Alcoolismo, focalizando a luta contra o consumo excessivo ou abusivo de bebidas alcoólicas e, em simultâneo, promover o estudo e investigação do fenómeno do álcool e da sua ingestão, visando a promoção e a educação para a saúde.

Em 24 de janeiro de 2002 é publicado o Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de janeiro, estruturando-se como uma contribuição para a implementação das várias medidas preconizadas no plano de ação. Constitui, assim, um esforço horizontal de implementação das várias medidas preconizadas no referido

Plano, aprofundando a cooperação interministerial. Embora se considere que “o consumo excessivo de bebidas alcoólicas acarreta graves consequências ao nível da saúde”, defendendo-se “a luta contra o consumo excessivo ou o abuso de bebidas alcoólicas”, não são definidas as quantidades máximas de álcool que devem ser consumidas, ou os conceitos de “consumo excessivo” e de “abuso”.<sup>5</sup>

As restrições à venda e ao consumo de bebidas alcoólicas, apresentam-se legisladas no artigo 2.º, determinando o n.º 1 a proibição de venda ou, com objetivos comerciais, a colocação à disposição, de bebidas alcoólicas em locais públicos e abertos ao público, a menores de 16 anos e a quem se apresente notoriamente embriagado. A violação deste disposto, por indivíduos menores de 16 anos, levará à notificação da ocorrência ao representante legal do menor. A nossa experiência de observação, confirmada pelos testemunhos dos entrevistados e de recorrentes debates públicos sobre o assunto (e.g., RTP, 2013, 10 de fevereiro), permite perceber que em vários estabelecimentos comerciais existe o fácil desrespeito a este preceito legal, além da deficiente fiscalização por parte das entidades competentes. Boné, Bonito e Albuquerque (2013), num estudo realizado com alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, revelam que a compra de álcool por adolescentes com idade inferior a 16 anos é fácil na região onde residem. Na opinião unânime dos participantes, a vantagem económica resultante das transações para os vendedores parece contribuir para este ato de fácil acesso ao álcool. Os bares e espaços noturnos da região onde decorreu o estudo não garantem a conformidade com as restrições à venda e consumo de álcool. A aparência física é, mesmo nos espaços de maior zelo, garante de entrada a adolescentes com idade inferior a 16 anos.

Nas regiões europeias admitem-se diferentes idades mínimas para a aquisição e consumo de bebidas. Na Alemanha e na Bélgica, aos adolescentes com 16 anos é-lhes permitido o consumo de cerveja e de vinho e, com 18 anos, o consumo de bebidas espirituosas. Chipre e Malta limitam o início legal do

---

<sup>5</sup> Somente no que diz respeito ao Código da Estrada (Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro) se indica a proibição de conduzir veículos com TAS igual ou superior a 0,5 g.l<sup>-1</sup>. Quer este diploma legal, quer o Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de janeiro, omitem, em toda a sua extensão, a associação entre os conceitos de bebida alcoólica e os de substância psicoativa.

consumo aos 17 anos. No norte da Europa, a Irlanda admite a idade de 18 anos para o início do consumo e, outros países os 20 anos (Tabela 13).

Tabela 13 - Consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (P30D), por sexo. Percentagem.

	Portugal				França				Itália				Espanha			
	2007		2011		2007		2011		2007		2011		2007		2011	
P30D	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	62	58	56	50	66	62	70	64	69	58	70	56	57	58	62	63

	Idade mínima legal para aquisição de bebidas alcoólicas (cerveja/vinho/espirituosas)															
	16/16/16		17/17/17		16/16/16		16/16/16									
	Finlândia		Suécia		Noruega		Islândia									
	2007		2011		2007		2011									
P30D	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	46	49	46	50	41	47	34	41	39	46	33	36	28	35	16	19

	Idade mínima legal para aquisição de bebidas alcoólicas (cerveja/vinho/espirituosas)							
	18/18/20		20/20/20		18/18/20		20/20/20	

Fontes: Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi et al. (2009, 2012); WHO (2013b).

Em países do sul da Europa, onde a idade mínima legal para aquisição de bebidas alcoólicas é mais precoce (com exceção da França), as P30D são também mais elevadas relativamente a países onde essa permissão é mais tardia. Antagonicamente, nos países do norte da Europa, que registam P30D mais reduzidas, verifica-se uma idade mínima legal para aquisição de bebidas alcoólicas menos precoce. Destacam-se a Espanha, a Finlândia, a Suécia e a Noruega, por apresentarem P30D mais elevadas entre as alunas, contrastando com o que acontece em Portugal.

Fundamentando-se na evidência científica reveladora de padrões de consumo de álcool de alto risco, nomeadamente a embriaguez e o consumo ocasional excessivo, em especial entre adolescentes e jovens adultos e a idade de experimentação das bebidas alcoólicas cada vez mais precocemente, e face ao imperativo constitucional de proteção da saúde dos cidadãos, o Ministério da Saúde viu aprovado em Conselho de Ministros de 21 de fevereiro de 2013, o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, que impõe um novo regime jurídico de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas, em locais públicos e em locais abertos ao público, no sentido de aumentar a idade mínima legal de consumo.

São criadas restrições à disponibilização, à venda e ao consumo de bebidas alcoólicas (art.º 3.º), sendo fixadas as idades mínimas limite de aquisição e de consumo de bebidas – 16 anos para todas as bebidas alcoólicas e 18 anos para as bebidas espirituosas ou equiparadas – podendo ser exigida a apresentação de um documento de identificação que permita a comprovação da idade, quando existam dúvidas por parte do comerciante. A violação desta disposição implica a notificação da ocorrência ao respetivo representante legal (mas apenas nos casos em que os menores evidenciem intoxicação alcoólica) e ao núcleo de apoio a crianças e jovens em risco (em alternativa, às equipa de resposta aos problemas ligados ao álcool integrados nos cuidados de saúde primários).

Passa a ser proibida a disponibilização, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas em cantinas, bares e outros estabelecimentos de restauração ou de bebidas, acessíveis ao público, localizados nos estabelecimentos de saúde; em máquinas automáticas; em postos de abastecimento de combustível situados nas autoestradas ou fora das localidades; e em qualquer estabelecimento, entre as 0 e as 8 horas, com exceção de estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas; estabelecimentos situados em portos e aeroportos em local de acessibilidade reservada a passageiros; estabelecimentos de diversão noturna e análogos.

### 2.8.1. A condução

Na União Europeia, o consumo de álcool é apontado como uma causa essencial para a ocorrência de acidentes rodoviários. De acordo com o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (IDT, 2010), registam-se anualmente, pelo menos, 17 000 mortes devido a condução sob influência alcoólica. Portugal detém a taxa mais elevada de mortalidade relacionada com a ingestão de álcool na Europa, em particular entre os jovens. Em aproximadamente 40% dos casos mortais, em acidentes de viação, é detetado álcool no sangue.

Em Portugal, foi lançado o conceito de “Condutor 100% Cool” pela Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE), em 2002. Este conceito objetiva a diminuição da sinistralidade rodoviária junto dos mais novos, atribuindo prémios a jovens condutores com 0% de TAS. A campanha é destinada à população com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, com enfoque no condutor designado. Apela para que um dos elementos do grupo conduza os demais em segurança, em resultado da abstinência de ingestão de álcool, durante essa noite.

É proibido conduzir sob influência de álcool (n.º 1 do art.º 81.º do Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro), definindo-se a “influência”, como uma TAS igual ou superior a 0,2 g.l<sup>-1</sup> os condutores em regime probatório e os condutores de veículos de socorro ou de serviço urgente, de transporte coletivo de crianças até aos 16 anos de idade, de táxi, de automóvel pesado de transporte de passageiros ou de mercadorias (n.º 3 do art.º 81.º da Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro). Para os demais condutores, a “influência” do álcool é definida por uma TAS igual ou superior a 0,5 g.l<sup>-1</sup> (n.º 1 do art.º 81.º do Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro).

### 2.8.2. A publicidade

A publicidade tem vindo a assumir, desde o pretérito século, uma importância e abrangência significativas, quer na atividade económica, quer como instrumento do fomento de uma ocorrência. A recetividade que tem no quotidiano do cidadão atribui-lhe destacada importância mas também, a responsabilidade acrescida, da proteção e da defesa dos consumidores e das suas expectativas.

A publicidade a bebidas alcoólicas, independentemente do suporte utilizado para a sua difusão apenas é consentida quando: (a) não se dirija especificamente a menores e, em particular, não os apresente a consumir tais bebidas; (b) não encoraje consumos excessivos (c) não menospreze os não

consumidores; (d) não sugira sucesso, êxito social ou especiais aptidões por efeito de consumo; (e) não sugira a existência, nas bebidas alcoólicas, de propriedade terapêuticas ou de efeitos estimulantes ou sedativos; (f) não associe o consumo dessas bebidas ao exercício físico ou à condução de veículos e (g) não sublinhe o teor de álcool das bebidas como qualidade positiva. É ainda proibida a publicidade de bebidas alcoólicas na televisão e na rádio, entre as 7 horas e as 22 horas e 30 minutos (Lei n.º 8/2011 de 11 de abril).

A exposição à publicitação de bebidas alcoólicas é muito abrangente. Assiste-se concertos de verão, festivais e queimas das fitas, patrocinadas por empresas cervejeiras com apoios institucionais e de organismos educativos, onde os jovens participam em massa. As empresas, e toda a envolvência promotora de viagens de finalistas publicitada junto dos jovens, oferecem-se como promotora de comportamentos de risco: “sair à noite sem horas para chegar a casa, atividades, festa, loucura e diversão entre amigos. Estes são apenas alguns sinónimos do que é uma viagem de finalistas, e que fazem parte do teu imaginário, seja ela na praia, na montanha ou na cidade” (Portal da Juventude, s. d.).

Quando a publicidade alia as bebidas alcoólicas a acontecimentos agradáveis, nomeadamente a participação em atividades desportivas, culturais e recreativas e a comemorações, frequentemente se sugere que o álcool é um elemento indispensável para obtenção de prazer nestas atividades (Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de janeiro). Nas crianças e nos jovens reforça-se a convicção de que o consumo de bebidas alcoólicas facilita a sociabilização e conduz à aventura, ao romance, sem consciência das consequências negativas deste consumo ou do risco de acidentes. De acordo com Pinsky (2009), as imagens publicitárias que passam na televisão, em revistas, na Internet, em espetáculos e festas para o público jovem, conduzem a que estes se sintam integrados ao adotarem comportamentos idênticos e desintegrados se não os adotarem.

## 2.9. Prevenção do consumo de álcool

Segundo o *Global Status Report in Alcohol and Health*, muitos países adotam políticas eficazes para evitar doenças e a morte em consequência do consumo de álcool. Após 1999, pelo menos 34 países implementaram políticas para a redução do uso nocivo do álcool nomeadamente, restrições à comercialização e na condução sem que delas decorram claramente medidas preventivas, resultados favoráveis (WHO, 2011). A estratégia aprovada pela OMS em 2010 define medidas que incluem impostos sobre o álcool, elevar os limites de idade para a aquisição, intervenções breves nos serviços de saúde, campanhas informativas, entre outras.

Dillon (2010) destaca a importância crucial do papel da família, nomeadamente dos pais, na promoção do diálogo. Esta comunicação permite a compreensão dos problemas que os filhos enfrentam e contribui na condução sensata perante a pressão social e o ambiente, frequentemente saturado de informação errónea. De acordo com o autor, os jovens escudam-se e capacitam-se em torno da problemática dos consumos do álcool e de outras substâncias psicoativas. Calafat (2002) considera que as campanhas isoladas contra o consumo alcoólico não surtem efeitos imediatos. O autor aponta a necessidade de lhes serem associadas medidas preventivas diretamente relacionadas com a saúde e a segurança, considerando necessária a elaboração de programas escolares, comunitários, intervenções no contexto recreativo e nos locais de consumo. Segundo a *OECD Health Data* (2010), as restrições publicitárias, limitações das vendas e tributação mostraram-se eficazes na redução do consumo de álcool, nas últimas três décadas.

Em sequência da Estratégia Global para minorar o uso nocivo de álcool, aprovada pelos Estados-Membros da OMS em maio de 2010, são promovidas diversas medidas eficientes para reduzir os nefastos efeitos do álcool. Incluem-se a tributação sobre o álcool; a redução da disponibilidade, diminuindo os postos de venda; o aumento da idade mínima dos compradores; e o uso de medidas eficazes no que respeita à condução sob o efeito de álcool, com vista a restringir o consumo. A estratégia global determina a intervenção dos serviços de saúde, visando a alteração de modelos de consumo perigosos e

tratamento dos distúrbios associados ao consumo de álcool, a regulação ou interdição de venda de bebidas alcoólicas e a realização de campanhas educativas e de informativas apoiantes das medidas políticas.

O envolvimento no problema alcoólico é alargado a diferentes esferas. De acordo com a Direção-Geral da Educação (DGE, s.d.), a promoção e educação para a saúde em meio escolar consiste em munir de conhecimentos, atitudes e valores, as crianças e os jovens, para que decidam adequadamente em relação à sua saúde e bem-estar, físico, social e mental, e ainda, de forma interventiva, na saúde dos que lhes estão próximo. Em novembro de 1986 decorreu a primeira grande conferência internacional acerca da Promoção da Saúde, de onde surgiu a Carta de Ottawa. Portugal foi um dos países participantes, tendo ratificado o documento orientador que dela adveio. A Conferência convocou a OMS, entre demais organismos internacionais, na defesa da saúde nos diferentes contextos, por se entender global a responsabilidade sobre esta problemática. Entre outros setores, o educativo, estrutura-se na edificação de um bem-estar global. Desde então, o Gabinete Regional para a Europa da OMS criou a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. Esta iniciativa objetiva a promoção da saúde e a demonstração do impacto da promoção da saúde no contexto escolar. Em 1995, Portugal adere a este movimento integrado por 46 países membros, que na atualidade se materializa na plataforma *Schools for Health in Europe (SHE)*.

A *SHE* defende que a promoção da saúde integre as políticas de desenvolvimento da educação e da saúde na Europa. O desenvolvimento de esforços conjuntos, em colaboração internacional, objetiva a criação de redes sustentáveis, inovadoras e convergentes. Segundo a *International Union Health Promotion* (s.d.), os princípios promotores da saúde em meio escolar, através de uma escola promotora de saúde listam-se em: (a) promover a saúde e bem-estar dos alunos, (b) melhorar os resultados escolares, (c) defender os princípios de justiça social e equidade, (d) fornecer um ambiente seguro e de apoio, (e) fomentar a participação dos alunos e desenvolver o seu *empoderamento*, (f) articular as questões e os sistemas da saúde e da educação, (g) abordar as questões de saúde e o bem-estar de todo o pessoal

da escola, (h) colaborar com os pais dos alunos e com a comunidade, (i) integrar a saúde nas atividades correntes da escola, no programa escolar e nos critérios de avaliação, (j) estabelecer objetivos realistas com base em dados precisos e com sólidas evidências científicas e (k) procurar uma melhoria constante através de uma supervisão e a avaliação contínua.

O reconhecimento da importância da promoção da saúde da população escolar alicerça o Despacho n.º 2506/2007, de 20 de fevereiro. Neste normativo, o legislador estabelece que os projetos educativos dos agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas devem incluir o projeto de educação para a saúde, com a designação de um professor coordenador estruturando-se organizacionalmente a intervenção em meio escolar na capacitação com vista à promoção da saúde. O consumo de substâncias psicoativas é considerado, neste Despacho, uma área prioritária de intervenção.

A escola é, idealmente, o local que possibilita a oportunidade para o contacto com a multiplicidade e os jovens têm a perceção que esse espaço constitui um meio para os desenvolvimentos individual e social. É na escola que confluem o maior número de cidadãos, no decurso dos tempos. Entende-se, então, esta passagem, como a oportunidade para o empoderamento individual e, conseqüentemente, coletivo, e para o desenvolvimento das competências individuais como processo de crescimento pessoal em consequência da evolução nas conceções e na autonomia. Este crescimento permitirá tomadas de decisão conscientes e seguras. São, por isso, decisivas as estratégias holísticas que permitam atingir os princípios promotores da saúde em meio escolar e edificar escolas promotoras de saúde. O setor educativo não pode perder a oportunidade de formar cidadãos participativos, conscientes ao tomar decisões e conseqüentemente, detentores de novas atitudes perante a saúde.



## CAPÍTULO 3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

---

### 3.1. Introdução

No capítulo 3, apresenta-se a estrutura metodológica de investigação, adotada com o fito de alcançar os objetivos propostos para este trabalho. Após uma descrição sumária da estrutura do capítulo (3.1), faz-se uma descrição do estudo (3.2), seguindo-se a caracterização dos casos múltiplos (3.3). No subcapítulo subsequente (3.4), apresentam-se os instrumentos utilizados, sendo feita referência à sua construção, validação e adequação relativamente aos objetivos inicialmente estabelecidos e, por fim, procede-se à descrição da etapa de recolha (3.5), análise e tratamento da informação.

### 3.2. Descrição do estudo

A conceção de um programa ou de uma ação de melhoria e a eficácia da sua implementação dependem, substancialmente, do conhecimento e da compreensão da realidade que constitui o terreno social de aplicação. Nesse sentido, procurámos caracterizar as atitudes e os hábitos de abstinência e de consumo dos jovens escolares, percebendo os fatores motivacionais, externos e internos, que são promotores de um e de outro tipo de comportamento em utilização de espaços de aprendizagem e de lazer.

Na literatura da especialidade, como se revelou, são escassos os estudos comparativos, que caracterizam os casos de abstinentes e os casos de consumidores de álcool. Por isso, privilegiámos um contexto de descoberta, enquanto ponto de partida, num processo indutivo exploratório. A pergunta pivot *“Como se relacionam as motivações e as representações dos adolescentes acerca dos efeitos do álcool (sobre o organismo e nas redes de inter-relações sociais) com as suas atitudes face à abstinência e ao consumo?”*

conduziu-nos a uma abordagem metodológica que permitisse uma aproximação ao fenómeno a partir do interior, aprofundando casos particulares. Seguindo Bruyne, Herman e De Schoutheete (1991), revelava-se oportuno uma participação ativa na vida dos sujeitos observados e, acentuado, com destaque, por Kaufmann (2006), uma análise em profundidade do tipo introspetivo. Optámos, deste modo, por realizar uma comparação multicasos (Bogdan & Biklen, 1992; Stake, 1994) centrados numa narrativa (Bassey, 2002), onde seria possível descobrir convergências entre casos, que se apresentavam, *a priori*, categoricamente divergentes: abstinentes e consumidores. A lógica subjacente aos casos múltiplos, no dizer de Barlow, Nock e Hersen (2009), é a de que possa predizer resultados similares (replicação literal) de caso para caso, ou que se possa produzir resultados contrastantes, para razões previsíveis (replicação teórica).

A metodologia seguida organizou-se em três fases: a planificação; a recolha e análise de informação de um estudo de casos único; e análise multicasos, recapitulando a teoria e redigindo o relatório (Figura 1).

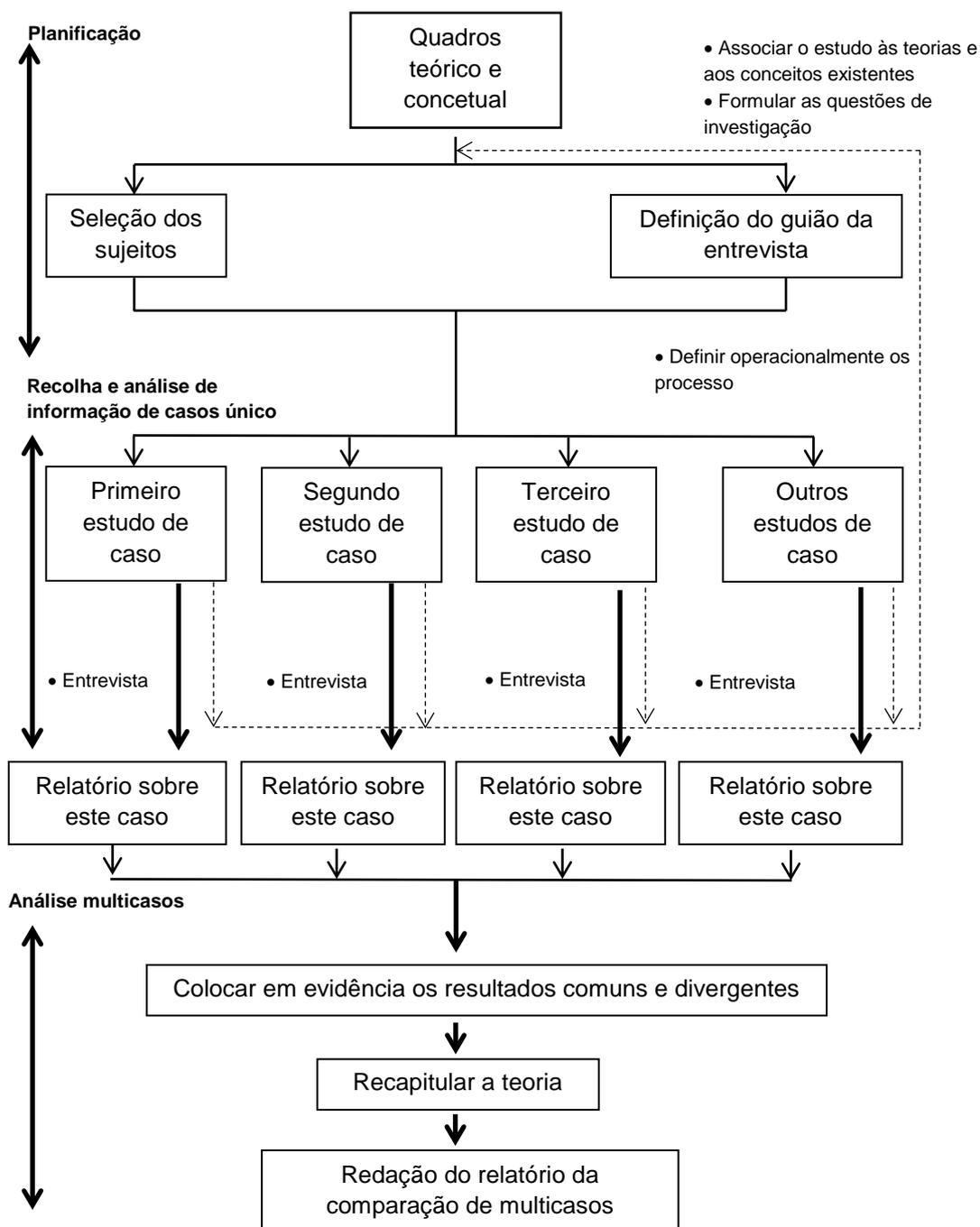


Figura 1. Fluxograma da comparação de multicaseos (com base em Yin, 2010).

### 3.3. Caracterização dos casos múltiplos

O diagnóstico realizado pelo último estudo do *HBSC/WHO de 2010* (Matos, Simões, Camacho, Tomé, Ferreira, Ramiro et al., 2012), revela que o Alentejo é região do país que regista maiores consumos de álcool. É também nesta zona onde se verifica a maior taxa de embriaguez entre os alunos (Feijão, 2010). Por esta razão, associada a argumentos de conveniência da investigadora, decidimos realizar o estudo numa escola secundária com terceiro ciclo do ensino básico do distrito de Évora.

Na definição do “quem” estudar, optámos por uma amostragem por casos múltiplos, em particular, uma amostra por contraste-aprofundamento, conforme é apelidada por Pires (2008). O seu propósito é estabelecer, em profundidade e de modo autónomo, uma comparação entre dois ou mais casos contrastados. Cada caso é estudado explorando as pistas sobre as variáveis que assinalam as diferenças entre os sujeitos.

O Inquérito Nacional em Meio Escolar de 2011 (Feijão, 2011a, 2011b) revelou que a P30D entre os adolescentes de 13 e 14 anos de idade é, respetivamente, de 12,6% e 25,1%; entre os 15 e os 16 anos de 39,7% e 53,1%; e entre os 17 e 18 anos de 60,3% e 70,1%. Em conformidade, decidimos selecionar os nossos sujeitos a partir destas idades (entre 13 e 18 anos), definindo o 8.º ano, o 10.º ano e o 12.º anos de escolaridade.

O critério referente ao tamanho da amostra, conforme defende Yin (2010), surge como irrelevante para este tipo de estudo. O número de replicações depende da certeza com que se deseja ter sobre os resultados dos multicaseos. Uma vez que para o tipo de amostragem que usámos não se aplica o conceito de saturação (“quantos”) (Guerra, 2006), assumindo o estudo um estatuto exploratório, optámos por selecionar cinco casos-contraste por cada ano de escolaridade, que contribuíssem para se encontrar alguma replicação dos resultados, ainda que, de acordo com Everson e Green (citados em Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008), cada uma das unidades, espelhe especificamente um aspeto da realidade e não a globalidade desta.

O critério para a seleção dos sujeitos assentou na sua disponibilidade e no seu interesse em participar neste estudo, tendo a auscultação dos alunos sido realizada pelo diretor de cada turma. Em cada turma procurou-se cinco alunos que se assumissem como não consumidores de bebidas alcoólicas e cinco alunos que declarassem ser consumidores. Este processo seletivo, que à partida nos parecia simples e fácil de executar, existiu com alguma dificuldade. Na verdade, assistiu-se a uma maior facilidade em recrutar alunos consumidores do que alunos abstinentes, que demonstravam o seu pouco à vontade em assumir o hábito de não consumidores perante os demais colegas.

Na Tabela 14 apresentam-se os dados relativos aos sujeitos que participaram no estudo.

Tabela 14 - *Caraterização dos sujeitos participantes no estudo.*

<b>Anos de escolaridade</b>	<b>Consumidor Não consumidor</b>	<b>Casos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Locais de residência</b>
8.º	NC	1	F	13	U
		2	F	13	U
		3	F	13	U
		4	F	13	R
		5	F	13	U
	C	6	M	14	U
		7	F	13	U
		8	F	13	U
		9	M	14	U
		10	M	15	U
10.º	NC	11	M	16	R
		12	F	15	U
		13	F	15	R
		14	F	15	R
		15	F	16	U

Tabela 14 (continuação) - *Caraterização dos sujeitos participantes no estudo.*

Página | 76

Anos de escolaridade	Consumidor Não consumidor	Casos	Sexo	Idade	Locais de residência	
12.º	C	16	M	15	R	
		17	M	15	R	
		18	M	15	R	
		19	M	15	U	
		20	F	15	U	
	NC	21	F	17	R	
		22	F	17	U	
		23	F	18	U	
		24	M	19	U	
		25	F	17	U	
		C	26	M	17	U
			27	F	17	U
			28	M	18	R
			29	M	18	U
		30	M	17	U	

Legenda: NC – não consumidor; C – consumidor; F – feminino; M – masculino; R – meio rural; M – meio urbano.

### 3.4. Instrumentos

O inquérito por entrevista foi o método de recolha de informação eleito, permitindo o contacto direto entre o investigador e o sujeito a estudar, recorrendo-se a conversas orais individuais, de acordo com os objetivos definidos na recolha de informações. Elaborámos um guião de entrevista exploratória que permitisse o aprofundamento dos factos e/ou das opiniões expressas sobre acontecimentos, os outros sujeitos e sobre o próprio, uma vez que para um tipo de investigação rareiam conhecimentos prévios

aprofundados. A narração levada a efeito pelo sujeito permite, através da narrativa de vida, salientar de uma realidade numérica nivelada, factos importantes, que não seria possível recorrendo às técnicas quantitativas (Lalanda, 1998).

O instrumento usado integra-se num formato de entrevista semiestruturada (Afonso, 2005; Flick, 2005; Punch, 2005), tendencialmente direccionada para a especificidade de um tema, tendo por base um guião, instrumento gestor da entrevista, garantindo que os intervenientes responderam às mesmas questões, preservando um nível de flexibilidade na exploração das mesmas. Acionámos propostas avançadas por Kaufmann (2006) relativamente à entrevista compreensiva, nomeadamente a abertura do guião da entrevista, a possibilidade de inversão da ordem das questões, a adoção de um discurso e tonalidade vocal muito próximos do discurso quotidiano, estabelecendo de uma empatia, sem descuro dos papéis esperados e o uso de algum humor na interação com o sujeito.

Uma constante deste trabalho foi a relação de confiança e de colaboração estabelecida com os entrevistados, prezando a sua autonomia, a sua integridade, a sua confidencialidade e sua privacidade e dos relatos, assim como o tratamento fiel da informação e da sua análise. Foram ponderadas as dimensões éticas entre entrevistador e entrevistado que se revelaram transversais à plenitude do trabalho que desenvolvemos.

Os guiões das entrevistas materializaram-se com base nas questões de investigação e nos eixos de análise do projeto que desenhamos. A investigação que desenvolvemos recorreu à análise de conteúdo e fornece informação controlada, assente na dedução e na inferência. Bardin (1994) defende que a análise de conteúdo oscila entre a riqueza da subjetividade e o rigor da objetividade, na sua função interpretativa. A autora considera este instrumento multifuncional com morfologias plurais que o seu grande interesse reside no incómodo de prolongar o período entre as intuições ou hipóteses de partida e as interpretações finais. Numa esfera diferenciada, a investigação que apresentamos, procura, sem demasiada ousadia, assumir-se como uma pesquisa para-aplicada. Alicerçando-se numa predefinição epistemológica, com

a informação recolhida aspiramos a que permita, a breve prazo, uma ação de envolvimento na formação de pessoal docente e discente, transpondo para a delineação da prática pedagógica os contributos que originou, com intervenção na própria formação contínua de professores em exercício no âmbito da educação para a saúde.

No presente estudo, os guiões utilizados são da autoria da investigadora, alicerçados na literatura acerca da problemática em questão. A opção de construir os guiões prendeu-se ao facto de não existirem, até ao momento, guiões publicados que se adequassem à população portuguesa adolescente, nas faixas etárias sobre as quais recaiu o estudo. Produziram-se dois guiões que se materializaram a partir das questões de investigação e eixos de análise do projeto: um para alunos não consumidores e outro para alunos consumidores (Anexo 1). Visava-se descortinar fatores de risco promotores da experimentação, consumo esporádico e manutenção do hábito de consumo de bebidas alcoólicas, conhecer os fatores protetores do consumo destas bebidas e a perceção dos riscos em saúde.

Os roteiros de entrevista construídos, com base na revisão da literatura e nos normativos legais, assentam nas seguintes dimensões e subdimensões: dimensão pessoal (subdimensão fatores individuais); dimensão ambiental (subdimensão fatores promotores do hábito do consumo de álcool); dimensão sociocultural (subdimensões fatores macro e micro sociais, representações sociais, perceção dos riscos em saúde). Cada subdimensão apresentava um conjunto de objetivos, corporalizando-se em questões ilustrativas, abertas e focalizadas na exploração das opiniões dos entrevistados (Anexos 3 e 4)

O guião da entrevista estrutura-se em três partes. A primeira parte justifica a entrevista, estimula o entrevistado e integra os dados demográficos do participante (Tabela 15).

Tabela 15 - Primeira parte da entrevista.

<b>INÍCIO</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>
JUSTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA E INCENTIVO AO ENTREVISTADO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentar a entrevistadora</li><li>• Apresentar a investigação</li><li>• Justificar a entrevista</li><li>• Incentivar o entrevistado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentar a entrevistadora e explicar os objetivos da investigação.</li><li>• Comunicar os principais objetivos da entrevista.</li><li>• Agradecer a colaboração do entrevistado destacando a importância da sua participação na investigação.</li><li>• Garantir o anonimato do entrevistado.</li><li>• Solicitar autorização para o registo áudio da entrevista.</li><li>• Informar que receberá a transcrição da entrevista com o propósito de validação.</li><li>• Transmitir que os resultados serão disponibilizados ao entrevistado, a seu pedido.</li></ul>
CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caracterizar o entrevistado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Idade</li><li>• Ano de escolaridade</li><li>• Local de residência</li></ul>

A segunda parte é constituída pela dimensão pessoal (formada pela subdimensão “fatores individuais”) (Tabela 16).

Tabela 16 - Segunda parte da entrevista.

<b>DIMENSÃO PESSOAL</b>		
<b>SUB DIMENSÃO</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>QUESTÕES ILUSTRATIVAS</b>
FATORES INDIVIDUAIS	<p>ODP1. Conhecer motivações pessoais para o não consumo de bebidas alcoólicas</p> <p>ODP2. Compreender as atitudes manifestadas pelos alunos relativamente ao não consumo de bebidas alcoólicas</p>	<p>QDP1. Em algum momento da tua vida pensaste tomar bebidas alcoólicas?</p> <p>QDP2. Quais foram os motivos que te levaram a considerar essa possibilidade?</p> <p>QDP3. Já alguma vez experimentaste, nem que tivesse sido um gole?</p> <p>QDP Final Continuas a achar que é importante não ingerir bebidas alcoólicas? Que causas apontas para o teu comportamento? Neste momento, como descreves o processo que te leva a continuar à abstinência de bebidas alcoólicas?</p> <p>QDP4. Achas que vives, de forma mais agradável, os momentos de convívio e os teus momentos solitários, pelo facto de não ingerires essas bebidas? Porquê? O que sentes?</p> <p>QDP5. Sentes-te diferente por não consumires bebidas alcoólicas? Em que medida? Quais são as diferenças que notas entre quem bebe e quem não bebe?</p>

A terceira parte envolve a dimensão ambiental (formada pela subdimensão “fatores promotores do hábito de consumo alcoólico”) (Tabela 17).

Tabela 17 - Terceira parte da entrevista.

DIMENSÃO AMBIENTAL		
SUBDIMENSÃO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ILUSTRATIVAS
FATORES PROMOTORES DO HÁBITO DO CONSUMO DE ÁLCOOL	ODA1. Conhecer as bebidas não alcoólicas mais consumidas entre os adolescentes.	QDA1. Quais são as bebidas que tomas habitualmente? E os teus amigos?  QDA2. Que razões indicas para o facto de serem essas as vossas preferidas?
	ODA2. Conhecer o nível de acessibilidade	QDA3. Como classificarias o grau de dificuldade em adquirir bebidas alcoólicas por parte dos adolescentes que as consomem? O que contribui para isso?  QDA4. Quanto adquirem uma bebida alcoólica, os teus amigos que as consomem, apresentam um documento de identificação (BI, CC)? Em que locais já testemunhaste este ato?  QDA5. O que sentes acerca do limite de idade para o consumo alcoólico?  QDA6. Quais são as formas para obteres dinheiro para comprar as bebidas que costumam tomar?

A quarta parte (Tabela 18) corresponde à dimensão sócio cultural (integrando as subdimensões “fatores micro sociais”, “fatores macro sociais”, “representações sociais” e “perceção dos riscos em saúde”).

Tabela 18 - *Quarta parte da entrevista.*

**DIMENSÃO SOCIOCULTURAL**

Página | 82

SUB DIMENSÃO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ILUSTRATIVAS
<b>FATORES MICRO-SOCIAIS</b>	ODSC1. Conhecer a influência da família no comportamento não alcoólico	QDSC1. Em que medida os teus familiares (pais, tios, avós, primos...) te servem de modelo e não te incentivam a tomar bebidas alcoólicas? Algum deles, alguma vez te motivou para experimentar?  QDSC2. Algum familiar próximo toma regularmente bebidas alcoólicas?  QDSC3. Que pensam os teus pais sobre o facto de não ingerires bebidas alcoólicas?
	ODSC2. Conhecer o nível de intervenção dos pais, perante o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes	QDSC4. Como atuam os teus pais relativamente ao consumo de álcool?  QDSC5. Como te sentes perante a atuação dos teus pais? Que efeitos tem sobre ti?
	ODSC3. Conhecer a interferência dos pares no consumo não alcoólico	QDSC6. Quais são as influências que se desenvolvem no teu grupo de amigos, no sentido do consumo de bebidas alcoólicas?  QDSC7. O que te parece o facto dos teus amigos ingerirem bebidas alcoólicas?  QDSC8. Valoriza-los por isso? Na tua opinião que valores deverá ter um amigo para o considerares admirável?  QDSC9. Quando saís com os teus amigos o que contribui para não tomares bebidas alcoólicas independentemente deles o fazerem?  QDSC10. Alguma vez tomaste bebidas alcoólicas apenas para não desiludires os teus amigos? E para os acompanhares, sem que tivesses vontade de o fazer?  QDSC11. Quais são os comportamentos que facilitam a integração de um novo elemento no teu grupo de amigos? Não tomar bebidas alcoólicas é um deles?
	ODSC4. Compreender a razão da elevada ingestão de bebidas alcoólicas num curto período	QDSC12. Como justificas que atualmente se beba, em algumas ocasiões, com o limite da embriaguez?  QDSC13. Qual é a tua opinião relativamente ao consumo de bebidas com elevada concentração de álcool?  QDPSC14. Como relatam os teus amigos os sintomas de ressaca? Como influenciam esses sintomas o desencorajamento da ingestão de bebidas alcoólicas?

Tabela 18 – Quarta parte da entrevista (Continuação).

DIMENSÃO SOCIOCULTURAL		
SUBDIMENSÃO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ILUSTRATIVAS
<b>FATORES MACRO-SOCIAIS</b>	ODSC5. Identificar o efeito de modelagem social exercida através dos <i>mass media</i> e sociedade.	QDSC16. Que pensas da divulgação, nos <i>mass media</i> , de bebidas alcoólicas? Consideras que influencia o consumo e as tuas preferências?  QDSC17. Como relacionas a popularidade dos elementos do teu grupo e o consumo de bebidas alcoólicas?  QDSC18. Como consideras o consumo de bebidas alcoólicas, entre os adolescentes? É um hábito <i>in</i> ?
<b>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b>	ODSC6. Conhecer as representações sociais dos adolescentes relativamente ao consumo alcoólico.	QDSC19. Por que razões consideras importante a ingestão de bebidas alcoólicas?  QDSC20. Que relação encontras entre o teu desempenho escolar e o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas?
<b>PERCEÇÃO DOS RISCOS EM SAÚDE</b>	ODSC7. Identificar a perceção da interferência do álcool na saúde individual e coletiva.	QDSC21. O que pensas dos efeitos resultantes da ingestão de álcool ao nível da saúde individual?  QDSC22. Consideras que o álcool provoca dependência? Essa dependência constitui um problema de saúde mental?  QDSC23. Que opinião tens acerca da relação acidentes, nomeadamente a sinistralidade rodoviária associados ao consumo alcoólico?  QDSC24. Já andaste com alguém de moto ou de carro em que sentisses que o condutor estava sob o efeito do álcool? O que aconteceu? Como te sentiste?

Tabela 18 – *Quarta parte da entrevista (Continuação).*

<b>DIMENSÃO SOCIOCULTURAL</b>		
<b>SUBDIMENSÃO</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>QUESTÕES ILUSTRATIVAS</b>
<b>PERCEÇÃO DOS RISCOS EM SAÚDE</b>	ODSC8. Conhecer substâncias associadas ao consumo de álcool.	QDSC25 Já te aconteceu, consumindo álcool, tomares outro tipo de substâncias (algum outro tipo de droga, como o tabaco)? Quais? O que sentes nesses momentos?
	ODSC9. Conhecer a ação pedagógica da escola sobre o consumo alcoólico.	QDSC26. Qual é a intervenção da escola acerca do consumo de bebidas alcoólicas?

Página | 84

A quinta e última parte do guião (Tabela 19) refere-se ao “encerramento da entrevista”. Nesta última parte, foram solicitadas ao sujeito impressões acerca do desenvolvimento da entrevista e informações preteridas durante o diálogo.

Tabela 19 - *Quinta parte da entrevista.*

<b>ENCERRAMENTO</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>QUESTÕES ILUSTRATIVAS</b>
	OE1. Identificar informações preteridas durante a entrevista	QE1. No decurso da entrevista, foi omitido algo de importante? Gostarias de acrescentar mais alguma informação?

As três dimensões constituintes do guião originaram as subdimensões relativas a diferentes fatores de risco desencadeantes da experimentação, motivadores do consumo esporádico e manutenção, de proteção à experimentação e manutenção do hábito alcoólico.

A qualidade dos dois guiões produzidos foi assegurada por testes lógicos de validade e de confiabilidade. Para testar a validade de constructo, foram definidos objetivos específicos para cada um dos fatores e, com base nestes, a corporalização de questões ilustrativas abertas focalizadas na perceção de opiniões e exploração das perceções dos entrevistados. Estas questões,

assentes na especificidade dos objetivos definidos, estão fundamentadas em autores e normativos que referem indicadores à abstinência e ao consumo de bebidas alcoólicas, com um encadeamento de evidências. Foram ainda previstas questões de aprofundamento das questões ilustrativas. Ainda a este nível, solicitou-se a informantes-chave (painel de juízes) que fizessem uma revisão do rascunho dos dois guiões, a saber:

*Doutor Domingos Neto*

Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta. Clínica Princípio – Psiquiatria e Psicologia.

*Doutor Jorge Bonito*

Biólogo. Especialista Universitário em Prevenção de Riscos e Promoção da Saúde. Professor Auxiliar na Universidade de Évora.

*Doutor Vítor Rodrigues*

Enfermeiro. Professor Coordenador com Agregação na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

*Mestre Fernanda Feijão*

Psicóloga. Técnica Superior do Núcleo de Estudos e Investigação do Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências.

Depois de recolhidos os comentários dos especialistas, foram efetuadas as alterações sugeridas. Por último, foi aplicada uma pré-entrevista a dois estudantes (um consumidor e outro não consumidor) no sentido de aferir e de incorporar modificações. Decorreram destas entrevistas ajustes de âmbito vocabular facilitadores da interpretação das questões resultando, em consequência a versão final.

A elaboração do guião usa, como se disse, teoria nos estudos de caso e socorre-se da lógica na replicação dos estudos de caso múltiplos, oferecendo alguma validade externa. No guião são abordadas explanações antagonistas e goza do uso de modelos lógicos de encadeamento das ideias, garantindo alguma validade interna. A confiabilidade garantiu-se através do uso do guião nos multicasos e no desenvolvimento de uma base de informação para o estudo.

### 3.5. Recolha da informação

Os primeiros contactos com a escola ocorreram no final do mês de março de 2011. Fez-se a apresentação do projeto ao diretor e recolheu-se o seu parecer favorável à realização deste tipo de estudo naquele estabelecimento. A autorização e o registo da ex-Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação foi obtida em 5 de abril de 2011, sob o n.º 0 198 100 001.

Na continuação, o diretor da escola designou um elemento mediador, com o objetivo de articular com a investigadora o processo de recolha de informação. Tendo presente o projeto de investigação, o elemento mediador contactou os diretores de turma, um por cada ano de escolaridade, aos quais foi entregue uma carta de apresentação do trabalho (Anexo 2). Em sequência da anuência destes, foi realizada uma sessão de divulgação do estudo, pelos diretores a cada uma das turmas envolvidas. O processo de seleção dos alunos assentou no seu voluntariado e no contraste abstinente-consumidor.

Os alunos voluntários constituíram a via de contacto com os seus encarregados de educação, fazendo-lhes chegar uma carta de apresentação do projeto e os pedidos de consentimento informado (Anexo 3), no início do 2.º período letivo.

As entrevistas decorreram durante o 2.º e o 3.º períodos letivos de 2010/2011 em dois locais. Na escola, foi disponibilizado um gabinete, localizado numa ala retirada, com luminosidade adequada e ambiente acolhedor, elegante e sobriamente decorado. Alguns alunos solicitaram para serem entrevistados em sua casa, num espaço que se revelou tranquilo e hospitaleiro, sem perturbações. As entrevistas foram registadas, com autorização dos sujeitos, em gravação digital *Olympus VN-6800PC*.

### 3.6. Análise da informação

Cada sujeito foi identificado com um código, formado pela letra E (de entrevistado), seguido por um numeral cardinal (que identifica o ano de escolaridade), ultimado por um outro numeral cardinal que estabelece o número do entrevistado. Assim, por exemplo, o código E 8-4, corresponde ao entrevistado número 4 do 8.º ano de escolaridade.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito pela investigadora, *ipsis verbis*, em *Microsoft Word 2007* (Anexo 4). De seguida, foram elaboradas sínteses de cada caso (Anexo 5) e construídos quadros sinóticos por dimensão e por ano de escolaridade (Anexo 6). A análise e a codificação respostas foram feitas com base na técnica *open coding da grounded theory* (Orlikowski, 1993; Strauss & Corbin, 1990) e com auxílio de Bardin (1994). Tendo como referência a codificação elaborada *a priori*, destacaram-se as ideias chave como unidades de sentido, dependentes de outras partes do texto com as quais se relacionavam. Por fim, colocaram-se em evidência os resultados comuns e divergentes dos casos e, recapitulando a teoria, construiu-se um quadro conceptual interpretativo multicasos. A análise de conteúdo realizada recebeu validação interna através de cruzamentos com a análise desenvolvida pelo orientador deste trabalho.



## CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

---

No presente capítulo são apresentados e discutidos os resultados conseguidos no estudo e também confrontados com os quadros teórico e concetual. A organização dos dados efetiva-se com base no hábito dos escolares de abstinência e de consumo de bebidas alcoólicas, alicerçada nas dimensões e subdimensões, atendendo aos objetivos específicos. Visa-se alcançar a resposta às questões de investigação delineadas. O capítulo divide-se em dois subcapítulos: o hábito de abstinência de álcool (4.1) e o hábito do consumo de álcool (4.2). Cada um dos capítulos integra as diferentes caracterizações por dimensão, subdimensão e objetivos específicos.

### 4.1. O hábito de abstinência do consumo de álcool

#### 4.1.1. Dimensão pessoal: fatores individuais

*4.1.1.1 Motivações pessoais para o não consumo de bebidas alcoólicas.* Todos os alunos entrevistados, considerados por si próprios como não consumidores, declaram ter já consumido álcool em algum momento das suas vidas. Porém, a partir daí, alguns não terão dado continuidade a essa prática após a experimentação ou, face a um período de consumo de alguns anos terão optado pela cessação.

*A partir dos 12 anos comecei a beber, com os meus amigos, apanhei bebedeiras com eles mas depois ao longo do tempo... houve uma pessoa que me ajudou a alterar isso que foi o meu namorado. É difícil... ele não bebe e eu embebedar-me, é um bocado complicado, se fosse ao contrário eu também não gostava. Acho que foi isso que me influenciou um bocado. Eu não sou muito de me deixar influenciar mas... eu comecei a beber porque quis... não fui influenciada por ninguém as coisas foram-se alterando. Fui bebendo menos. Mas a decisão de não tomar mais foi radical. Foi no S. Mateus, no ano passado [aos 16 anos de idade]. (E 12-25)*

Entre os alunos do 8.º ano de escolaridade, a experimentação da ingestão de bebidas alcoólicas acontece aos 13 anos de idade, na companhia de amigos ou dos pais. Relativamente aos do 10.º ano, a experimentação ocorre entre os 13 e os 15 anos. Os alunos mais velhos relatam contactos com o álcool entre os 12 e os 15 anos de idade, na companhia de amigos.

Os escolares que frequentam o 8.º ano referem como motivação pessoal para a experimentação do álcool, o ambiente, a diversão, a curiosidade e a observação de comportamentos. A curiosidade, a permissão dos pais e a influência tácita por observação de comportamentos de consumo entre os colegas mais velhos são motivos declarados pelos alunos do 10.º ano, sendo a última razão o único motivo apontado pelos estudantes do 12.º ano.

*Eu quis experimentar... até os meus pais me disseram que eu podia experimentar... estava com os meus pais. Não gostei do sabor... provei cerveja e vinho... acho que tinha 13 anos. (E 10-12)*

*Estávamos todos... e tive curiosidade em experimentar. Mas não sou consumidora porque não gostei, nem do sabor, nem do cheiro e porque engorda imenso... e pessoas bêbedas é horrível de aturar. (E 10-13)*

*Sair à noite leva a tomar bebidas alcoólicas ou não... se vamos a um bar parece um bocado mal estar lá e não tomar, por isso consumimos sempre alguma coisa ou comemos, ou qualquer coisa desse tipo...mesmo que seja uma bebida alcoólica ou não alcoólica. Também convivemos em cafés... consumimos alguma coisa ou então passar uma tarde por aí. (E 12-21)*

A experimentação do consumo acontece entre os 12 e os 15 anos de idade, estando na continuidade de estudos anteriores (Balsa et al., 2008; Matos et al., 2012), tendo vindo a manifestar-se em idades cada vez mais precoces (Vinagre & Lima, 2006). A curiosidade, a imitação, a pertença a um grupo de pares e a motivação familiar constituem-se como fatores promotores da experimentação e do consumo, também encontrados em estudos realizados por Gaudet (2006) e Muisener (1994). Os momentos em que decorreu a experimentação e as posteriores ocasiões de consumo coincidem com dados já revelados em outros trabalhos (Cabral, 2007; Freyssinet-Dominjon & Wagner 2006).

4.1.1.2. *Atitudes manifestadas pelos alunos relativamente ao não consumo de bebidas alcoólicas.* Os alunos afirmam viver de forma mais agradável em consequência do seu hábito de abstinência. Entre os estudantes do 8.º ano são reveladas as consequências da ingestão como justificação das suas atitudes, nomeadamente, não fazer figuras ridículas e os pais não terem de os ir buscar pelo seu estado de embriaguez, no decurso dos momentos festivos.

*Eu vivo todos os momentos e quem bebe às vezes nem sabe o que diz e o que faz... vivo bem sem precisar. Nas festas quando bebem de mais é complicado para eles e para os pais que às vezes têm de vir buscá-los... isto não me dá vontade de beber. (E 8-3)*

Os alunos dos 10.º e 12.º anos afirmam viver melhor o ambiente festivo, estar conscientes das suas atitudes, estarem divertidos, bem-dispostos, cumprirem normas de conduta, não exalar mau odor característico dos consumidores, não se deixarem influenciar e aproveitarem melhor o tempo com os amigos. A vivência de experiência negativa, em sequência do consumo excessivo, contribui para considerar desnecessário o consumo de bebidas alcoólicas (E 10-5).

*Estávamos todos... e tive curiosidade em experimentar. Mas não sou consumidora porque não gostei, nem do sabor, nem do cheiro e porque engorda imenso... e pessoas bêbedas é horrível de aturar. (E 10-13)*

*Eu deixei de beber depois da minha primeira e única bebedeira. Senti-me muito mal e considero que vivo mais agradavelmente quando não bebo. Aproveito melhor o tempo com os meus amigos e achei que era uma anormalidade beber e ficar daquela maneira... não me divertia mais por beber... passei mal quando estava bêbeda e no dia a seguir. Agora vou às festas, divirto-me e fico bem. (E 10-15)*

Entre os alunos do 12.º ano, é ainda referido que não se sentem discriminados pelo facto de serem não consumidores (E 12-21, E 12-22) porém, há também quem declare que se sente desintegrado do grupo por não consumir bebidas alcoólicas (E 12-23, E 12-24).

*Pela minha parte é igual, eu tanto sou amiga de quem bebe como de quem não bebe. Mas eu dou o meu exemplo, como sou estrangeira... na minha turma, eles saem, bebem, fumam, andam bêbados na estrada, fazem porcaria e isso é porque eu não bebo e sou um bocadinho mais tímida eles não falam muito comigo, nem querem sair comigo, por isso acho que se eu fizesse o mesmo que eles eu tinha mais amigos... mas prefiro não ter do que estragar a minha saúde. (E 12-23)*

*Sentir diferente não mas, em certas situações, estava um grupo de amigos mesmo bêbedos a sério e deixaram-me de fora... mas não me sinto diferente por causa disso. (E12-24)*

Página | 92 Os locais onde experimentaram tomar bebidas alcoólicas foram espaços festivos, nomeadamente bares (E 12-22), festas (E 8-1, E 10-11, E 10-14, E 10-15) restaurantes (E 10-13, E 12-21) e, alguns referem, a sua casa (E 8-2, E 8-4, E 8-5, E 10-12).

Entre os alunos do 12.º ano de escolaridade não se entende importante o consumo de bebidas alcoólicas (E 12-22).

#### 4.1.2. Dimensão ambiental: fatores promotores do hábito de consumo alcoólico

*4.1.2.1. As bebidas mais consumidas entre os adolescentes.* As bebidas apontadas como preferidas pelos alunos não consumidores são sumos, refrigerantes, chá e Coca-Cola®, sendo esta última a mais referida entre os entrevistados (E 8-1, E 8-2, E 10-12, E 10-14, E 10-15 E 12-22, E 12-24, E 12-25). Todos os escolares apontam o sabor como a razão das suas preferências. Os estudantes do 10.º ano avançam também o preço baixo como importante na escolha das bebidas alcoólicas entre os amigos, nomeadamente da cerveja (E 10-11, E 10-13, E 10-15). A cerveja é considerada a bebida iniciática no mundo das bebidas alcoólicas (E 10-11):

*a cerveja é mais barata. As brancas são as mais vendidas nas discotecas... apesar de serem as piores, as que têm mais álcool. Quem bebe bebidas brancas tem mais estatuto e já não se satisfaz com a cerveja. Para mim a cerveja é o início, é o perigo, e a partir daí a pessoa já vai começar a ficar viciada. (E 10-11)*

*A cerveja é mais barata, as bebidas brancas sabem melhor. (E 10-13)*

*Depois, algumas bebidas não alcoólicas acabam por ser mais caras do que as alcoólicas... a cerveja é barata. Às vezes há promoção de bebidas alcoólicas, de cerveja principalmente, e aí vai toda a gente comprar... às vezes não depende só de nós bebermos... quem bebe quer mesmo mostrar que são bebidas alcoólicas. (E 10-15)*

Entre os alunos do 8.º ano, refere-se a divergência de preferências no momento da escolha das bebidas relativamente aos seus amigos: umas vezes

consomem bebidas alcoólicas e outras vezes optam por não consumir (E 8-3, E 8-4, E 8-5). Os escolares do 10.º ano declaram que os amigos preferem tomar bebidas alcoólicas; os alunos mais velhos relatam coincidência nas escolhas de bebidas não alcoólicas mas, com acréscimo da ingestão de álcool, em algumas ocasiões (E 12-21, E 12-22, E 12-24). Também se regista, entre os alunos do 12.º ano, a total discrepância de consumos com os pares (E 12-23, E 12-25):

*à noite, ao fim de semana. Nesses dias já sabemos que se bebe, já faz parte... Agora bebo Coca-Cola® ou água, apesar dos meus amigos tomarem cerveja e bebidas brancas, eu gosto do sabor e eles também gostam do que decidem beber. (E 12-25)*

Encontramos uma associação entre os momentos de lazer e o consumo alcoólico, coincidindo com o postulado por Cabral (2004) e Swisher e Hu (1983). A cerveja apresenta-se como a bebida alcoólica de preferência, identificada por Hibell et al. (2009).

**4.1.2.2. Nível de acessibilidade.** Os alunos do 8.º ano têm facilidade em adquirir bebidas alcoólicas (E 8-1, E 8-2, E 8-3, E 8-5) em concordância com a totalidade dos seus colegas dos níveis superiores. A venda deste tipo de bebidas faz-se, mesmo contra lei, a pessoas que se apresentam alteradas pelo efeito da ingestão alcoólica (E 12-24):

*pede-se a um mais velho... eu experimentei na FIAPE e aí nem os bares ligam muito a isso... mas também não fomos nós que pedimos... foram amigos mais velhos. Nós queríamos experimentar e eles ofereceram-se para ir buscar para nós... a mim quem deu foi o meu irmão que também não tem idade mas, como parece mais velho, venderam-lhe sem problema. (E 8-1)*

*Extremamente fácil. Qualquer pessoa compra. Podemos até ir ao [supermercado omitido] que vendem e não pedem o BI. Uma vez fizemos um cabaz de Natal onde havia vinho e bebidas brancas, na altura tínhamos 14-15 anos, fomos comprar e ninguém nos pediu nada, foi em [localidade omitida]. E nas festas é igual... às vezes quem não tem idade pede aos mais velhos para comprar... e oferecem-lhes uma bebida. (E 10-13)*

*A lei não é respeitada e qualquer pessoa consegue adquirir. Eu tenho 15 anos e os colegas da minha idade compram sem problema... não é nada*

*controlado. Nos meios maiores, como Lisboa, dizem que é mais controlado. (E 10-14)*

*Ao balcão ninguém lhes diz: “– Não tens idade para beber bebidas alcoólicas”. Por isso, bebem cada vez mais cedo. (E 12-24)*

*Uma pessoa está já num estado... está bêbedo e continuam a servir bebidas alcoólicas. Não há quem diga: “– Tu já estás muito mal, não vais beber mais”. Isso passa-se aqui em [localidade omitida] e nos outros sítios. (E 12-24)*

Todos os estudantes assinalam um interesse dos comerciantes como o principal motivo do facilitismo na venda de bebidas alcoólicas. É também afirmado que o facto de os adolescentes possuírem dinheiro contribui para que adquiram facilmente este tipo de bebidas (E 8-4):

*vendem a pessoas com menos de 16 anos... já vi as minhas amigas comprar. Até lá está indicado que é proibido vender a menores de 16 e vendem na mesma... Querem fazer dinheiro, é só isso que importa. (E 8-3)*

*Por causa do dinheiro, querem lucros, querem muito dinheiro... não se importam com as outras pessoas querem mas é o dinheiro. (E 8-4)*

*Nas festas vendem facilmente a qualquer pessoa. Em bares nem tanto, mas os mais velhos compram para os mais novos. Querem mesmo vender aos jovens e passa a informação: “– Vão a este que este vende”. (E 8-5)*

*Eu tenho 15 anos e os colegas da minha idade compram sem problema... não é nada controlado. Nos meios maiores, como Lisboa, dizem que é mais controlado. As pessoas que querem vender não têm responsabilidade... querem vender e pronto. São meios pequenos e as pessoas acabam por se conhecer e isso facilita... mesmo nos nossos jantares... fecham um bocadinho os olhos. (E 10-14)*

Os estudantes do 8.º ano de escolaridade declaram que ainda não assistiram à solicitação de documentos de identificação aquando da aquisição de bebidas alcoólicas (E 8-1, E 8-2, E 8-3, E 8-5). Estas declarações coincidem com as dos alunos do 10.º ano (E 10-11, E 10-12, E 10-14, E 10-15):

*normalmente nunca lhes pedem... já reparei, principalmente nos bares tanto em [localidade omitida] como em [localidade omitida]... não pedem o BI... mas tenho amigos que mudaram a data de nascimento no BI e assim estão sempre à vontade. (E 10-11)*

*No [supermercado omitido], vendem bebidas alcoólicas e não pedem o BI. Comprou bebidas para colocar num cabaz de Natal, em [localidade omitida] e também não lhe pediram. Nas festas, por vezes, os mais velhos compram para os mais novos consumirem e estes oferecem depois uma bebida a quem lhe comprou. (E 10-13)*

*Quando comecei a beber [aos 12 anos] ia para o [bar omitido]. E como conhecíamos o [dono omitido] ele dava-nos bebida e pronto. Não havia dificuldade. Nessa altura eu não ia aos supermercados comprar... não havia ainda muito o ritual de ir aos supermercados. Fui sempre eu que comprei as bebidas, não pedia aos mais velhos. Ia sempre ao mesmo bar, como me conheciam era fácil comprar, em vez de ir a outros sítios... (E 12-25)*

O limite de idade para aquisição e consumo de bebidas alcoólicas é encarado, diferentemente pelos entrevistados, com balizas estabelecidas entre os 15 anos de idade e a total proibição (E 10-11). São os alunos mais velhos que, em maior número, consideram mais adequada a idade de 18 anos. Entre os estudantes é aceite a idade de 16 anos (E 8-1, E 8-4, E 10-12, E 10-15, E 12-25) todavia, há quem a considere precoce e avança os 18 anos como idade mínima para o consumo (E 8-5, E 10-14, E 12-21, E 12-22, E 12-23, E 12-24). Também se opina que os 16 anos é uma idade tardia, pois quem inicia, fá-lo mais precocemente (E 8-2 e E 10-13). Os estudantes consideram, ainda, que é necessário ser legislada uma idade limite mas, como o preceito legal não é cumprido, não surte efeito.

*Não acho mal mas... uma coisa é vender exageradamente. Eu acho mal que passem para os 18 anos, sempre foi aos 16... acho mal que mude. Ainda não percebi por que querem mudar. É a adolescência, as pessoas sabem como é que a gente é, de um modo geral... ninguém começa a beber só aos 18 anos. (E 8-1)*

*Terem 16 ou 13 é igual... eles vão lá compram e bebem... completamente... a diferença é que se eu for lá porque sou baixinha, não vendem mas se eu pedir a um amigo mais alto da minha idade, eles vendem. Ter 13 ou 16 anos é a mesma coisa... não se cumpre. Acho que 16 é um bocado novo... talvez para os 18. (E 8-5)*

*Quem quer comprar ou beber mesmo sem idade arranja sempre maneira de o fazer... não é por alterar a idade que isso mudaria... acho que não tem importância mudar... mesmo que mudassem para os 18, se bem que acho que é um exagero... a lei não se faz impor... Nas festas há muita confusão e os mais novos bebem sempre... não há vigilância. (E10- 13)*

Relativamente à obtenção do dinheiro com vista à compra das bebidas que ingerem, todos os alunos do 8.º ano declaram ser os pais a entregar-lho por altura das festas, ou usam do que amealham das mesadas e das ofertas de Natal. Os estudantes do 10.º ano, para além do dinheiro que os pais lhes dão, recorrem ao dinheiro que lhes é ofertado por ocasião do aniversário (E 10-15) e um dos alunos mais velhos usa, também, dinheiro que ganha em trabalhos que

realiza (E 12-54). É ainda manifestado que os preços mais elevados das bebidas limitam o consumo (E 8-2, E 8-5).

*Eu punha muito mais [o preço das bebidas]. Acho que se beberia menos. As pessoas mais novas e os adolescentes não tinham dinheiro para comprar. (E 8-2)*

*Se subissem um bocado o preço, as pessoas bebiam uma e chega... E acho que eles também estão a baixar o preço disso... isso não acho bem... houve um momento da festa em que baixaram o preço a quase tudo. Com a pulseira nós temos uma imperial grátis. Só paguei os Eristoff Black®... aí a cerveja era um euro se a fôssemos comprar, mas a um dado momento da festa, baixaram cinquenta cêntimos em cada bebida. (E 8-5)*

O diminuto controlo legal das idades dos consumidores e a permissividade tácita para a permanência em espaços de consumo de bebidas alcoólicas parecem contribuir para a ingestão alcoólica, fatores identificados no estudo de Feijão, Lavado e Calado (2011). O consumo é incrementado com o reduzido preço das bebidas, fator determinante profusamente apontado por Betts e Scott (2005) e van Hoof, van Noordenburg e de Jong (2008).

#### 4.1.3. Dimensão sociocultural: fatores microssociais

*4.1.3.1. A influência da família no comportamento não alcoólico.* Parece que existem familiares que não influenciam na ingestão de bebidas alcoólicas (E 8-3, E 8-4, E 8-5, E 10-11, E 10-13, E 10-14, E 10-15, E 12-22, E 12-25), porém, há alunos que afirmam terem sido motivados (E 8-1, E 8-2, E 12-21, E 12-23, E 12-24), ou que lhes fora permitido experimentar, por parentes próximos (E 8-4):

*os meus pais dizem que eu também posso beber mas pouco... para ter um conhecimento... para não ser nenhuma parva... (E 10-12)*

*Os meus pais testam para ver se eu bebo... para ver o que faço lá fora e perguntam se quero provar para experimentar... não é incentivo é para saber como me porto... (E 10-15)*

Os hábitos de ingestão e de abstinência entre os familiares próximos tendem a influenciar os consumos dos entrevistados. Os escolares do 8.º ano afirmam que os familiares têm hábitos de ingestão moderada, à exceção de um aluno que aponta ingestão excessiva de um primo. Entre os estudantes dos 10.º e

12.º anos é referido que os familiares ingerem sem excessos, às refeições e em momentos de convívio, ou são abstinentes. Alguns alunos consideram estes comportamentos modelos a seguir (E 8-5, E 10-12, E 10-14, E 12- 21, E 12-22). A ingestão excessiva pelos familiares e as vivências de maus tratos físicos em consequência repudiam a ingestão, contribuindo para a abstinência (E 8-3, E12-23):

*às refeições, o meu pai e os meus tios bebem um copo de vinho... mais do que isso, não. Eu vejo este exemplo e parece-me que não é preciso andar a beber de mais para se estar bem... habituei-me a ver isto desde pequena. (E 10-14)*

*O meu avô bebia muito, mas já deixou de beber. Lembro-me de ouvir contar atitudes dele que não eram as mais corretas... talvez isso me leve a não beber... (E 8-3)*

*Às vezes quando estamos muitos lá em casa, a minha mãe pergunta-me: “- Não queres nada, não bebes uma cerveja ou vinho?”. Eu respondo que não gosto e que não quero nada. E depois, já vi muitas coisas, experiências da vida que me mostraram que o álcool e outras coisas da vida não são boas. Por isso, para mim, desapareciam todas... já tenho experiências mais que vividas... já vi o exemplo dos meus pais e dos meus avós, que beberam e depois batiam-se e eu era pequena e aquilo... para mim foi uma coisa inesquecível. (E 12-23)*

De acordo com os estudantes, os pais sentem-se felizes com o facto de não consumirem bebidas alcoólicas. É revelado que estes autorizam a toma de álcool em quantidades reduzidas, na companhia dos amigos (E 10-12).

Os resultados encontrados não são coincidentes no que se refere à motivação direta para a experimentação alcoólica por parte dos progenitores. Acontecimentos negativos vivenciados, em consequência da ingestão de bebidas alcoólicas, parecem contribuir para a abstinência, em conformidade com resultados de Percy, Thornton e McCrystal (2008), todavia, os fatores genéticos influenciam decisivamente ao consumo (Schuckit, citado em Goode, 2007), já que sujeitos adotados apresentam comportamentos alcoólicos mais próximos dos comportamentos dos seus pais biológicos do que dos pais adotivos.

*4.1.3.2. Intervenção dos pais perante o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens.* Os pais dos participantes no estudo tendem a não tolerar o consumo de álcool entre os jovens. Segundo os alunos do 8.º ano, os seus pais são críticos e intolerantes relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas. Os alunos do 10.º ano referem que os pais consideram o hábito de consumo de bebidas alcoólicas, entre os jovens, uma irresponsabilidade e recomendam que não o pratiquem (E 10-11), consideram nefasta e desnecessária a ingestão (E 10-15), porém, alguns aceitam que tomem sem excessos (E 10-13, E 10-14) e chamam a atenção para os cuidados que devem ter (E 10-13), coincidindo esta indicação com o declarado por alunos do 12.º ano que referem, ainda, a não definição de limites por parte dos jovens, apontada pelos pais (E 12-23).

Os alunos mais novos consideram que os pais têm razão nas suas atitudes. Em consequência, refletem sobre as indicações avançadas por estes e tomam-nas em conta. Os estudantes dos 10.º e 12.º anos aceitam e concordam com a opinião dos pais (E 10-12, E 10-15) e afirmam que a confiança destes não pode ser traída (E 10-14). Todavia, há também quem não tenha em conta a opinião dos pais relativamente ao consumo de álcool (E 10-13).

O papel da família parece constituir-se crucial para o hábito de abstinência, nomeadamente a abordagem da temática em ambiente familiar, coincidindo com a posição de Dillon (2010).

4.1.3.3. *A interferência dos pares no consumo não alcoólico.* A interferência dos pares no consumo de bebidas alcoólicas tende a fazer-se sentir entre os alunos não consumidores, contudo, são diversas as razões avançadas que levam à não ingestão. Preferir o sabor de bebidas não alcoólicas (E 8-1, E 8-2), considerar que não vale a pena a ingestão de álcool (E 8-3), o facto de os pares não tomarem e não sair à noite (E 8-4), a vivência de uma má experiência por ingestão excessiva (E 8-5), o facto de o namorado não tomar (E 12-25), são as razões apontadas para a abstinência do consumo de bebidas alcoólicas:

*houve uma pessoa que me ajudou a alterar isso, que foi o meu namorado. É difícil... ele não bebe e eu embebedar-me, é um bocado complicado, se fosse ao contrário eu também não gostava. Acho que foi isso que me influenciou um bocado. Eu não sou muito de me deixar influenciar mas... (E 12-25)*

Os estudantes do 8.º ano revelam que existem convites ao consumo (E 8-2, E 8-3, E 8-5) nos momentos de convívio entre amigos, coexistindo com quem afirme que não se desenvolvem influências no seu grupo de amigos (E 8-1, E 8-4). Entre os escolares dos 10.º e 12.º anos, apenas um aluno refere a não influência dos pares (E 10-13); os demais entrevistados aludem influência tácita (E 10-11, E 12-25) e ativa (E 10-12, E 10-14, E 10-15, E 12-12-21, E 12-22, E 12-23, E 12-24) aos consumos de álcool:

*comigo não incentiva mas os que bebem, se um pede leva a que os outros também peçam uma, depois um vai pagar a outro... é excessivo. Respeitam o facto de eu não beber, já estão mentalizados e aceitam. Eu acho que se bebesse mais umas vezes ia gostar e por isso não o faço. (E 10-11)*

*Há quem insista para que os amigos bebam mas no meu grupo, comigo, não... (E 10-14)*

O facto de os jovens tomarem bebidas alcoólicas é encarado como uma decisão pessoal. O convívio entre pares não é penalizado pelo facto dos hábitos de consumo serem díspares. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas, por parte de elementos do grupo de pertença, inquieta os não consumidores (E 12-11). Os alunos consideram que os consumidores deveriam alterar os seus hábitos pelas consequências que acarretam para a saúde (E 8-1, E 8-3) e pelo facto de não aproveitarem convenientemente a companhia dos

amigos (E 12-22). Os estudantes afirmam alertar os pares a fim de evitarem consumos excessivos (E 8-5, E12-24, E 12-25).

Os entrevistados consideram que o hábito de consumo alcoólico não interfere nas relações de amizade (E 8-4, E 12-24) nem contribui para que valorizem os pares. As características que consideram importantes nos amigos são a sinceridade (E 8-3), o companheirismo (E 8-3, E 8-5, E 12-23), alertar os companheiros (E 10-11, E 12-23), ser divertido, bem-disposto e alegre (E 10-12), educado (E 10-14) e respeitar e aceitar os demais (E 12-21). Acompanhar, entender, apoiar e aconselhar nas situações boas e más (E 12-23), ser verdadeiro, divertido e saber conviver (E 12-22) são outros apanágios em destaque, como ser alguém com quem se sente bem (E 12-24), em quem se confia e se comporta adequadamente (E 12-25).

Quando estão entre amigos, em espaços festivos e de convívio, não pensam ingerir bebidas alcoólicas apenas para não desiludir os pares mas, mesmo que não tenham dinheiro para adquirir bebidas, por norma, existe alguém se oferece para pagar:

*às vezes encontrávamos um grupo grande, e alguém se lembrava de brindarmos à turma e, se alguém dizia que não tinha dinheiro, logo um dizia que pagava... e às vezes é por isso que se chega à embriaguez... vai-se bebendo sem saber muito bem o efeito... isto, na primeira bebedeira, porque depois só lá chega quem quer. (E 8-15)*

Os comportamentos que facilitam a integração de um novo elemento no grupo de pertença são, de acordo com os entrevistados, ser simpático, agradável no convívio (E 8-2, E 12-22), sincero, deter espírito crítico (E 8-3), divertido, não ser rebelde (E 10-11, E 10-12, E 10-15), ser uma pessoa em quem se pode confiar (E 12-25), ajuizado e responsável (E 10-15) e tomar bebidas alcoólicas (E 8-5, E 12-23):

*acho que é mais fácil beber para se juntar à festa e sendo alguém que não quer beber. “- Ai não queres beber? Então vai-te embora”. (E 8-5)*

*Na minha turma, eles saem, bebem, fumam, andam bêbados na estrada, fazem porcaria e isso e porque eu não bebo e sou um bocadinho mais tímida eles não falam muito comigo, nem querem sair comigo, por isso acho que se eu fizesse o mesmo que eles eu tinha mais amigos. (E12-23)*

O papel dos pares como fator protetor é revelado entre os alunos não consumidores, coincidindo com a abordagem efetuada por Buckley et al., (2009). Tomar bebidas alcoólicas parece ser uma das condições para a integração em alguns grupos, tal como define Jessor e Jessor (1997).

*4.1.3.4. Razão para a elevada ingestão de bebidas alcoólicas.* Atualmente, muitos jovens consomem bebidas alcoólicas atingindo a embriaguez. Os pares não consumidores assistem à ingestão e mantêm-se abstinentes. Estes justificam esses consumos elevados com a intensão de ser atingida a embriaguez (E 8-1, E 12-24), a influência do ambiente festivo (E 8-2), a ingestão de bebidas diversas numa determinada ocasião (E 8-5), os maus desempenhos escolares (E 10-11), a infelicidade (E 8-2), a insistência dos amigos e beber à “*penalty*” (E 10-12), o gosto de tomar (E 10-15, E 12-21, E 12-25) e o facto de irem tomando (E 10-14), para mostrar aos demais que ingerem (E 12-22), a integração num grupo (E 8-3, E 12-25), por desconhecimento do efeito das bebidas (E 10-15) e pelo facto de possuírem dinheiro ou não terem de pagar as bebidas (E 10-15, E 12-25). É ainda afirmado que os consumidores mais novos por vezes fingem estar embriagados (E 8-2):

*uma bebida puxa a outra, vão indo atrás, até que... no meu grupo vejo esses comportamentos.* (E 10-14)

*Fiz muitas misturas... bebi com a equipa de hóquei, com a de vólei, com os colegas da turma... convidaram-me e eu fui.* (E 10-15)

*Se calhar porque gostam e depende também do dinheiro... quem deixa de ter dinheiro para ali. Eu lembro-me de quando me embebedei. Estava no jantar do hóquei... estávamos todas as jogadoras e estávamos todas a beber. A bebida era à descrição e fomos bebendo, bebendo... até que cheguei àquele ponto e depois parei... acho que por não ter de pagar as bebidas cheguei àquele ponto.* (E 12-25)

A ingestão de bebidas com elevada concentração de álcool reveste-se, ainda, de maior mais perigosidade para a saúde (E 8-1, E 8-4, E 8-5, E 10-11, E 10-12, E 10-13, E 12-24). O excesso surge quando se objetiva atingir a

embriaguez (E 8-2, E 12-22) por influência dos pares, desconhecendo os efeitos produzidos (E 10-15). É declarado que são as raparigas quem mais ingere estas bebidas (E 12-21, E 12-24):

Página | 102

*são mais as raparigas que tomam e ficam KO, shots e essas coisas... os rapazes fazem como os homens, entre aspas, vão bebendo imperial e conversando, tentam ser homens. Não sei porque é que elas bebem assim, se ao fim de 10 minutos estão no chão a vomitar. (E 12-24)*

Os sinais e sintomas relatados pelos alunos atualmente não consumidores, do mal-estar, em consequência da ingestão de bebidas alcoólicas, são: cefaleias, vágado, vômitos, astenia, grande aborrecimento, indelicadeza (incluindo o trato com os familiares), má disposição, inapetência. No dia seguinte à embriaguez, referem amnésia relativamente ao que viveram no dia anterior. Na opinião dos entrevistados, a ressaca não desmotiva a ingestão (E 8-3, E 10-12, E 10-13, E 10-14, E 10-15, E 12-21, E 12-22, E 12-23, E 12-24), porém, também se afirma contribuir para a não ingestão de bebidas alcoólicas (E 10-11, E 10-15). É referido que os sintomas contribuem para a redução da quantidade de bebidas alcoólicas (E 8-1, E 8-2) e constitui mais um fator para que não se tornem consumidores (E 8-4, E10-11):

*senti-me muito mal disposta, não conseguia comer... toda a gente me dizia que tinha feito isto e aquilo e eu não me lembrava... achei uma estupidez... fiquei incomodada. Fiz muitas misturas... bebi com a equipa de hóquei, com a de vôlei, com os colegas da turma... convidaram-me e eu fui... Eu e as minhas amigas combinámos, decidimos juntas, não beber mais... às vezes tomamos um gole de uma bebida... não estamos de copo na mão. Achamos desnecessário... e, todas juntas, foi mais fácil deixar de beber... pensamos que não somos as únicas. E torna-se mais fácil. Agora que já não bebo e vejo os outros a fazer figuras penso que é bom eu não beber... Agora que já passei pela fase de beber e de ter deixado sinto que é muito melhor não beber. (E 10-15)*

*Eu senti-me mal uma vez, daquela vez na FIAPE... mas não tive assim muitas dores de cabeça, acordei um bocadinho mal disposta. Não foi isso que levou a deixar de beber... e aos outros acho que também não leva. Foi só aquela vez, mas acho que não vale a pena tomar até ficar bêbedo. Beber um bocadinho deixa as pessoas alegres mas beber e ultrapassar esse ponto, já não me parece que seja bom. Acho que o balanço é negativo. (E 12-25)*

*No dia a seguir a beberem vomitam e não conseguem levantar-se... nada lhes apetece... mas depois alguns voltam a fazer o mesmo. (E 10-12)*

*Eu sinto-me bem por não consumir... quem bebe descontrola-se muitas vezes, vomita, faz figuras tristes... eles no dia a seguir queixam-se*

*sempre... é a ressaca... mas eles continuam a beber... não é fator desmotivante. (E10-13)*

Fatores promotores do consumo alcoólico nomeadamente acontecimentos pessoais negativos, tais como a obtenção de maus resultados escolares e a infelicidade, são identificados neste estudo, à semelhança do apontado por Ferreira-Borges e Filho (2004). A disponibilidade económica também se revela influente, como refere o trabalho de Steketee, Jonkman, Berten e Vettenburg (2013).

#### 4.1.4. Dimensão sociocultural: fatores macrossociais

As opiniões acerca da modelagem social exercida pelos *mass media* tendem a destacar como influência mais significativa a exercida sobre os mais jovens. Essa surge através de séries juvenis e da publicidade a bebidas e a festivais para a juventude. Há quem considere, todavia, que a influência interpares é a mais preponderante. Os entrevistados declaram que a divulgação de bebidas através dos *mass media* promove a ingestão (E 8-2, E 8-3, E 10-12, E 10-13, E 12-21, E 12-22, E 12-23).

Também é referida a não influência (E 8-1, E 8-5, E 10-11), o contacto direto como promotor do consumo (E 8-4,) e, cumulativamente, a divulgação mediática e o contacto direto com as bebidas (E 10-15). Entre os alunos mais velhos, é referido que a influência dos *mass media* se faz sentir mais entre os mais novos sendo ainda acrescentada a convivência com os amigos e o facto de o consumo estar na moda (E 12-22):

*quando vejo os anúncios na televisão, com toda a gente animada e a divertir-se... pensei em estar assim os meus amigos, mas não foi só isso que me levou a escolher bebidas... foi também por provar e experimentar algumas que outras pessoas estavam a beber. (E 10-15)*

*Não sei se influencia muito... mas até em desenhos animados, como os Simpson, as personagens bebem... não se influencia um bocado... mas muita gente gosta de ver os Simpson. Filmes ingleses, alguns cómicos, vê-se beber muito. Parecem esponjas, como se costuma dizer... Mas a mim o que influenciou foi o grupo, por eles tomarem... eu experimentei e passei a tomar também. (E 12-25)*

Relativamente à relação entre a popularidade dos estudantes e o consumo de bebidas alcoólicas, os alunos mais novos referem que quem toma bebidas alcoólicas é mais popular (E 8-2, E 8-3, E 8-5, E 10-13, E 10-14), mais simpático e divertido (E 8-4); mas também não se relaciona a popularidade com a ingestão alcoólica (E 8-1, E 10-11, E 10-12, E 10-15, E 12-24, E 12-25). Entre os alunos mais velhos, as opiniões são mais diversas referindo-se que falar de alguém que bebe excessivamente não significa que se seja mais popular (E 12-21). Não parece ser favorável falar-se de alguém que apresenta comportamentos desadequados. Estes estudantes não relacionam popularidade e ingestão alcoólica: “quem bebe é mais popular e acredito que muitos bebem para o ser. Gostam de ser conhecidos e que muita gente lhes fale” (E 8-3).

O hábito de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens é considerado pelos entrevistados do 8.º ano não estar na moda e é referido que os consumidores se autoconsideram na moda. Entre os estudantes dos 10.º e 12.º anos as opiniões dividem-se entre estar (E 10-12, E 10-13, E 10-14, E 10-22, E 10-23) e não estar na moda (E 10-11, E 10-15 E 10-21, E 10-24, E 10-25).

*Acho que isso foi há uns anos atrás... agora sento-me numa mesa com amigos e um ou dois tomam, os outros não... estamos todos integrados da mesma forma... ser líder por esse motivo era há uns anos atrás... nem são mais populares só por beberem. (E 10-11)*

*Eu acho que sim... está na moda beber e também fumar... porque quem bebe quase sempre fuma. Talvez os que bebem considerem que nós não estamos na moda... se pensarem apenas nesse hábito... Há quem esteja de copo na mão só para se sentir integrado. (E 10-12)*

*É... muita gente não bebe porque gosta mas porque outras pessoas mais próximas ou populares o fazem... eu acho que faço a minha moda... eu não gosto de beber. (E10-13)*

O efeito promotor da publicidade sobre o hábito de consumo de bebidas alcoólicas não se apresenta coincidente entre os participantes no estudo, diferindo do revelado por Pinsky (2009).

#### 4.1.5. Dimensão sociocultural: representações sociais

Entre os participantes no estudo as razões veiculadas para a não ingestão de bebidas alcoólicas são diversas. Os alunos do 8.º ano apontam perturbação do desenvolvimento (E 8-1), motivação ao consumo de outras substâncias (E 8-2), comportamentos desadequados (E 8-3, E 10-14), viver de forma mais agradável e saudável (E 8-4, E 10-15), não existir qualquer vantagem na ingestão (E 8-5). Entre os escolares do 10.º ano é referido o facto de o álcool ser prejudicial à saúde (E 10-13, E 12-22) e à vida social e familiar (E 10-12). Os estudantes mais velhos indicam o facto de não perderem o controlo (E 12-21), de o álcool despoletar a ocorrência de acidentes, violência, abuso sexual (E 12-23), não acarretar felicidade, não gastar dinheiro em substâncias prejudiciais (E 12-23), não gostar do sabor e não mudar comportamentos, como acontece quando são tomadas bebidas alcoólicas (E 12-24) e divertir-se mais (E 12-25):

*pelo dinheiro que se gasta só para aquele momento e que por vezes ficamos pior, por causa da ressaca, alterar o estado de espírito das pessoas que as leva a fazer coisas sem consciência... por isto acho que não vale a pena tomar. Gastar dinheiro para nos fazer mal e depois estamos ali só um bocadinho alterados, depois no outro dia...ainda é pior.*  
(E 12-25)

O hábito de não ingestão alcoólica influencia favoravelmente o desempenho escolar (E 8-1, E 8-3, E 8-4, E 8-5). Porém, também é referido que apenas os consumos excessivos desenvolvem influência (E 8-2) e é declarado o não reconhecimento de qualquer influência (E 8-4) sobre o rendimento académico. Entre os alunos mais novos, é afirmado que os comportamentos são resultado da educação de cada indivíduo e não do hábito alcoólico (E 8-1) mas também, que a agressividade pode ser desencadeada pelo consumo (E 8-4). Os estudantes do 10.º ano afirmam que tomar bebidas alcoólicas provoca o desleixo nos compromissos escolares (E 10-11, E 10-14), interfere negativamente no aproveitamento (E 10-12), todavia, a ingestão ocasional não é reconhecida como interferente no desempenho escolar (E 10-13) e a ingestão excessiva é classificada como muito perturbadora (E 10-15).

*Beber provoca desleixo... eu vejo em muita gente isso... quando começam a ter notas mais baixas pensam sempre que melhoram para a próxima e que não faz mal.* (E 10-11)

*Acho que se for ocasionalmente não interfere em nada mas se for hábito... leva a ter piores resultados... na segunda-feira ainda não estarão recuperados para trabalhar a 100%... e em certas pessoas isto é um ritual. (E 10-13)*

Os alunos mais velhos não relacionam o desempenho escolar e o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas (E 12-21, E 12-22, E 12-24, E 12-25). É também revelado que resultados escolares desfavoráveis promovem o consumo de bebidas, perturbando durante esse dia, a vida escolar (E12-23).

O efeito sobre o aproveitamento escolar não é igualmente relacionado entre os entrevistados, contrariando os resultados encontrados por Trindade e Correia (1999), ao referirem a influência negativa declarada do hábito de ingestão sobre o rendimento escolar dos alunos consumidores.

#### 4.1.6. Dimensão sociocultural: percepção dos riscos em saúde

*4.1.6.1. Percepção da interferência do álcool na saúde individual e coletiva.* As informações veiculadas pelos alunos denotam um conhecimento restrito da interferência do álcool na saúde individual e coletiva. Os alunos do 8.º ano afirmam que o consumo de bebidas alcoólicas desenvolve perturbações no cérebro (E 8-1, E 8-2, E 8-3), fígado (E 8-4, E 8-5) e nos rins (E 8-2). Entre os escolares do 10.º ano, são igualmente referidas as doenças do fígado (E 10-13) e do cérebro (E 10-12, E 10-15) e ainda do estômago (E 10-11, E 10-14), perturbações no desenvolvimento do indivíduo e como fator de risco que pode resultar em violações (E 10-12). Os alunos do 12.º ano, para além das afeições do fígado (E 12-21) e do cérebro (E 12-22), referem a perturbação ao nível dos ambientes familiar e laboral (E 12- 23). Estes alunos declaram que a ingestão de pequenas quantidades de álcool não é prejudicial para a saúde (E 12-21, E12-24, E 12-25):

*o álcool tem efeitos maus sobre a nossa saúde a nível dos órgãos e também a nossa conduta... a minha mãe também me fala de violações de raparigas que estão embriagadas... também o nosso cérebro... o nosso desenvolvimento. (E 10-12).*

Os estudantes do 8.º ano afirmam que o consumo de álcool pode provocar dependência a quem toma em grandes quantidades (E 8-2, E 8-4) e também diariamente num período longo (E 8-1). Quem bebe apenas durante os fins de semana não desenvolve dependência (E 8-1) tal como acontece com quem toma em pequenas quantidades (E 8-5). Também os estudantes dos 10.º e 12.º anos afirmam que a ingestão de álcool provoca dependência (E 10-11, E 10-12, E 10-13, E 10-15, E 12-21, E 12-23, E 12-25) e apenas um entrevistado diz não ter conhecimento (E 10-14). O consumo regular é, ainda, entendido como um ritual instalado e não uma dependência (E 12-22).

Os alunos declaram que a dependência é um problema de saúde mental (E 8-2, E 10-11, E 10-14, E 12-23) ou consideram essa possibilidade (E 8-1, E 8-3, E 8-4, E 8-5, E 10-13, E 10-15, E 12-21). Existe ainda quem desconheça essa possibilidade (E 12-22, E 12-25).

Todos relacionam a ingestão alcoólica com os acidentes de viação. Os jovens condutores são considerados menos responsáveis relativamente aos condutores adultos (E 10-13). Quando de um acidente de viação decorre a morte de um jovem que conhecem ficam assustados e revoltados e regista-se uma redução nos consumos porém, passado um tempo, volta instala-se comportamento inicial (E 12-21). É relatado que, por vezes, um dos jovens não ingere álcool num determinado evento para que seja ele o condutor dos demais que bebem (E 12-25).

*Penso que os adultos são mais conscientes e responsáveis e quando vão a festas e tomam, quem conduz bebe menos um copo ou dois... penso que isso não afeta, principalmente os adultos... ou não bebe mesmo. Os jovens não são tão responsáveis, fazem as coisas sem pensar... é a primeira coisa que lhes vem à cabeça. Não combinam quem vai a guiar ficam todos bêbedos e depois vai um qualquer a guiar e já está meio zozzo, não tem capacidade de concentração e há muitos acidentes por causa disso. (E 8-2)*

*Eu tenho amigos que sabem... se têm de conduzir não bebem... o que vai conduzir não bebe. Eu não me metia no carro de ninguém bêbedo... nem que estivesse já alterado. (E 12-25)*

Ser conduzido por alguém, nomeadamente pelos pais, sob o efeito de ingestão moderada do álcool é uma experiência relatada entre os alunos do 8.º ano (E 8-3, E 8-4). A totalidade dos estudantes dos 10.º e 12.º anos afirma nunca ter

viajado com um condutor sob o efeito de álcool. Entre os alunos é revelado que, no final das festas, um familiar se desloca ao local para o recolher (E 10-11).

Página | 108

*Já estive em casamentos e os meus pais bebem um pouco de álcool, claro e depois para voltar para casa, mas bebem muito. Não senti nada de especial porque estavam bem. (E 8-3)*

*Eu já andei de carro com os meus pais depois duma festa e de terem bebido, mas eles combinam quem vai conduzir e bebe menos. E depois, na brincadeira, viram-se para mim e dizem “- Ela é que vai conduzir!”. Eles são responsáveis, já têm idade para serem e...fico tranquila. (E 8-4)*

Entre estes alunos a dependência alcoólica não é reconhecida como resultado de consumos moderados e pouco frequentes, contrariando estudos anteriores (Burt et al., 2008; Howlett, Williams, & Subramaniam, 2012; Winters & Lee, 2008). A perceção da ocorrência de acidentes de viação resultantes da condução sob o efeito do álcool, referida pelos entrevistados, coincide com os resultados do estudo realizado em duas escolas espanholas por Beltrán, Lillo, Lourenzo e Lourenzo (2012).

**4.1.6.2. Substâncias associadas ao consumo de álcool.** Todos os escolares referem que quem toma bebidas alcoólicas consome tabaco e que a ingestão de álcool motiva também ao consumo de outras substâncias (E 8-2, E 8-4). Os fumadores fumam mais enquanto bebem (E 10-15). Existe uma relação crescente e forte entre os consumos de álcool e tabaco (E 12-22) e também são consumidas substâncias ilícitas (E 12-25).

*Aqui, em Portugal, foi a primeira vez que vi drogas. Também não experimentei, não vi nenhuma importância... o álcool e o tabaco são mais frequentes. As drogas é para quem tem mais dinheiro. (E 12-23)*

*Há pessoas que sabem parar e outras não. Isso leva a outras coisas... drogas... sempre ouvi dizer que o álcool puxa o tabaco e eu vejo que quem fuma, fuma muito mais quando está a beber. (E 12-25)*

É estabelecida associação entre o consumo alcoólico e o uso de outras substâncias psicoativas, resultados que estão na continuidade do que se manifesta entre a juventude europeia (Gual, 2002).

*4.1.6.3. A ação pedagógica da escola sobre o consumo alcoólico.* A ação pedagógica exercida pela escola acerca do consumo alcoólico, segundo os entrevistados, não é eficaz, não advindo resultados positivos das atividades desenvolvidas. Os alunos do 8.º ano referem ter realizado trabalhos acerca da temática, assistido a uma sessão de sensibilização da responsabilidade da Polícia de Segurança Pública e à afixação de cartazes em placards alertando para os malefícios do consumo de álcool. É manifestado interesse em conhecer os malefícios que o consumo de álcool acarreta para a saúde (E 8-1). Os alunos do 10.º ano afirmam que a escola desenvolve atividades associadas ao Dia Internacional do Não-Fumador e à ingestão de álcool (E 10-11); abordam mais a temática da SIDA e de as outras drogas (E 10-12) e da educação sexual (E 10-15). São apresentados trabalhos por colegas mais velhos, aos quais nem sempre assistem por decorrerem em horário letivo (E 10-13). Há também quem avance não recordar qualquer iniciativa levada a cabo na escola (E 10-14). Opinam que relatos chocantes da vida de consumidores surtiriam efeitos nos consumos entre os jovens (E 10-12, E 10-14). Os alunos mais velhos são os que menos recordam qualquer intervenção (E 12-21, E 12-22, E 12-23, E 12-24). É ainda revelado que as palestras não alteram comportamentos nem impedem que os mais novos se iniciem nos consumos de bebidas alcoólicas (E 12-25).

Os resultados apontam para a adoção de estratégias pouco eficazes na tomada consciente de decisões, que não correspondem às expectativas dos alunos, contrariando o trabalho de Beltrán, Lillo, Lourenzo e Lourenzo (2014), onde se conclui que as estratégias de saúde devem atender as expectativas dos adolescentes e não se cingirem à transmissão informativa.

4.1.6.4. *Vantagens que implicam o hábito de abstinência.* As causas apontadas pelos alunos que implicam o hábito de abstinência são diversas. Os alunos do 8.º ano declaram manter o seu hábito de abstinência por considerarem a ingestão de bebidas alcoólicas prejudicial ao desenvolvimento, despertar para o consumo de outras substâncias, conhecer os efeitos nefastos do álcool tendo-o testemunhado com familiares próximos, não reconhecer importância no consumo de álcool e a vivência de uma má experiência de embriaguez.

Todos estudantes do 10.º ano consideram importante não ingerir e manter-se não consumidores em consequência dos problemas físicos e psicológicos que desencadeia a ingestão alcoólica e porque este hábito não resolve os problemas pessoais que parecem impelir ao consumo. Outra razão avançada é o facto de o álcool contribuir para o aumento de peso e quem o toma continuamente apresentar uma imagem desagradável e comportamentos deprimentes. O álcool não é necessário à diversão sendo considerado, mal gasto, o dinheiro da aquisição de bebidas alcoólicas por não lhe reconhecerem benefícios. A vivência da embriaguez permite o reconhecimento da grande importância da não ingestão de álcool: “acho muito importante não tomar. O facto de me ter embebedado levou-me... foi o ‘clic’ para não voltar a beber... por isso assim vou continuar” (E 10-15).

Entre os alunos do 12.º ano refere-se a importância de não beber, todavia, é afirmado que para a integração num grupo será importante fazê-lo. A abstinência permite: a não alteração dos neurónios; poupar dinheiro; não ter atitudes reprováveis nem comportamentos devidos a influências dos pares; manter-se diferente dos demais; não se gerar uma má imagem na sociedade pelos estados de embriaguez; criar tranquilidade nos pais. É ainda revelado por um estudante, ao comparar as suas vivências de consumidor com as de não consumidor, que as considera mais vantajosas:

*estar com os amigos não implica para mim, agora, ter de beber e como já bebi antes... Sei agora que posso divertir-me e estar bem sem beber. Agora que não bebo acho que me divirto mais. Comecei a beber muito cedo e agora não bebo e estou bem nas festas. É ao contrário de muita gente... agora que sou mais velha não bebo. (E 12-25)*

Um entrevistado do 8.º ano afirma que não vale a pena tomar bebidas alcoólicas em quantidade excessiva: “não vale a pena beber demais” (E 8-5).

Não é possível impedir a ingestão de bebidas alcoólicas entre os jovens, contudo, um maior controlo implicaria uma redução no consumo. A experiência de consumidor mostra que tomar álcool é desnecessário. Os jovens não aceitam conselhos para deixar de ingerir e apenas cessam o consumo quando eles próprios decidem:

*eu acho que depois de beber já não pensam naquilo que fazem. Por exemplo, se alguém implica com ele, vão logo bater-se, ficam muito mais agressivos. Poderiam falar e resolver os problemas mas assim... mas naqueles momentos não pensam e já tenho experiências mais que vividas... já vi o exemplo dos meus pais e dos meus avós, que beberam e depois batiam-se e eu era pequena e aquilo... para mim foi uma coisa inesquecível. (E 12-23)*

*Eu acho que isto é um grande novelo. O álcool é como a droga. Ninguém consegue parar um adolescente de beber álcool, mas se houvesse mais controle, era diferente. Acho que assim se conseguia diminuir algum consumo. (E 12-24)*

## 4.2. O hábito de consumo de álcool

### 4.2.1. Dimensão pessoal: fatores individuais

*4.2.1.1. Motivações pessoais para o consumo de bebidas alcoólicas.* O début da ingestão alcoólica nos estudantes do 8.º ano acontece entre os 13 (E 8-6) e os 14 anos de idade (E 8-9, E 8-10). As primeiras experiências decorrem, tendencialmente, em festas (E 8-7; E 8- 8; E 8-9) e na companhia de amigos (E 8-7, E 8-8, E 8-9, E 8-10) O entrevistado que mais precocemente tomou bebidas alcoólicas, fê-lo numa festa, na companhia dos pais:

*experimentei a primeira vez com os meus pais, numa festa e bebi um pouco de cerveja. Teria acabado de fazer 12 anos. Depois bebi nas festas de aniversário e nos jantares com os meus amigos. (E 8-7)*

Os alunos do 10.º ano declaram o início da ingestão alcoólica entre os 13 anos de idade (E 10-17, E 10-18) e os 15 anos (E 10-20). As primeiras experiências decorrem na companhia de amigos (E 10-16, E 10-17, E 10-19, E 10-20), em

festas (E 10-17, E 10-19, E 10-20). O início da ingestão de bebidas alcoólicas, nos colegas mais velhos, aconteceu entre os 13 (E 12-29) e os 16 anos (E 12-28). As primeiras experiências aconteceram, tendencialmente, quando iniciaram as saídas à noite (E 12-26, E 12-27, E 12-29) em festas (E 12-26, E 12-27, E 12-30) e na companhia de amigos (E 12-26, E 12-27, E 12-30):

*tinha 14 anos. Quando comecei a sair à noite, quando foi... quando começaram os jantares das colegas, dos anos, nós começámos a... beber. Bebia acompanhada, sempre... e fora desses ambientes só bebia um copo de vinho quando os meus irmãos me davam a provar ou o meu pai, mas tirando isso...foi no convívio entre colegas é que começámos a ingerir bebidas alcoólicas. (E 12-27)*

Parecem contribuir para o início da ingestão de bebidas alcoólicas, razões transversais aos alunos dos diferentes níveis de escolaridade. São referidos a curiosidade (E 8-6, E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-16, E10-18, E 10-19, E 10-20, E 12-27, E 12-29, E 12-30), motivações tácita (E 8-6, E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-18, E 10-19), explícita (E 8-7) e estar acompanhado (E 8-10, E 10-18, E 10-19, E 12-26, E 12-29). Os alunos do 8.º ano apontam também “dar estilo”: “eles bebiam e pensava que seria bom... e que eles tinham estilo” (E 8-9).

Alunos do 10.º ano declaram que a companhia e a observação de colegas consumidores mais velhos contribuíram para a imitação e idealização da idade de início da ingestão (E10-18, E 10-19). Estes resultados confluem com o trabalho com Muisener (1994), que postula a personalidade e a imitação como fatores determinantes do consumo. É de salientar que os alunos consumidores consideram que reduziriam ou se absteriam da ingestão de bebidas alcoólicas, se os demais elementos do seu grupo de pertença cessassem o consumo. Afirmam, ainda, que atingem a fase de viver novas experiências (E 10-16, E 10-18, E 10-19) e encaram com naturalidade a iniciação do consumo de álcool. O ambiente de festa (E 12-26, E 12-30) e querer afirmar-se perante os demais (E 12-27, E 12-29) são outras razões reveladas pelos estudantes do 12.º ano.

*Quando era mais nova, foi na altura em que experimentámos e queríamos impor um bocadinho...eu e os meus colegas e já fizemos algumas maluqueiras e isso, mas agora já está tudo mais calmo. (E 12-27)*

*Agora bebo socialmente, já não é... quando era novo se calhar era “ai e tal... bebo, já sou crescido...”. Era uma promoção, mas agora não. (E 12-29)*

*Nós vemos os mais velhos e queremos tentar ser como eles, dar-mo-nos com muita gente, ser populares... saber qual era a sensação... Eu quando comecei a sair e via os mais velhos do que eu um ano a beber eu pensava que se eles estavam a beber, no ano seguinte eu também já poderia beber. (E 10-19)*

*Estávamos na idade de experimentarmos as coisas e então começámos a experimentar o álcool... Houve quem gostasse e houve quem não gostasse, basicamente foi isso. Hoje bebemos todos, uns dias apetece a todos, outros não. (E 10-16)*

Página | 113

A possibilidade de parar a ingestão de álcool ainda não foi considerada entre os estudantes pelo facto de considerarem que consomem em quantidades reduzidas. A exceção limita-se a três entrevistados que, por tomarem moderadamente, não se tornaram abstinente (E 8-6). Outro aluno refere que considerou deixar de tomar com exceção das festas (E 10-18), e um aluno mais velho viveu uma abstinência temporária pela prática de exercício físico durante esse período (E 12-30):

*só mesmo nas festas é que... mas mesmo assim é pouco o que eu bebo nas festas. Deixar de beber... não. Faz parte do ambiente. (E 10-18)*

*Deixar para sempre, não. Já estive três ou quatro meses sem beber, porque andava no ginásio e para não engordar... depois deixei o ginásio e pensei: "se calhar uma cervejinha ou outra não vai fazer assim diferença". E voltei... (E 12-30)*

A idade de início da ingestão alcoólica inicia-se entre os 13 e os 16 anos de idade, afastando-se ligeiramente das idades reveladas em estudos anteriores (Balsa et al., 2008; Hibell et al., 2012; Matos et al., 2012). Entre os alunos mais novos acontece mais precocemente o primeiro contacto, como o verificado em outros estudos (Vinagre & Lima, 2006). Os períodos de consumo de bebidas alcoólicas entre os sujeitos estudados coincidem com estudos anteriores (Cabral, 2007; Freyssinet-Dominjon & Wagner 2006).

4.2.1.2. *Atitudes manifestadas pelos alunos relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas.* Os estudantes mais novos afirmam que os momentos após a ingestão alcoólica são vividos mais alegremente e com boa disposição, (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-10), todavia, um dos jovens refere não sentir quaisquer alterações: “sinto-me mais no espírito da festa se beber. Às vezes bebo só porque tenho sede” (E 8-9).

Os alunos do 10.º ano apresentam diversas caracterizações do que sentem depois de tomarem bebidas alcoólicas, nomeadamente mais animados, maior diversão e alegria, mais energia, tonturas, melhor disposição, indisposição, mais descontraídos e mais soltos: “quando bebo álcool fico mais energético... às vezes bebo para ficar mais bem-disposto” (E 10-19).

Entre estes alunos é ainda afirmado que se sentem bem quando não tomam álcool:

*quando não bebo até me sinto melhor... estou a resistir às tentações e isso é de louvar... Uma vez, também numa festa de anos, a comida demorou a chegar e eu fui bebendo e de repente... comecei a variar. Outra vez bebi vinho pensando que era sangria... Estava mais amargo, mas bebi. E passado um bocadinho vomitei. Quando não bebo estou bem-disposta. (E 10-20)*

Os alunos do 12.º ano afirmam sentir-se igualmente bem quando ingerem e quando não o fazem (E 12-26, E 12-28, E 12-30). Convívio, prazer, maior diversão, maior animação, mais extroversão (E 12-27, E 12-29), são apontados como resultado da toma de bebidas alcoólicas. Um dos estudantes manifesta que maior animação na festa motiva a maior consumo (E 12-29) e que beber serve basicamente para festejar e estar com os amigos (E 12-30):

*tomo por prazer. Até parece que sou alcoólico, mas não é isso que estou a querer dizer. Há festas em que não bebo e consigo divertir-me na mesma. Quando uma festa está melhor, mais animada, o espírito leva a consumir mais, eu acho que sim. (E 12-29)*

*Quando acabamos os exames é uma festa, uma cervejinha ou outra para festejar. Beber serve basicamente para festejar e estar com os amigos. (E 12-30)*

Coincidindo com Ferreira-Borges e Filho (2004), os resultados apontam a estimulação sensorial e alterações individuais em consequência da ingestão de bebidas alcoólicas, nomeadamente estados de maior alegria e extroversão.

#### 4.2.2. Dimensão ambiental: fatores promotores do hábito de consumo alcoólico

4.2.2.1. *As bebidas mais consumidas entre os jovens.* As bebidas mais frequentemente tomadas pelos alunos consumidores do 8.º ano são Eristoff Black® e Eristoff Black® com Coca-Cola® (E 8-6, E 8-8), vodka (E 8-7) e cerveja (E 8-9, E 8-10). Alguns entrevistados têm preferências coincidentes com os seus amigos (E 8-9, E 8-10), enquanto os demais entrevistados tomam bebidas nem sempre coincidentes (E 8-6, E 8-7, E 8-8). Os estudantes do 10.º ano preferem cerveja (E 10-16, E 10-17, E 10-20) e há ainda quem, para além da cerveja, escolha as bebidas espirituosas (E 10-18, E 10-19). Estes alunos afirmam que os seus amigos têm preferências coincidentes. Os colegas mais velhos escolhem tomar mais frequentemente cerveja, Bacardi®, vodka com laranja e com limão, vinho, *whisky*, licor de *whisky*, aguardente caseira. Os seus amigos têm preferências semelhantes porém, nem sempre coincidentes.

As preferências dos participantes no estudo relacionam-se com a agradabilidade do sabor (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-9, E 10-16, E 10-17, E 10-18, E 10-20, E 12-26, E 12-27, E 12-28), o preço mais reduzido, e, no caso da cerveja (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-10, E 10-18, E 10-19, E 12-29, E 12-30), a baixa concentração em álcool (E 8-10, E 10-18, E 10-19, E 10-20, E 12-26). Alunos do 12.º ano referem ainda a influência das ocasiões (E 12-27, E 12-29):

*nos jantares, por acaso para acompanhar, é mais vinho. Quando vamos para as festas, nos fins de semana, dançamos e quando temos sede em vez de beber água bebemos uma imperialzinha fresquinha. (E 12-27)*

*Se estivermos à noite numa festa, se calhar apetece beber um whisky. Agora se estivermos com os amigos, a fumar um cigarrinho, já dá vontade de beber uma cerveja socialmente. (E 12-29)*

*Bebemos todos, cerveja, whisky, licor de whisky. Depende das circunstâncias, mas o que bebo mais é cerveja, por ser a mais barata. (E 12-30)*

A cerveja é a bebida mais consumida entre rapazes, sendo que as raparigas preferem as bebidas espirituosas, tal como o revelado por Hibell et al. (2009). Os alunos mais velhos dilatam a variedade de bebidas que ingerem, dedicando-se às bebidas espirituosas, em consonância com os dados do trabalho de Feijão, Lavado e Calado (2011).

4.2.2.2. *A regularidade do consumo das bebidas alcoólicas.* A totalidade dos entrevistados refere tomar bebidas alcoólicas em festas. Também são apontados bares e jantares (E 8-6, E 8-9). O período em que acontece a ingestão é a noite, durante os fins de semana. Um aluno do 8.º ano afirma ingerir também pela tarde (E 8-7). Os estudantes do 12.º ano, para além da ingestão em períodos noturnos, revelam tomar também em almoços (E 12-27) e pela tarde (E 12-28, E 12-29), mesmo em períodos de férias (E 12-30).

Os locais onde a totalidade dos alunos do 10.º ano e outros estudantes ingerem álcool são as festas (E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-16, E 12-29, E 12-30). São ainda referidos discotecas (E 8-6, E 8-7), bares (E 8-6, E 8-7, E 8-9, E 10-18, E 10-19, E 12-26, E 12-27, E 12-28, E 12-30), restaurantes (E 8-6, E 8-7, E 10-20, E 12-27, E 12-28, E 12-30) e cafés (E 10-16):

*é uma coisa que faz parte. Ainda nunca fui a uma festa onde não houvesse gente a tomar álcool. (E 12-27)*

*Todos os fins de semana e às vezes de semana. Às vezes vamos comer caracóis, bebo uma ou duas imperiais...às vezes depois das aulas. Quando estamos juntos, em bares e cafés e nas festas, claro... apetece mais beber. (E 12-28)*

*Praticamente sexta-feira e sábado à noite. É quase sempre. Às vezes, é muito esporadicamente, quando por exemplo vamos lancha ou assim, petiscar qualquer coisa, às vezes uma cervejinha, numa esplanada, num café ou assim...fazemos isso para descontrair da semana, para descansar, para esquecer um bocado as coisas, não pensar em nada, nos problemas, durante aquele tempo... (E 12-29)*

Os consumos decorrem essencialmente à noite, durante os fins de semana, na continuidade de outros estudos (Cabral, 2007; Freyssinet-Dominjon & Wagner 2006).

4.2.2.3. *Nível de acessibilidade.* Os alunos do 8.º ano adquirem bebidas alcoólicas com facilidade (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-10) em concordância com os colegas mais velhos. Apenas um aluno do 10.º ano afirma que nos bares enfrentam alguma dificuldade (E 10-18). Comerciantes conhecidos vendem facilmente (E 10-16, E 10-17, E 10-19). Os bares recém-abertos são mais

resistentes à venda mas, passado um tempo, vendem sem problema (E 10-19)  
e os amigos mais velhos compram para que os mais novos tomem (E 10-18):

*em cafés que nós não conhecemos ninguém vende. Depende também da aparência da pessoa. Há pessoas que passam bem, sem ter o BI, por 16, mas como é lá em [localidade omitida], as pessoas já nos conhecem. Já temos uma maior confiança com as pessoas. Já não faz diferença. Já vendem sem problema. (E 10-16)*

*Em festas assim, normalmente nunca pedem muito o BI...às vezes para evitarmos essas situações vai um mais velho que já tenha idade... mas como é normalmente aqui... ao pé normalmente vai cada um mas quando vemos que pedem BI e assim pede-se a alguém mais velho do grupo que lá vá para não haver esses problemas... lá na minha terra, algumas pessoas conhecem-me e vendem sabendo que não tenho idade, estes são os mais jovens... os mais velhos não gostam muito disso e não vendem. (E 10-17)*

*Pedem a um consumidor mais velho que lhe traga, depois pagam-lhe uma a ele, ou então vão lá e é lhes recusada e depois... ou vão a outro bar, ficam zangados, vão a outro, no qual vendem, não querem saber das leis e... mas nos bares já é mais difícil ter acesso à bebida. (E 10-18)*

*Cá em [localidade omitida], é muito fácil... Eu vejo raparigas e rapazes mais novos... chegam a um bar qualquer e dão... não há controlo. Vendem a todos por causa do dinheiro... e também porque se é conhecido... algumas pessoas até acham piada vender aos conhecidos. Quando os bares são novos, quando abrem... preocupam-se mais com a idade de quem vai comprar... mas depois começam a vender a todos... nós experimentamos para ver se dão. (E 10-19)*

Todos os estudantes destacam o interesse dos comerciantes como principal causa do facilitismo na venda de bebidas alcoólicas, contribuindo esse facto para a falta de controlo na idade dos compradores (E 10-18, E 10-19, E 10-20).

Os estudantes do 8.º ano de escolaridade afirmam que, por norma, não é solicitada identificação para confirmar a idade dos consumidores. Nos dois casos relatados, em que foi requerida a identificação, numa das situações foi vendida a bebida a um menor de 16 anos:

*só houve uma vez que me pediram a identificação mas depois deixaram-me consumir na mesma... viram que eu não tinha idade mas venderam na mesma... foi num bar, acho que foi porque conhecem o meu irmão... e a mim também... Eu disse que tinha 15... mas como faltava só um ano, não havia problema. (E 8-6)*

*O que está a dar agora é vender bebidas alcoólicas. Quem tem um negócio na “noite” é que ganha dinheiro. Os jovens procuram. Parece que está na moda, e eles ganham muito e enriquecem. (E 12-30)*

Alunos do 10.<sup>o</sup> ano declaram que não é exigida identificação, por norma, nos bares e nas festas, em [localidade omitida] (E 10-16, E 10-17, E 10-19, E10-20). Dois bares controlam a entrada. Todavia, se um indivíduo menor de 16 anos aparenta ser mais velho entra sem que lhe solicitem identificação. Os alunos mais velhos referem que confirmar a idade através de documento de identificação não é frequente no Alentejo (E 12-26, E 12-27, E 12-28, E 12-29, E 12-30) contrariamente ao que acontece em Lisboa, à entrada de discotecas:

*só à entrada das discotecas, em Lisboa. Aí só fui quando se pode ir. Mas cá em [localidade omitida] nunca pediram, mesmo com consumo mínimo pode-se sempre entrar, nunca há ninguém à porta. Os mais novos pedem bebidas alcoólicas e vendem normalmente... sem problema. Sinceramente não percebo por que é que vendem bebidas a menores e, os donos dos bares, a seguir zangam-se porque fazem barulho à porta. (E 12-29)*

Verifica-se uma regularidade nas opiniões dos entrevistados relativamente à idade limite para a compra e consumo de álcool. Os escolares concordam com os 16 anos como idade limite para o consumo e compra de bebidas alcoólicas (E 8-6, E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-16, E10-17, E 10-19, E 10-20, E 12-26, E 12-27, E 12-28, E 12-30). Porém, três entrevistados, um de cada ano de escolaridade referido, consideram os 18 anos como idade mais adequada em consequência de ser atingida a maioridade, maior maturidade dos órgãos nesse período e maior consciência da consequência dos seus atos, respetivamente (E 8-8, E 10-18, E 12-29):

*os órgãos ainda estão numa fase de formação, logo a partir dos 18 os órgãos já estão definidos, já têm menos probabilidade de se estragar do que começar do cedo... acho que aos 18 estava melhor. (E 10-18)*

São os pais que, geralmente, cedem o dinheiro destinado a gastos nas festas (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-10, E 10-18, E 10-19, E 10-20, E 12-26, E 12-27). As reservas de uma parte das verbas periódicas que recebem é também utilizada (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-10, E 10-20, E 12-29, E 12-30) e o dinheiro que amealham (E 10-16, E 10-17, E 10-19). Um dos entrevistados desenvolve uma atividade onde realiza dinheiro, usando parte dele na compra de bebidas alcoólicas (E 12-58). O preço das bebidas é elevado e, em algumas festas, há redução dos preços (E 8-7, E 8-8), o que promove consumos excessivos (E 10-19). De acordo com dois dos alunos, os preços mais elevados parecem limitar

os consumos (E 8-7, E 8-8, E 10-20) e a disponibilidade de dinheiro implica maior consumo (E 12-26, E 12-30).

*Recebo mesada e giro esse dinheiro. Não gasto o dinheiro todo e quando há festas ou jantares tenho dinheiro. Mas o preço das bebidas é caro, mas acho bem... Então, eu acho que deviam aumentar o preço das bebidas alcoólicas (só de vez em quando... quando é em festas para os nossos pais e assim...). Pronto, aumentavam e assim ninguém consumia. (E 8 7)*

Página | 119

*Eu vou poupando da semanada que a minha mãe me dá. O que sobra vai para o mealheiro. Mas as bebidas são caras. Esse é o problema. (E 8-8)*

*Às vezes as bebidas ficam mais baratas nas festas, tocam uma buzina e compramos mais barato e por isso também bebemos mais... não é ficar com mais dinheiro mas sim comprar mais. O preço ser mais alto leva a beber menos. (E 10-20)*

*O preço tem influência. As outras têm bom sabor mas, desmotivam pelo preço, são muito caras. Ter dinheiro facilita nós bebermos. Se não tivéssemos dinheiro, não se bebia. (E 12-30)*

Na região geográfica estudada, o controlo das idades dos consumidores é negligenciado e a permissão da permanência de adolescentes com idades inferiores a 16 anos em espaços de consumo de bebidas alcoólicas é tacitamente aprovada, tal como Feijão, Lavado e Calado (2011) encontraram em outros espaços nacionais. A redução do preço das bebidas contribui, segundo os consumidores, para o aumento do consumo, fator já identificado por Betts e Scott (2005) e van Hoof, van Noordenburg e de Jong (2008). Os espaços são escolhidos de acordo com a acessibilidade, como se verifica em Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) e o facilitismo concorre para o início da ingestão (cf., e.g., Calafat, 2007). A disponibilidade financeira também tende a contribuir para maiores consumos sendo estes resultados congruentes com Steketee, Jonkman, Berten e Vettenburg (2013).

#### 4.2.3. Dimensão sociocultural: fatores microsociais

4.2.3.1. *A influência da família no comportamento alcoólico.* Os familiares tendem a incentivar à experimentação em ocasiões festivas (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-9, E 10-10-16, E17, E 10-18, E 12-29, E 12-30) e em prova de produtos alcoólicos produzidos pelos familiares (E 12-27, E 12-28). Um dos alunos refere que pedir para experimentar é mais uma insistência dos jovens do que uma proposta dos familiares (E 12-26):

*acho que somos mais nós que pedimos para provar do que as pessoas pedem para nós provarmos. (E 12-26)*

*Não... foi só naquela de fazer aqueles testes de vinho... porque os meus irmãos têm um vinho e então para eu gostar da sensação, para ver se algum dia poderia ir por esse ramo é que... me motivaram. (E 12-27)*

*Bebo [aguardente] quando vou ter com o meu avô ao monte. Ele diz-me: “Olha prova lá que esta foi feita há pouco tempo”. Gosto de provar, não é nada de... agrada-me o sabor, o ter sido feito por ele... e depois leva-me a provar. (E 12-28)*

*Em festas... passagem de ano e festas de casamento... já me disseram para provar. (E 12-29)*

*Na minha família ninguém bebe muito, mas em jantares de família bebem, por exemplo o meu tio, o meu avô bebem sempre um copinho de vinho e quando eu era mais pequeno, davam-me um bocadinho para eu experimentar. (E 12-30)*

Os pais e os irmãos tomam bebidas alcoólicas regularmente de forma moderada (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E8-9, E 8-10, E 10-16, E 10-17, E 10-18, E 10-19, E 10-20, E 12-27, E 12-29, E 12-30) o que parece contribuir para um hábito de ingestão igualmente moderado por parte dos alunos (E 8-7, E 8-10, E 10-19, E 10-20). Apenas em uma das famílias nenhum dos membros consome com regularidade (E 12-26).

O incentivo ao consumo em ocasiões festivas por parte dos pais revelado neste estudo vai ao encontro dos resultados já encontrados anteriormente (Araoz, 2004; Heath, 2000). O hábito alcoólico dos pais parece influenciar os comportamentos dos filhos em concordância com o revelado por Petraitis, Flay e Miller (1995).

4.2.3.2. *Intervenção dos pais perante o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens.* As atitudes dos pais perante o consumo alcoólico dos seus filhos são diversas. Nem todos os pais estão informados da ingestão de bebidas alcoólicas por parte dos filhos (E 8-7, E 8-8). Todos os alunos dos 10.º e 12.º anos declaram que os pais toleram ingestões moderadas, em consonância com o referido por alguns dos colegas mais novos (E 8-6, E 8-9, E 8-10). Alunos do 12.º ano afirmam que os pais consideram a ingestão um comportamento normal entre jovens adolescentes (E 12-26; E 12-27; E12-29).

*Contei-lhes que no [restaurante omitido], serviam sangria, cerveja e isso... Para além desse consumo, que é quando há jantares, não sabem do resto. (E 8-7)*

*Quando eu fiz 14 anos fui com o meu pai comer caracóis e o meu pai pagou-me uma... Perguntou-me “- Não queres beber nada?” E eu na brincadeira disse que queria uma imperial e ele depois deu-me. Foi para comemorar os 14 anos. (E 8-9)*

*Os meus pais sabem que tomo em pequenas quantidades e na minha idade consideram que é normal, que faz parte de estarmos em grupo. (E 12-26)*

*Os meus pais sabem que não bebo muito e acho que compreendem que na minha idade muita gente bebe. Como lá em casa também se bebe eu penso que não acham mal... pelo menos nunca me disseram isso. (E 12-27)*

*Aos consumos excessivos é negativa [a atitude dos pais], mas a minha mãe e o meu pai têm consciência que hoje em dia... quando eu vou sair, eu e o meu irmão... sabem o que nós consumimos, que é uma coisa normal. (E 12-29)*

Os pais dos entrevistados são críticos e intolerantes a consumos abusivos de bebidas alcoólicas (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-9, E 12-28, E 12-29). Toleram ingestões moderadas (E 10-16, E 10-17, E 10-18, E 10-19, E 10-20) e alertam para os perigos decorrentes da ingestão (E 12-26), pedindo-lhes para não tomarem (E 8-7, E 8-9, E 8-10).

Os alunos dos 8.º e 10.º anos consideram a opinião dos pais e, em consequência, ingerem de forma moderada (E 8-6, E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-16, E 10-17, E 10-18, E 10-19, E 10-20, E 12-56, E 12-29, E 12-30). Todavia, há quem considere que a sua própria opinião prevalece visto estar entre amigos e isso motivar ao consumo (E 8-7). Entre os alunos mais velhos é

afirmado que atitudes proibitivas por parte dos pais são contraproducentes (E 12-27, E 12-28).

*Eu acho que eles têm razão e por isso penso um bocadinho, mas eu tenho muito a minha opinião... o que pesa muito em mim são os meus amigos... O estarmos juntos motiva a tomar... (E 8-7)*

*Sinto que estão atentos [os pais] mas sem haver proibições porque isso... leva a que se queira beber ainda mais e experimentar... e fazer ainda mais avarias e maluquices, parece-me que quem tem pais que proíbem ainda leva a fazer coisas piores. (E 12-27)*

*O problema de hoje em dia é os pais, alguns pais, proibirem as pessoas de fazerem isto e aquilo e as pessoas depois quando sabem que podem fazer... tentam aproveitar tudo o que não fizeram até ali e consomem em excesso. Eu acho que uma coisa boa que os meus pais me fizeram foi deixarem-me fazer as coisas e aprender por mim próprio, sempre dando ali... as suas coisas... mas... acho que quando é por si próprio, aprende... e quando chega ali a uma idade já sabe que não deve fazer isto e aquilo. (E 12-28)*

O controlo social dos pais parece conduzir a uma autonomia de consumo mais reflexiva, o que concorre para ingestões menos frequentes e não nocivas, como o postulado por outros autores (White & Halliwell, 2010).

*4.2.3.3. A interferência dos pares no consumo alcoólico.* A interferência dos pares no consumo de bebidas alcoólicas tende a fazer-se sentir entre os alunos consumidores. Os estudantes dos 8.º e 10.º anos afirmam que os elementos do grupo de pertença motivam de forma explícita à ingestão (E 8-7, E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-17, E 10-18, E 10-19), à exceção de um aluno que declara não ser influenciado e não influenciar ninguém (E 8-6). Entre os estudantes dos 10.º e 12.º anos é declarada a influência tácita no grupo de pares, (E 10-20, E 12-27, E 12-29) e a não influência pelos colegas mais velhos (E 12-27, E 12-28, E 12-30), onde apenas se regista a declaração de influência ativa por parte de um aluno (E 12-26):

*há uns mais velhos que, por vezes, nos dizem “- Vá bebe uma...” e depois acabamos por ir... Há uns que bebem mais e outros menos... ninguém lidera... Somos um grupo e respeitamo-nos uns aos outros. (E 8-9)*

*Só na brincadeira é que às vezes dizemos uns aos outros, mas é mesmo só na brincadeira... Se alguém está assim mais... mole... eu digo-lhe para beber uma cerveja para ficar mais bem-disposta... mas se não quer... não bebe... não digo mais. O espírito da festa pode levar-me a decidir que vou beber naquele dia... se eu for com uma pessoa que vai comprar uma bebida alcoólica... talvez eu sinta vontade também... eu acho que é só nessas situações que me influencia. (E 10-20)*

*Quando estamos todos juntos já é quase hábito bebermos uma bebida... às vezes há uns que querem beber mais... tem a ver com cada um... mais ou menos quando chegamos há alguém do grupo que pergunta se queremos beber uma bebida ou assim... e depois quem quer ficar ali fica, quem não quer ficar, continua. Isso depois já tem a ver com cada um ou com o dinheiro que trazem. (E12-26)*

O facto de os amigos tomarem bebidas alcoólicas é considerado uma decisão pessoal aceite, pelos escolares do 8.º ano e por demais colegas (E 10-16, E 10-17, E12-26, E 12-27, E 12-28). São unânimes em afirmar que não valorizam uma pessoa pelo facto de ser consumidor mas antes por ser companheiro nos momentos de alegria e de tristeza (E 8-7, E 8-9, E10-16), não ser problemático (E 10-17), ser sincero (E 10-18, E 12-28, E 12-29), acompanhar e defender (E 10-19), alguém em quem se confia (E 10-20), ser simpático e ter valores (E 12-27), bem-disposto e com quem se pode sair e divertir-se (E 12-30).

Quando estão entre amigos, em espaços festivos e de convívio poderá contribuir para a não ingestão de bebidas alcoólicas o facto de não se ter vontade de tomar, segundo os alunos mais velhos e alguns dos demais grupos escolares (E 8-6, E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-16, E 10-18, E 10-20), estar doente (E 8-6, E 12-57) ou a tomar medicação (E 10-16, E 10-17, E 12-26, E 12-28), testemunhar comportamentos desajustados (E 10-19). A hora de regresso a casa tende a influenciar a quantidade de álcool ingerido (E 8-7, E 10-20):

*a hora a que for para casa... se for mais tarde, posso esperar uma hora, até que o efeito passe. Se for dormir a casa de uma amiga posso, se calhar, abusar mais um bocado, porque não estou com os meus pais... é esse o problema, os pais. (E 8-7)*

*Talvez se não tiver vontade ou não for o momento ideal... porque tenho de ir mais cedo para casa... Se ficar até mais tarde é mais fácil beber... Se acontecer alguma coisa é mais fácil prevenir... Se vomitar, por exemplo, quando venho para casa já venho melhor... mais recomposta. (E 10-20)*

Alunos dos 8.º e 10.º anos ano já acompanharam os amigos na ingestão de bebidas alcoólicas (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-9, E 10-16, E 10-17, E 10-19, E 10-

20). Um dos alunos revela que já tomou para não causar desilusão aos amigos (E 8-7): “já uma vez ou duas, nesses aniversários... nessas festas... entre amigos, não me apetecer muito ao início e depois vou bebendo” (E 10-17).

Os estudantes mais velhos afirmam que tomar álcool para não desiludir um amigo não é a sua prática (E 12-26, E 12-27, E 12-28, E 12-30), todavia, um dos entrevistados considera tomar para acompanhar os amigos (E 12-29).

Se o hábito de ingestão no grupo de pertença fosse alterado, isso contribuiria para a mudança dos hábitos de consumo individuais, reduzindo-se a ingestão ou cessando-a (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-10, E 10-16, E 10-18, E 10-19, E 10-20, E 12-26, E 12-27, E 12-28, E 12-29). Dois alunos afirmam que manteriam o consumo apesar da alteração do hábito no grupo:

*acho que sim. Se ninguém bebesse eu acho que não bebia, porque só bebo quando estou com os amigos e eles bebem. (E 8-8).*

*Em algumas situações talvez eu sentisse um bocado mal-estar por beber bebidas alcoólicas e eles beberem sumo, mas não ia seguir os outros porque... Gosto de ser diferente. Talvez bebesse menos. (E 12-27)*

Os comportamentos que facilitam a integração de um novo elemento no grupo de amigos são muito diversos. Porém, destaca-se a importância atribuída por alunos mais novos a quem toma bebidas alcoólicas, contrastando com os demais estudantes, de níveis superiores, que afirmam ser indiferente que um novo elemento seja ou não consumidor. De acordo com os alunos do 8.º ano, são facilitadores da integração num grupo tomar bebidas alcoólicas (E 8-6, E 8-7) e não tomar (E 8-9). Os alunos do 10.º ano apontam: ser simpático e ajuizado (E 8-10), respeitar os demais (E 10-16), deter espírito de entreatajuda (E 10-17), promover bem-estar no grupo (E 10-18), ser educado (E 10-19), sociável e divertido (E 12-20). Os colegas mais velhos referem ter bom relacionamento (E 12-26), “bom coração” (E 12-27), não ser arrogante, ser simpático e saber divertir-se (E 12-29), ser divertido (E 12-28), ter boa disposição (E 12-30).

A influência dos pares é notória, o que se revela congruente com estudos já realizados (Beltrán, Lillo, Lourenzo & Lourenzo, 2012; Meloni & Laranjeira 2004). A necessidade da pertença a um grupo revela-se muito importante na

adolescência (Sprinthall e Collins, 1999): neste período a necessidade do grupo de pertença é considerável. Os resultados apontam para uma imitação dos comportamentos dos pares, à semelhança do que desvendam estudos anteriores (Calafat & Munar, 1999). Infere-se a considerável influência dos pares na manifestação da alteração do hábito de consumo individual, em consequência da alteração hábito do grupo. Esta inferência coincide com resultados apresentados por Boné e Bonito (2012). O consumo tende a apresentar-se como uma ação social e não intencional o que conflui com Andrews, Hampson e Peterson (2011).

*4.2.3.4. Razões para a elevada ingestão de bebidas alcoólicas.* Muitos jovens consomem bebidas alcoólicas atingindo a embriaguez. Segundo os entrevistados, há quem vá tomando e termine embriagado (E 8-6, E 8-9, E 8-10), quem tenha determinado, antecipadamente, embriagar-se nessa ocasião (E 8-7, E 8-8), estar mais alegre ou mais triste nesse dia, ter dinheiro disponível ou não reparar nas quantidades ingeridas (E 8-10). É referido, também, que os alunos mais novos fingem estar embriagados. Adotam esta estratégia por não gostarem de bebidas alcoólicas (E 8-7).

*Os mais populares bebem. Os que consideramos mais fixes também. Os mais rebeldes consomem mais do que os outros... depois há também uma questão de aguentar e não aguentar... há pessoas que são fracas em relação ao álcool... Não sei se acredito, porque alguns fingem que estão bêbedos porque não gostam de beber e querem “armar-se”. (E 8-7)*

Os escolares do 10.º ano declaram que a embriaguez é atingida por muitos jovens por ingestão excessiva (E 10-16, E 10-18, E 10-19). Bebem para evidenciar esse ato, em especial os consumidores mais novos, (E 10-17, E 10-20), ou, em alternativa, não têm a noção da concentração alcoólica das bebidas ou têm mais dinheiro (E 10-19). Os alunos mais velhos apontam beber em “rodadas” (E 12-26, E 12-30), de “penalty” (E12-27, E 12-29), estar a viver um período difícil (E12-28) e a presença numa festa com muita gente (E 12-30) como justificações para atingir a embriaguez.

A opinião manifestada relativamente ao consumo de bebidas com elevada concentração de álcool não é favorável entre os participantes no estudo. Entre os alunos mais novos, refere-se que são ingeridas quando lhe são oferecidas (E 8-6) e em comemorações (E 8-7). Quem já experimentou não aprecia (E 8-9, E 8-10) e quem não o fez não se sente motivado a experimentar pelos relatos das sensações de ardor ao deglutir (E 8-8). Os colegas dos 10.º e 12.º anos apresentam também opiniões desfavoráveis, nomeadamente, pelo facto de provocarem rápida embriaguez (E 10-16, E 10-18, E 12-27, E 12-28), maiores problemas para a saúde, particularmente para o estômago comparativamente à cerveja, e a ingestão rápida não permitir saboreá-las adequadamente (E 10-17, E 12-26, E 12-29). Usam este tipo de bebidas para brindar (E 12-28). É afirmado que é uma ingestão mais comum entre as raparigas (E 12-29). Dois alunos não tomam (E 12-29, E 12-30) e outros dois referem ter vivido uma experiência de ingestão que contribuiu para não voltar a tomar (E 12-27, E 12-30). Um estudante avança que ajuda a ficar mais alegre e com boa disposição (E 10-20):

*como é uma bebida que não é muito cara... algumas pessoas vão para esse tipo de bebidas... Tem mais álcool e é fácil de beber... fica-se alegre mais depressa. Eu já tomei. Se estou menos alegre, menos bem-disposta, acho que isso ajuda. (E 10-20)*

A ressaca foi sentida por diversos entrevistados. Os alunos afirmam ter sentido cefaleias (E 8-6, E 8-10, E 10-18, E 10-20, E 12-26, E 12-27, E 12-29), vômitos (E 8-7, E 10-18, E 10-19, E 12-29), inapetência (E 8-6, E 8-7, E 10-16), sono (E 10-18) e uma sensação desagradável (E 12-26).

Todos os alunos do 10.º ano já se embriagaram e adjetivam de maus os sintomas da ressaca. Em consequência da embriaguez que viveram, resultou para a totalidade dos entrevistados a cessação de ingestão excessiva.

*Eu não sabia o efeito que fazia... No outro dia senti a ressaca: muitas dores de cabeça e não me conseguia levantar. Desmotivei-me de beber em maior quantidade... e também porque desiludi a minha mãe por ela ter sabido daquela maneira que eu tinha bebido de mais... e ela apoiou-me e por isso não voltou a acontecer. Eu não fui castigada e acho que os castigos que nos dão pioram... Aí acho que as pessoas têm mais vontade de repetir. (E 10-20)*

Alunos do 12.º ano, durante a ressaca, consideraram não voltar a beber excessivamente, o que porém não aconteceu (E 12-27, E 12-29, E 12-30). Um estudante afirma que o organismo se vai habituando, pois ingere as mesmas quantidades de quando se embriagou e nada sente na atualidade (E 12-26).

*Eu, por exemplo, já estive de ressaca e isso não me desencorajou... quer dizer, já não bebo tanto como bebia, porque... sinceramente já não dá tanta piada. Na altura quando eu comecei a beber dava muita piada, porque era uma coisa nova. Agora como já bebo há muito tempo, vou bebendo um ou dois... mas já não tenho assim tanta vontade de estar ali a beber só para me divertir porque eu divirto-me sem beber. (E 12-27)*

*Não me desmotiva porque eu nunca tive assim uma ressaca daquelas de estar mesmo mal, tipo não conseguir levantar-me no dia seguinte... Chego ali ao meu limite não bebo mais. (E 12-28)*

*Quando se está muito mal é que... pronto... aí é que penso que nunca mais vou beber, mas depois passa e pronto. Não é logo no dia a seguir, mas volto a ficar embriagado... Passados dois dias já não nos lembramos. A ressaca não tem muita influência para mudar. (E 12-29)*

*No outro dia vêm as dores de cabeça... vêm as agonias... não se consegue comer... beber muita água, muita água... e também há aquela parte de vomitar... que também é um bocado... nessa altura achamos que não se volta a fazer... mas volta! Eu agora, por exemplo, aturo mais do que tenho eu... mas pronto, tem que ser. (E 12-27)*

*Não é a ressaca que faz deixar de beber. (E 12-30)*

Os fatores que contribuem para a ocorrência da embriaguez coincidem com os revelados por outros autores como, por exemplo, Calafat (2002) e Freyssinet-Dominjon e Wagner (2006). A embriaguez acontece com frequência entre os jovens, sendo referida a primeira ocasião de consumo, por muitos alunos do 10.º ano de escolaridade, para que tal acontecesse. Matos et al. (2012) encontrou o mesmo padrão na maior parte dos casos de embriaguez entre adolescentes. O consumo de bebidas alcoólicas com elevada concentração de álcool não é uma prática recorrente entre os entrevistados, contrariando estudos anteriores (Calafat, 2007; Hibell et al., 2012; Vinagre e Lima, 2006).

#### 4.2.4. Dimensão sociocultural: fatores macrossociais

As opiniões acerca da modelagem social exercida pelos *mass media* tendem a destacar como influência mais significativa a exercida sobre os mais jovens. Os estudantes do 8.º ano consideram que existe influência pela exibição de publicidade a bebidas alcoólicas em espaços frequentados por jovens (E 8-6), pelas imagens apelativas das bebidas, pelas manifestações de alegria por parte de quem as ingeriu (E 8-8) e pela curiosidade que desperta (E 8-8, E 8-9). Dois dos entrevistados não lhe reconhecem influência nas suas escolhas (E 8-7, E 8-10). A divulgação nos meios de comunicação social não influencia nas escolhas, na opinião de alunos do 10.º ano (E 10-16, E 10-17, E 10-18, E 10-19). As notícias de acidentes de viação envolvendo o consumo de bebidas alcoólicas e séries juvenis onde se divulgam imagens agradáveis ligadas ao consumo alcoólico, na opinião de um aluno, revelam-se influentes (E 10-20). Os anúncios, através das suas imagens atraentes, motivam a tomar (E 12-27, E 12-28). A série juvenil portuguesa “Morangos com Açúcar”, transmitida pela TVI entre 30 de agosto de 2003 e 15 de setembro de 2012, parece influenciar os mais jovens (E 12-29). Há quem considere que a divulgação nos *mass media* não tem influência (E 12-26, E 12-30):

*acho que fazem publicidade para nos influenciarem. Influencia um bocado... na televisão, na praia, nos festivais, nos sítios onde vamos... Há sempre publicidade às bebidas alcoólicas. (E 8-6)*

*Eu acho que influencia... Não falo das notícias más sobre acidentes... que isso acho que nos toca. Mas algumas séries, como os “Morangos com Açúcar”, influenciam um bocado pela boa disposição e porque mostram que estando alcoolizados os rapazes conseguem seduzir as raparigas e elas também. (E 10-20)*

*Às vezes os anúncios são engraçados, mas não é isso que mais influencia. Estar com os amigos parece-me que influencia mais... querer experimentar o que os outros bebem e os efeitos. (E 12-27)*

Relativamente à relação entre a popularidade dos estudantes e o consumo de bebidas alcoólicas, alunos do 8.º ano afirmam que quem toma é mais popular (E 8-6, E 8-7, E 8-9) e dois dos entrevistados não relacionam popularidade com ingestão o que coincide com as afirmações dos estudantes do 10.º ano (E 8-8, E 8-10, E 10-16, E 10-17, E 10-18, E 10-20). Escolares do 12.º ano afirmam que os colegas mais novos consideram ídolos os mais velhos que são consumidores (E

12-26). Há quem considere que quem toma bebidas alcoólicas não é mais popular (E 12-27; E 12-28; E 12-29) e, antagonicamente, quem relacione a ingestão de bebidas alcoólicas à popularidade (E 12-30).

O hábito de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens é considerado, por entrevistados dos 8.º, 10.º e 12.º anos, estar na moda (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-10, E 10-16, E 10-17, E 10-19, E 10-20, E 12-26, E 12-28, E 12-30). Todavia, há quem considere o contrário pelo facto de a ingestão de álcool ser muito antiga (E 12-27) e que todos os comportamentos estão na moda (E 10-18):

*eu acho que sim [está na moda]... quem não bebe é mais “rato de biblioteca” e não gosta de se divertir... Não é muito fixe. (E 8-7)*

*Dantes bebia-se, eram os pais... Mas agora é toda a gente! Os adolescentes estão a começar a beber cada vez mais cedo, e dantes não era bem assim. Dantes era mais o cuidado de se pedir identificação, mas agora já não está assim, principalmente aqui no Alentejo. (E 12-27)*

*Está na moda. Hoje em dia é fixe beber. Noto uma grande diferença com a idade de certas pessoas não fazia nem metade do que fazem. Hoje já é tudo normal e criticam quem não toma. (E 12-28)*

O efeito promotor da publicidade sobre o hábito de consumo não é manifestado coincidentemente entre os sujeitos participantes no estudo. Estes resultados diferem do postulado por Pinsky (2009).

#### 4.2.5. Dimensão sociocultural: representações sociais

Os entrevistados avançam razões diversas que consideram importantes para a ingestão de bebidas alcoólicas. Entre os mais novos é apontada a diversão (E 8-6, E 8-7, E 8-10). Entre os estudantes do 10.º ano constituem as razões apontadas a companhia dos amigos (E 10-16, E 10-17), comemorar algo (E 10-17), o divertimento (E 10-18), aproveitar os momentos (E 10-19) e proporcionar boa disposição (E 10-20). Os escolares do 12.º ano referem a agradabilidade de beber num ambiente de festa (E 12-27), o sabor (E 12-28), festejar com os amigos e a maior desinibição. Considera-se também uma rotina (E 12-30). Entre os escolares dos 8.º e 10.º anos há quem não aponte qualquer razão que

considere importante e que justifique a ingestão (E 8-8, E 8-9, E 12-26, E 12-29):

*não acho que seja importante beber álcool mas temos a tendência por ver os outros. (E 8-8)*

*Por que é que eu acho que seja importante? Não acho que seja importante... Só faz é mal... Não sinto vantagens. Às vezes quando tomo até me sinto pior... mal disposto... Beber não é importante... pelo contrário... se não beber é melhor. (E 8-9)*

*Eu sinceramente não sei se considero importante... Às vezes é bom estar a beber, socialmente, estamos todos juntos... se calhar, se não estivéssemos a beber era igual... mas pronto... quando estamos a beber, estamos todos juntos estamos a falar sobre o que é que se passa... o que é que vamos fazer... quando estamos juntos convivemos e estamos a beber. Mas também nos juntaríamos se não houvesse bebidas alcoólicas... não consigo apontar uma razão importante. (E 12-29)*

Não é reconhecida influência da ingestão de bebidas alcoólicas sobre o desempenho escolar pelos alunos do 12.º ano e por colegas dos demais níveis (E 8-6, E 8-8, E 8-9, E 8-10 E 10-16, E 10-18, E 10-19):

*não me parece que tenha influência. Tenho amigos que bebem muito e são bons alunos e outros que bebem muito e são maus. Eu não notei mudanças nas minhas notas. Os anos é que foram mudando e as matérias mais difíceis... Talvez as saídas tirem algum tempo para estudar, mas também temos de conviver com as pessoas da nossa idade. Isso faz parte de crescer. (E 12-30)*

Um estudante do 8.º ano admite influência negativa sobre os resultados escolares, referindo que se tornou menos aplicado. Outro, do 10.º ano, afirma encontrar relação entre o consumo alcoólico e o desempenho escolar devido às interferências negativas que o álcool produz no cérebro e pela redução do tempo para as tarefas escolares em consequência das saídas com os amigos:

*acho que notei uma grande diferença desde que comecei a sair, do que ficar em casa... começava a ter piores notas. Não baixei assim tanto mas... comecei a ser um bocadinho mais "baldas"... há um bocado de relação... quando despertei para as bebidas alcoólicas bebia muito, agora bebo muito menos. (E 8-7)*

*Influencia porque para além do álcool afetar o cérebro mas também porque em vez de estudarmos fomos sair e beber com os amigos... Há amigos meus que saem mais e bebem mais e acontece-lhes isso. (E 10-20)*

A ingestão de pequenas quantidades e a reduzida frequência são menosprezadas relativamente a possíveis influências (E 10-16, E 10-17, E 10-19, E 12-26, E 12-29):

*não, não... porque é só nos fins de semana e não tem nada a ver e quando é no domingo já está tudo bem. Passou, passou! Depois, segunda-feira é um dia normal. Consigo estar perfeitamente.* (E 10-16)

*Depende da dose de álcool que se tomar... Para mim álcool e escola não interfere em nada... Posso é estar cansado... mas a escola está primeiro... passa o fim de semana e tenho de me sujeitar.* (E 10-17)

*Quer dizer, o consumo de álcool excessivo acho que sim... acho que influencia... Agora, o consumo de álcool por às vezes saímos à noite... e assim... é que não saímos também todos os dias.* (E 12-26)

Os resultados não são coincidentes relativamente ao efeito da ingestão de bebidas alcoólicas no aproveitamento escolar que, de acordo com Trindade e Correia (1999), é um fator redutor do rendimento académico.

#### 4.2.6. Dimensão sociocultural: percepção dos riscos em saúde

*4.2.6.1. Percepção da interferência do álcool na saúde individual e coletiva.* As informações transmitidas pelos alunos indicam um conhecimento limitado da interferência do álcool na saúde individual e coletiva. São reconhecidos efeitos negativos no fígado (E 8-6, E 8-7, E 8-8) e no cérebro (E 8-7, E 8-8). Um entrevistado refere interferência no crescimento (E 8-8) e outro não sabe que problemas podem surgir (E 8-9). Um dos estudantes refere, ainda, que o consumo de pequenas quantidades não acarreta problemas (E 8-10).

Segundo os estudantes do 10.º ano, ingestões excessivas (E 10-17, E 10-18) e prolongadas (E 10-18) terão efeitos negativos ao nível da saúde individual. O álcool vai afetando a saúde (E 10-16) e causa doenças ao nível do fígado (E 10-19, E 10-20): “considero que bebo, mas não é aquele beber que me afeta... Quando se bebe muito e muitas vezes é que faz mal à saúde” (E10-17).

Entre os alunos mais velhos é referido que em quantidades reduzidas, o álcool ingerido não afeta a saúde (E 12-26, E 12-27, E 12-30); apenas o desenvolvimento mental (E 12-26) e o fígado (E 12-29, E 12-30).

*Quando uma pessoa bebe muito... acho que o seu desenvolvimento mental fica... condicionado... entre outras coisas também... Mas em pouca quantidade não... Mas sei que o álcool afeta a saúde. (E 12-26)*

*No momento em que bebemos não pensamos nas consequências. Sabemos, fazemos e pronto! Não queremos saber. Beber na quantidade que bebo não me prejudica e, portanto, é por isso que continuo a beber, às vezes quando estou com os meus amigos. (E12-27)*

*Eu sei que é prejudicial, pode trazer graves problemas...principalmente do fígado... Como nós dizemos "- Ficas aí com uma isca!" Brincamos, mas sabemos que faz mal. (E 12-29)*

A dependência como causa da ingestão de álcool é mencionada transversalmente entre os alunos (E 8-7, E 8-8, E 8-10, E 10-16, E 10-17, E 10-19, E 10-20), porém, há quem considere que surge apenas em consequência da ingestão excessiva e frequente (E 8-9, E 12-26, E 12-27, E 12-29, E 12-30). Há quem não a reconheça como decorrente da ingestão alcoólica (E 8-6, E 10-18) e quem desconheça a situação (E 10-16). Os escolares mais velhos afirmam que constitui um problema de saúde mental coincidentemente com colegas dos 8.º e 10.º anos (E 8-7, E 8.10, E 10-17, E 10-19).

*É como as outras drogas, também que... Acho que as bebidas alcoólicas também sejam uma droga em que uma pessoa tem de beber para se sentir bem. Aí acho que já está num estado de dependência total que é indispensável e é prejudicial. Pode ser já uma doença... (E 12-27)*

Todos os alunos relacionam a ingestão alcoólica com os acidentes de viação. Os amigos condutores que transportam os demais elementos do grupo apenas ingerem quantidades reduzidas de álcool para que possam conduzir a viatura automóvel (E 10-16, E 12-28).

*No meu grupo de amigos só três é que têm carta e quando vamos às festas todos juntos, quem leva o carro nunca bebe. Bebe uma e para. (E 10-16)*

*Por acaso, nós temos sempre o cuidado. O que vai a conduzir não bebe ou bebe duas ou três imperiais. Não bebe mais. Ou no caso de estar muito mal... os meus pais já me disseram... ligo aos meus pais e eles vão-me buscar. Já aconteceu isso uma vez e foram-nos buscar a todos. Ou então ficamos a dormir no carro todos até no outro dia de manhã. (E 12-28)*

Viajar conduzido por alguém que ingeriu bebidas alcoólicas é uma experiência não vivenciada por alunos dos diferentes anos de escolaridade (E 8-7, E 8-8, E 8-9, E 8-10, E 10-17, E 10-18, E 10-20, E 12-26, E 12-27). Um estudante do 8.º ano afirma que viajou uma vez sem ter a certeza se o condutor tinha tomado bebidas alcoólicas, declarando que se tivesse a certeza do abuso não o teria feito (E 8-6). Alunos dos 10.º e 12.º anos afirmam já ter viajado (E 10-16, E 10-19, E 12-28, E 12-29, E 12-30): num dos casos o entrevistado também estava sob o efeito do álcool e nada o preocupou no momento (E 12-28). Outro aluno afirma que na altura é melhor não pensar no assunto (E 12-29) e outro diz ter viajado com o pai e não se ter sentido mal, pois quando está embriagado conduz com velocidade mais reduzida (E 12-30).

*Foi em [localidade omitida], foi uma coisa ali... num espaço de ruas, foi-me levar a casa. Estávamos no bar e foi-me levar a casa. Não senti nada porque eu também vinha assim mas... no outro dia pensei... uma pessoa pode ter um acidente e não ter a noção disso. Vai tudo na diversão e isso e de repente... senti a irresponsabilidade no dia seguinte... e com os acidentes que têm vindo a acontecer cada vez tenho mais medo dessas coisas. (E 12-28)*

*Andei com pessoas em quem eu tenho confiança, não é... acho que uma pessoa tem de ter... é melhor não pensar... o percurso não foi grande... mas às vezes não precisa de ser grande... se for devagarinho... tem de se ir à confiança. (E 12-29)*

*Andei com o meu pai uma vez. Não me senti mal porque ele é uma pessoa que quando não está bêbedo conduz com velocidade e quando está vai devagarinho, sempre. Por isso não me assustei nem me senti inseguro, até ma parece que me senti melhor porque ele ia devagarinho. (E 12-30)*

A dependência alcoólica não é identificada como resultante dos consumos moderados e pouco frequentes, contrariando estudos anteriores (Burt et al., 2008; Howlett, Williams, & Subramaniam, 2012; Winters & Lee, 2008). A perceção da ocorrência de acidentes de viação resultantes da condução sob o efeito do álcool, referida pelos entrevistados, coincide com os resultados do estudo realizado em duas escolas espanholas por Beltrán, Lillo, Lourenzo e Lourenzo (2012).

*4.2.6.2. Substâncias associadas ao consumo de álcool.* Os alunos do 8.º ano não fumam mas afirmam já ter observado os consumidores de álcool a fumar (E 8-6, E 8-7, E 8-8, E 8-9). Os colegas do 10.º ano também declaram não fumar (E 10-16, E 10-17, E 10-18, E 10-20), à exceção de um que experimentou mas que manifesta ser indiferente estar a tomar álcool ou não (E 10-19). É também dito que é mais difícil tomar substâncias ilícitas e tabaco comparativamente ao álcool (E 10-18). Há quem fume apenas quando bebe (E 10-20) e também os que consideram que não existe relação entre os hábitos referidos (E 10-19). Entre os alunos mais velhos é revelado que é sua prática ingerir álcool e fumar não conseguindo dissociar os consumos (E 12-28) e que ao tomar bebidas alcoólicas aumenta o consumo de tabaco (E 12-29). Dois estudantes afirmam não o fazer mas testemunham a cointilização das substâncias em colegas (E 12-26, E 12-27):

*eu não. É mais difícil entrar no mundo da droga ou do tabaco... mas com o consumo de álcool não têm consciência daquilo que fazem, logo têm tendência para experimentar e ao experimentar podem ficar viciados... o tabaco, por exemplo. (E 10-18)*

O contacto dos adolescentes com outro tipo de substâncias psicoativas tende a promover o seu uso, o que coincide com Chen e Kandel (1995).

*4.2.6.3. A ação pedagógica da escola sobre o consumo alcoólico.* A intervenção pedagógica levada a cabo pela escola acerca do consumo de bebidas alcoólicas resulta em ineficácia junto dos discentes. Acontecem atividades dinamizadas pela Polícia de Segurança Pública, de acordo com os alunos mais novos (E 8-6, E 8-9), trabalhos realizado no âmbito de algumas disciplinas (E 8-9, E 10-16, E 10-20), campanhas de informação (E 8-10, E 10-19). Alguns não recordam qualquer iniciativa (E 10-17, E 10-18). “Campanhas de ‘Não beber’... comigo não teve efeito. Eu acho que nós temos informação e depois cada um decide se bebe ou não” (E 10-19).

Na escola já aconteceram conferências, palestras (E 12-26, E 12-27), abordagem da problemática do consumo de bebidas alcoólicas na disciplina de

Educação Física (E 12-29). Os trabalhos elaborados pelos alunos são expostos nos espaços comuns da escola (E 12-30). As iniciativas não são acompanhadas atentamente (E 12-26, E 12-27, E 12-28).

Os entrevistados opinam que estas iniciativas não surtem efeito relativamente à diminuição dos consumos (E 8-9, E 10-19, E 12-26, E 12-27, E 12-28). Os alunos reduzem o consumo de álcool quando um dos elementos tem algum problema ou quando algo acontece de muito grave como é o caso de uma morte entre os conhecidos (E 12-26). Histórias de vida teriam mais efeito nos alunos (E 12-27). Outro estudante defende que a lei tem de ser mais rigorosamente aplicada (E 12-28). Um dos entrevistados aponta para a importância da informação especialmente para os alunos mais novos (E 12-30).

*A escola tem iniciativas... mas muitas vezes passam ao lado... as pessoas vão a conferências, vão lá, ouvem mas isso... não faz efeito... acho que não. Quando um grupo deixa de tomar mais álcool é quando um dos elementos tem algum problema... ou... conheço um caso de uma rapariga que morreu... e... assim... por causa dessas festas... e isso mexe com as pessoas. Acho que faz mais, mexer com as pessoas do que essas conferências... mais real. (E 12-26)*

*Há umas palestras mas nada assim que cativa muito os alunos. Se calhar ouvir relatos verídicos de pessoas alcoólicas, como os alcoólicos anónimos e isso. Aí as pessoas abriam mais os horizontes. Porque palestras é o mesmo que as drogas, que a sexualidade, toda a gente já sabe para que é o preservativo, toda a gente sabe para que é isto... começa a ser saturante. (E 12-27)*

**4.2.6.4. Vantagens que implicam o hábito de consumo.** As vantagens que implicam o hábito de consumo de álcool indicadas pelos alunos são diversas (E 8-6, E 8-7), viver o momento com os amigos (E 8-9), mais alegria (E 8-10) e saciar a sede (E 8-7). Porém, um dos alunos afirma não achar importante tomar bebidas alcoólicas (E 8-9); outro declara que são poucas as vantagens (E 8-10):

*vantagens? Não sei bem. Se não beber crescemos mais. Às vezes bebo devido à sede. Não fazemos figuras tristes e o nosso rendimento escolar não se agrava. Se os meus amigos deixassem de tomar talvez eu também deixasse. (E 8-8)*

Entre os alunos do 10.<sup>o</sup> ano, são reconhecidas poucas (E 10-16, E 10-18, E 10-20) ou nenhuma vantagem (E 10-18, E 10-19). Diversão, estar com os amigos, um pouco mais de alegria, convívio, gostar de beber, alívio perante algum problema que se esteja a viver, são indicados como vantagens na ingestão de álcool. É manifestada a continuidade em tomar moderadamente por gosto (E 10-20), quando se convive com os amigos (E 10-17, E 10-18), e a influência do ambiente (E 10-19).

*Para além de estarmos mais divertidos depois de beber... não há mais vantagens... Mas nessas alturas é bom para conseguirmos estar... a divertir-nos. Eu não bebo muito e gosto, de vez em quando de estar assim com os meus amigos. (E 10-16)*

*Vantagens? Poucas, ou quase nenhuma... Vantagem é... ficar um bocadinho mais alegres, mais divertimento... mais que isso não há... Conviver com os meus colegas e gostar um pouco daquilo. Convivência com os amigos... divertimento. Só por isso continuo. (E 10-18)*

*Nenhuma. É verdade se não tem vantagens, por que é que bebemos? Não sei... não faço ideia... Só ainda vi uma pessoa a beber cerveja sem álcool... eu ainda não experimentei... dizem que é mau. Eu continuo a tomar ... quando o ambiente é... o ambiente influencia muito. (E 10-19)*

Os alunos mais velhos referem como vantagens alcançadas com a ingestão de bebidas alcoólicas estar em grupo e divertir-se bebendo moderadamente (E 12-26, E 12-27, E 12-28), gostar do sabor (E 12-27). Estar bem com os amigos, sentir-se mais desinibido e alegre (E 12-29). Porém, há quem não aponte qualquer vantagem (E 12-30). A continuidade do consumo relaciona-se o convívio entre amigos (E 12-26, E 12-27, E 12-28) e constituir uma rotina (E 12-30).

*Uma pessoa só consome álcool porque quer... Ninguém lhe está a enfiar a bebida pela boca abaixo. É o convívio que promove o hábito de beber álcool. (E 12-26)*

*O convívio com os amigos e a boa disposição e o facto de gostar do sabor. (E 12-27)*

*Vantagens... não é ser vantagem... é estar-se bem com os amigos, a desfrutar, quando todos estão bem. Agora ando a tentar beber menos cerveja porque já tenho... Já criei barriga... e tento beber menos cerveja. Mas gosto de beber. Tentei reduzir mais. (E 12-28)*

*Aos fins de semana há sempre quem beba... é já uma rotina para alguns e, quando é tempo de férias, é ritual de todos os dias para algumas pessoas, saímos todas as noites e já se vê... (E 12-30)*

Um entrevistado do 8.º ano afirma que no período de férias, apesar de estar mais tempo com os amigos, não ingere bebidas alcoólicas em maior quantidade (E 8-6). Outro estudante declara que o grupo de pertença desenvolve maior influência no consumo de bebidas alcoólicas relativamente à família e aos meios de comunicação social (E 8-10):

Página | 137

*só que costumamos comemorar o começo das férias com um jantar e a quem apetece bebe... e costumamos beber um bocado. Nas férias... não sinto necessidade de beber mais do que em tempo de aulas, apesar de estar muito com os amigos, por aí... (E 8-6)*

*O grupo tem influência. Sempre me disseram “junta-te aos bons e serás como eles. Junta-te aos maus e serás pior do que eles”. Acho que é isso. Conviver com pessoas que bebem mas que não se metem em mais coisas. O grupo, não pressionando diretamente, tem sempre alguma influência... mais do que a família e mais do que os meios de comunicação social. (E 8-10)*

A escola deveria ter um papel de difusor de informação, em especial, junto dos alunos mais novos, pois o início da ingestão regista-se cada vez mais precocemente, acompanhadas de embriaguezes, segundo a opinião de um aluno. O álcool não é importante (E 10-17). Doses reduzidas de álcool permitem o divertimento (E 10-18):

*só que me parece que a escola podia informar melhor os mais novos... Cada vez começam mais cedo a embebedar-se. (E 10-16)*

*Falámos de muitas coisas e até me ajudou a pensar que o álcool não é importante. (E 10-17)*

*Quanto ao consumo... pouco, muito pouco, pouco consumo e o divertimento é igual... é a conclusão a que chego. (E 10-18)*

A escola deveria apresentar histórias de vida para que se conhecessem situações chocantes (E 12-26). As novas gerações vão começar a consumir mais precocemente porque começam a sair muito mais cedo. Os mais novos costumam comprar uma garrafa de bebida branca, para tomarem durante a noite, pois essa é uma forma mais económica de adquirir as bebidas. Num hipermercado não conseguem comprar, mas num supermercado mais pequeno conseguem, pois não pedem o Bilhete de Identidade de Cidadão Nacional (ou o atual Cartão de Cidadão). Questiona-se relativamente ao pensamento dos pais, pois se estes lhes dão dinheiro conseguem ter acesso ao álcool:

*acho que as novas gerações vão começar a consumir ainda mais cedo porque hoje começam a sair muito mais cedo. Eu quando comecei a sair ia cedo para casa e hoje vejo miúdos com 13 anos até às 4 da manhã numa festa. Não sei o que é que os pais dessas pessoas pensam... se os pais*

*Ihes dão dinheiro conseguem ter acesso ao álcool, se o barman não lhe vender, pedem a um mais velho para comprar. (E 12-29)*

Os resultados apontam para a necessidade de adoção de estratégias mais eficazes na tomada consciente de decisões o que coincide com Beltrán, Lillo, Lourenzo e Lourenzo (2012), que concluem que as estratégias de saúde devem atender as expectativas dos adolescentes e não se cingirem à transmissão informativa.

## **CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

### **5.1. Introdução**

Neste capítulo apresentam-se as considerações finais que decorrem do trabalho de investigação realizado, como resultado da reflexão e confronto com os quadros teórico e concetual, alicerçadas nos objetivos e questões de investigação que orientaram o trabalho. O capítulo é integrado por quatro subcapítulos. Inicia com a apresentação das conclusões (5.2) seguindo-se recomendações perspetivando a contribuição para a educação para a saúde (5.3) terminando com a apresentação de sugestões para futuras investigações (5.4).

### **5.2. Conclusões**

Na investigação que realizámos pretendemos encontrar respostas para as subquestões-problema que delineámos para este estudo (cf. p. 20), em particular, conhecer as representações dos jovens estudantes sobre os efeitos do consumo de bebidas alcoólicas a nível individual, familiar, social, económico e no seu desempenho académico, bem como a comparação das motivações dos jovens escolares para a abstinência e para o consumo de álcool. As coincidências e discrepâncias entre os casos múltiplos estudados constituíram o principal foco de atenção no decurso da investigação.

Norteadas pelas dimensões estudadas, apresentam-se as conclusões retiradas, comparando e apresentando simultaneidades e disparidades entre os participantes não consumidores e consumidores de bebidas alcoólicas.

Todos os participantes no estudo experimentaram tomar bebidas alcoólicas. Este momento decorreu, entre os 12 anos e os 15 anos e entre os 13 e os 16 anos de idade, para os alunos abstinentes e consumidores, respetivamente. A

experimentação decorreu na companhia de amigos ou dos pais, em ambientes festivos.

A curiosidade, o ambiente, a diversão, a observação de comportamentos e a presença de amigos consumidores estão na base da experimentação dos não consumidores. Entre os estudantes consumidores, são avançadas a curiosidade, as motivações tácita e explícita dos pares, “dar estilo” e querer impor-se num grupo.

As consequências da ingestão alcoólica são promotoras da abstinência e também do consumo do álcool. Os alunos mantêm o hábito de abstinência por considerarem que a ingestão de bebidas alcoólicas é prejudicial ao seu desenvolvimento, desperta para o consumo de outras substâncias, contribui para o aumento de peso, promove comportamentos deprimentes, atitudes reprováveis e má imagem social (em caso de embriaguez), desencadeia efeitos nefastos (testemunhados entre familiares próximos), provoca efeitos desagradáveis de ressaca, motiva a comportamentos influenciados pelos pares, gera preocupação nos pais, contribui para gastos desnecessários e tem efeito modelador de personalidade (contribuindo para comportamentos iguais entre o grupo de pertença).

As vantagens que implicam o hábito de consumo de álcool são diversas: sentir mais alegria e desinibição, divertir-se, conviver, apreciar o sabor das bebidas, saciar a sede, sentir alívio perante algum problema pessoal. Porém, também é declarado que não existir qualquer vantagem na ingestão.

Os estudantes não consumidores mantêm esse hábito, em consequência de não reconhecerem importância no consumo de álcool, por considerarem a sua ingestão como génese de problemas físicos e psicológicos e não se apresentar como resolução de problemas. O álcool é desnecessário à diversão e representa um dispêndio financeiro. A vivência da embriaguez permite o reconhecimento da grande importância da abstinência. Os alunos consumidores mantêm o hábito de ingestão, devido à agradabilidade que sentem em momentos de convívio, por influência do ambiente festivo e pelo facto de constituir uma rotina.

É fácil a aquisição de bebidas alcoólicas por quem ainda não completou 16 anos de idade. A venda deste tipo de bebidas acontece, mesmo à revelia Lei, a pessoas que se apresentam alteradas pelo efeito da ingestão alcoólica. Comerciantes conhecidos vendem facilmente. Os bares recém-abertos são mais resistentes à venda mas, passado algum tempo, vendem sem problema e os amigos mais velhos compram para que os mais novos tomem. O interesse dos comerciantes é a principal causa do facilitismo na venda de bebidas alcoólicas, contribuindo esse facto para a falta de controlo na idade dos compradores. A confirmação da idade através da apresentação de documento de identificação não é frequente na região geográfica onde decorreu o estudo, contrariamente ao que acontece na cidade de Lisboa, à entrada de discotecas.

O limite de idade para aquisição e consumo de bebidas alcoólicas é encarado distintamente entre os entrevistados não consumidores que definem balizas entre os 15 anos de idade e a total proibição. Os consumidores anuem os 16 anos como idade mínima para o consumo e para a compra de bebidas alcoólicas.

São os pais que, geralmente, cedem o dinheiro destinado a gastos nas festas. As reservas de uma parte das verbas periódicas que recebem são utilizadas na aquisição de bebidas, assim como dinheiro que amealham. Maior disponibilidade de dinheiro implica maior consumo.

Existem familiares que não influenciam na ingestão de bebidas alcoólicas. Todavia, há alunos que afirmam ter sido motivados ou que lhes fora permitido experimentar, por parentes próximos. Os hábitos de ingestão e de abstinência entre os familiares próximos tendem a influenciar os consumos dos entrevistados. A ingestão moderada de bebidas alcoólicas pelos familiares funciona como modelo a seguir. A ingestão excessiva de álcool pelos familiares e as vivências de maus tratos físicos, em sequência desses consumos, repudiam a ingestão, contribuindo para a abstinência.

Os pares influenciam de forma tácita e explícita, o consumo de bebidas alcoólicas entre os consumidores e os não consumidores. A ingestão de

bebidas alcoólicas é encarada como uma decisão pessoal e o convívio interpares não é afetado pelo facto dos hábitos de consumo serem díspares.

A valorização dos colegas advém do companheirismo nos momentos de alegria e de tristeza, da sinceridade, da confiança, da simpatia, da boa disposição, da diversão, da não rebeldia mas, não do facto de não se consumir ou de se consumir bebidas alcoólicas.

Para os não consumidores, o hábito de abstinência influencia favoravelmente o desempenho escolar. Tomar bebidas alcoólicas provoca o desleixo nos compromissos académicos e interfere negativamente no aproveitamento enquanto a ingestão excessiva se apresenta muito perturbadora dos resultados.

Entre os consumidores não é relacionada a ingestão não nociva de bebidas alcoólicas, que acontece nos fins de semana, com o desempenho escolar. Contudo, é admitida influência negativa sobre os resultados, decorrente da diminuição do tempo dedicado ao estudo, em consequência das saídas com os amigos.

Os alunos denotam um conhecimento restrito da interferência do álcool na saúde individual e coletiva. Transversalmente, é reconhecido o consumo de bebidas alcoólicas como causa de perturbações no cérebro, no fígado, nos rins e no estômago. São menosprezadas ingestões de pequenas quantidades de álcool relativamente aos efeitos sobre a saúde. A dependência como resultado da ingestão de álcool decorre de ingestões excessivas e duradouras. É reconhecida como um problema de saúde mental, por alguns dos estudantes.

A ingestão alcoólica relaciona-se com a ocorrência de acidentes de viação. A morte de um colega resultante de um acidente de viação contribui, no período próximo, para uma redução nos consumos. Há alunos que não ingerem álcool ou consomem em pequena quantidade para que, num determinado evento, sejam eles os condutores da viatura de regresso às suas casas.

O consumo de tabaco associa-se ao consumo alcoólico e à motivação para o uso de outras substâncias psicoativas.

A ação pedagógica desenvolvida pela escola, acerca do consumo alcoólico, não é eficaz não sendo observados resultados positivos. A apresentação de histórias de vida englobando relatos chocantes, vividos por consumidores, surtiriam efeito sobre os consumos entre os jovens. A intervenção junto dos mais novos é necessária, em consequência do início da ingestão e do registo de embriaguezes acontecer cada vez mais precocemente.

Maior controlo por parte das entidades competentes implicaria redução no consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens. A tolerância dos pais ao consumo moderado contribui para a ocorrência da ingestão de álcool.

Foram detetadas algumas fragilidades nos elos envolvidos:

- Deficiente plano preventivo desenhado em meio escolar;
- Insuficiente diálogo entre os pais e os filhos;
- Disponibilidade económica para a aquisição de bebidas;
- Ausência de controlo dos gastos;
- Comportamento ilegal por parte dos comerciantes;
- Deficitária fiscalização por parte das polícias (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica; Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública).

Numa análise sinótica com o quadro teórico e concetual estabelecido, percebe-se que os nossos resultados encontrados não se revelam inteiramente coincidentes com estudos anteriormente realizados. Pese embora a maioria das análises realizadas tenha recuperado conceitos defendidos por outros autores (e.g., Beltrán, Lillo, Lourenzo & Lourenzo, 2012; Cabral, 2007; Ferreira-Borges & Filho, 2004; Freyssinet-Dominjon & Wagner., 2006; Gaudet, 2006; Muisener, 1994), foram identificadas várias dissonâncias, em particular:

- (a) a motivação direta para a experimentação alcoólica por parte dos progenitores, conforme define Ferreira-Borges e Filho (2004);

- (b) o efeito promotor da publicidade sobre o hábito de consumo de bebidas alcoólicas não se apresenta coincidente entre os participantes no estudo, diferindo do revelado por Pinsky (2009);
- (c) o efeito sobre o aproveitamento escolar não é igualmente relacionado entre os entrevistados, contrariando os resultados encontrados por Trindade e Correia (1999), ao referirem a influência negativa declarada do hábito de ingestão sobre o rendimento escolar dos alunos consumidores. Entre estes alunos a dependência alcoólica não é reconhecida como resultado de consumos moderados e pouco frequentes, contrariando estudos anteriores (e.g., Burt et al., 2008; Howlett, Williams, & Subramaniam, 2012; Winters & Lee, 2008);
- (d) o consumo de bebidas alcoólicas com elevada concentração de álcool não é uma prática recorrente entre os entrevistados, contrariando estudos anteriores (e.g., Calafat, 2007; Hibell et al., 2012; Vinagre e Lima, 2006);
- (e) o efeito da ingestão de bebidas alcoólicas no aproveitamento escolar que, de acordo com Trindade e Correia (1999), é um fator redutor do rendimento acadêmico; e
- (f) a dependência alcoólica não é identificada como resultante dos consumos moderados e pouco frequentes, contrariando estudos antecedentes (e.g., Burt et al., 2008; Howlett, Williams, & Subramaniam, 2012; Winters & Lee, 2008).

### **5.3. Contributo para a educação para a saúde**

Face aos resultados alcançados, consideramos necessária a implementação de estratégias interventivas cujo alvo sejam as fragilidades emergentes do estudo. Na opinião de Calafat (2002), as campanhas isoladas antiálcool não revelam os resultados auspiciados. O autor indica a necessidade da associação de medidas preventivas diretamente relacionadas com a saúde e a segurança, entendendo necessária a elaboração de programas escolares, comunitários, intervenções no contexto recreativo e nos locais de consumo. No

decurso do estudo uma aluna refere em jeito de justificação conclusiva do seu hábito abstinente, fazendo a ponte entre a prevenção e a saúde:

*pela minha parte é igual, eu tanto sou amiga de quem bebe como de quem não bebe. Mas eu dou o meu exemplo, como sou estrangeira... na minha turma, eles saem, bebem, fumam, andam bêbados na estrada, fazem porcaria e isso é porque eu não bebo e sou um bocadinho mais tímida eles não falam muito comigo, nem querem sair comigo. Por isso acho que se eu fizesse o mesmo que eles eu tinha mais amigos... mas prefiro não ter do que estragar a minha saúde.(E 12-23)*

A participação ativa de todos os atores, nomeadamente as comunidades escolar, local, entidades competentes no cumprimento da Lei e a família, parece-nos primordial. Objetiva-se alcançar ganhos nos empoderamento individual e coletivo para que dele resultem alterações saudáveis nas atitudes e nos comportamentos. As sugestões e as incertezas manifestadas pelos participantes no estudo terão, indubitavelmente, que enlaçar as atividades a planificar. Propõe-se um plano estratégico abrangente promotor de várias atividades, dinamizadas pela comunidade educativa, sob orientação do grupo de educação para a saúde. Estas atividades visam abrir-se à participação ativa dos diferentes atores: comunidade escolar, comunidade local e entidades de segurança.

### 5.3.1. Comunidade escolar

A escola é um importante canal através do qual a sociedade tenta transmitir formal e informalmente, de forma causal, certas normas, valores, atitudes e comportamentos na vida dos adolescentes. Este local não é apenas um ambiente onde os adolescentes são constantemente influenciados pelos seus pares. Entre a comunidade escolar revela-se adequado o desenho de um projeto de educação para a saúde, envolvente, com atividades *hands on*, que espelhem o colorido e as sombras da sociedade e que coloque em comum, o mais amplamente possível, o problema do consumo de álcool na comunidade. Ao encontro com as manifestações dos estudantes, parecem adequadas ações que: (a) transmitam informações acerca do álcool (a sua origem, o seu uso nas

civilizações antigas, a ingestão e a absorção pelo organismo, os efeitos em crianças, jovens e adultos, a morbidade e a mortalidade, o facilitismo na aquisição e no uso), (b) apresentem o projeto de educação para a saúde aos encarregados de educação através de sessões de abordagem de cada temática, (c) testemunhem casos reais, histórias de vida de dependentes do etanol. O Gabinete de Apoio ao Aluno é um local onde se presta apoio e aconselhamento psicológico. Constitui um espaço de excelência de contacto e de debate com diversos profissionais (educação, psicologia, saúde, segurança, serviço social), num contexto confidencial e de procura de soluções para cada problema específico.

### 5.3.2. Comunidade local

Convite à comunidade local, entidades públicas e privadas (Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Centro de Saúde, comércio, turismo e restauração, empresas de entretenimento, associações) para visitar a escola e pela mão de professores e alunos: (a) viver atividades informativas acerca das bebidas alcoólicas, (b) sensibilizarem-se acerca do consumo de álcool entre as crianças os jovens e os adultos, (c) discutirem as potencialidades da comunidade local na intervenção perante o uso de bebidas alcoólicas entre a população mais jovem, nomeadamente sobre os níveis de acessibilidade, a frequência de espaços de convívio e lazer e a associação a outro tipo de substâncias psicoativas.

### 5.3.3. Polícias

Convite às autoridades de segurança para visitar a escola e acompanhados por alunos e professores realizarem uma incursão que lhes permita (a) viver atividades informativas acerca das bebidas alcoólicas, (b) sensibilização ao

consumo de álcool entre crianças, jovens e adultos, (c) a discussão das potencialidades interventivas das polícias junto dos jovens, em períodos de convívio e de lazer, verificando os níveis de acessibilidade à compra e ao consumo de bebidas alcoólicas.

Apresentação a toda a população dos resultados e registos do projeto produzidos no decurso do ano letivo.

#### **5.4. Sugestões para investigações futuras**

De acordo com Elliot (1997), programas de prevenção e políticas eficazes poderiam ser desenvolvidos, não apenas para os indivíduos, mas também para as famílias, escolas e comunidades visando apoiar o desenvolvimento social e saudável de jovens.

Perante o estudo realizado e conscientes da importância da temática, avançamos orientações para futuros trabalhos que prossigam a investigação que encetámos:

- realização de estudos longitudinais, com o objetivo de analisar a evolução dos hábitos de abstinência e de consumo entre os jovens participantes na investigação apresentada.
- com base na insuficiência de estudos qualitativos, na temática dos consumos de álcool entre os jovens a nível nacional e internacional, parece-nos importante a realização de investigação qualitativa nas escolas do Alentejo e demais regiões portuguesas, objetivando o conhecimento aprofundado das diferentes realidades. Este conhecimento constituir-se-á preponderante na criação de programas de intervenção, singularizados e adaptados às diversidades nacionais.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adolescent Health Committee (2003). Age limits and adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 8(9), 577. Recuperado em 2013, setembro 14, de <http://www.cps.ca/documents/position/age-limits-adolescents>.

Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em educação. Um guia prático e crítico*. Porto: Edições Asa.

Alegre, L. (2013). *Controlo e diminuição da adição ao álcool – Estratégias para uma cidadania activa*. Lisboa: Cedro Associação.

Anderson, P. (2008). *Binge drinking and Europe report*. Hamm: DHS.

Andrews, J., Hampson, S., & Peterson, M. (2011). Early adolescent cognitions as predictors of heavy alcohol use in high school. *Addictive behaviours*, 36, 448–455.

Antunes, M. (1998). Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas. *Referência*, 1, 29-39.

Araoz, G. (2004). Cultural considerations. In International Center for Alcohol Policie, *What drives underage drinking? An international analysis* (pp. 39-47). Washington, DC: International Center for Alcohol Policies. Recuperado em 2011, junho 18, de <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=u5U/st%2B6jt8%3D&tabid=108>.

Autoportal (2010, 4 de maio). *Um em cada três condutores mortos estava sob efeito de álcool*. Recuperado em 2013, Agosto 12, de <http://www.autoportal.iol.pt/noticias/geral/um-em-cada-tres-condutores-que-morreu-em-acidentes-estava-alcoolizado>.

Babor, T. (2009). Álcool: bem de consumo *sui generis*. Resumo do Relatório da OMS. *Revista toxicodependências*, 12(1), 77-86.

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C., Barbio, L., & Pascueiro, L. (2008). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2007*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barlow, D. , Nock, M., & Hersen, M. (2009). *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3rd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Bassey, M. (2002). Case study research. In M. Coleman e A. Briggs (eds.), *Research methods in educational leadership and management* (pp. 108-121). London: Paul Chapman.

Betts, C., & Scott, G. (2005). Staff name offending 'happy hour' clubs. *Nursing standard*, 19(19), 8.

Bogdan, R., & Biklen, S. (2003). *Qualitative research for education: na introduction to theory and methods* (4th ed.). New York: Pearson Education.

Boné, M., & Bonito, J. (2012). Compreender o consumo e a abstinência de bebidas alcoólicas entre os alunos do 12.º ano de escolaridade do concelho de Estremoz. In C. Albuquerque (Coord.). *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: perspetivas e realidades* (pp. 45-55). Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Boné, M., Bonito, J., & Albuquerque, C. (2013). (Il)legality in consumption of a legal substance: a case study on alcohol consumption among teens. *Atención primaria*, 45 (Espec Cong 1), 93.

Bonito, J. (2000). *Práticas de primeiros socorros. Um guia para salvar vidas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Breda, J. (1997). Bebidas alcoólicas e jovens escolares: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes. *Boletim do centro regional de alcoologia de Coimbra*, 4, 4-6.

Buckley, L., Sheehan, M., & Chapman, R. (2009). Adolescent protective behaviour to reduce drug and alcohol use, alcohol-related harm and interpersonal violence. *Journal of drug education*, 39, 3, 289-301.

Burt, S., Barnes, A., McGue, M., & Lacono, W. (2008). Parental divorce and adolescent delinquency: Ruling out the impact of common genes. *Developmental psychology*, 44, 1668–1677.

Cabral, L. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Recuperado em 2012, outubro 31, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7207/2/Doutoramento%20Lidia%20do%20Rosrio%20Cabral%20agosto2007.pdf>.

Cabral, L. (2004). Alcoolismo juvenil. *Millenium*, 30, 172-186. Recuperado em 2012, março 15 de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/14.pdf>.

Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19(3), 217-224. Recuperado em 2011, março 15 de <http://www.adicciones.es/files/editorialCalafat.pdf>.

Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso del alcohol. *Adicciones*, 14(1), 317-335.

Calafat, A., & Munar, M. (1999). *Atuar es posible: educación sobre el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior.

Capaldi, D., Stoolmiller, M., Kim, H., & Yoerger, K. (2009). Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: Two-part random effects prediction models. *Journal of drug and alcohol dependence*, 105, 109-117.

Carr, A. (2006). *Es fácil controlar el consumo de alcohol*. Madrid: Espasa.

Chassin, L., & Barrera, M. (1993). Substance use escalation and substance use restraint among adolescent children of alcoholics. *Psychology of addictive behaviors*, 7, 3–20.

Chen, K., & Kandel D. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American journal public health*, 85, 41–47.

Cherry, K. (2014). *The milgram obedience experiment the perils of obedience*. Recuperado em 2014, fevereiro 15, de <http://psychology.about.com/od/historyofpsychology/a/milgram.htm>.

Cook, R. (1985). The alternatives approach revisited: a biopsychological model and guidelines for application: *International journal of the addictions*, 20, 1399-1419.

Cunha, S., Esteves, F., Dias, P., & Bento, A. (2005). Conhecimentos, comportamentos e atitudes de jovens, face às bebidas alcoólicas. *Revista da associação portuguesa de nutricionistas*, 5, 66-71.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C. et al. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado em 2012, novembro 28, de [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf).

Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D. et al. (2008). *Inequalities in Young People's Health. Health behavior in school-aged children international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado em 2012, outubro 27, de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/53852/E91416.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf).

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. et al. (Eds.) (2004). *Young people's health in context. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado em 2012, outubro 25, de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/110231/e82923.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf).

Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (Eds.) (2000). *Health and health behaviour among young people. WHO polity series: health policy for children and adolescents. Issue 1. International Report*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Recuperado em 2012, outubro 25, de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/119571/E67880.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/119571/E67880.pdf).

De Bruyne, P., Herman, J., & De Schoutheete, M. (1991) *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais - os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.

De Bruyne, P., Herman, J., & De Schoutheete, M. (1975). *Dynamique de la recherche en sciences sociales*. Vendôme: Presses Universitaires de France.

DGE – Direção Geral da Educação (s. d.). *Promoção e educação para a saúde*. Recuperado em 2013, julho 25 de <http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=36>.

DGS – Direção Geral da Saúde (2010). *Indicadores e metas do plano nacional de saúde. Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos*. Recuperado em 2013, junho 24, de <http://impns.dgs.pt/doencas-mentais/mortalidade-por-doencas-atribuiveis-ao-alcool-antes-dos65-anos>.

Dillon, P. (2010). *Adolescentes, álcool y drogas*. Barcelona: Ediciones Medici.

Donovan, J. (2004). Adolescent Alcohol Initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of adolescent health*, 35, 529.e7–529.e18.

Elliot, D. (Ed) (1997). *Blueprints for violence prevention. vol. 1-11*. Boulder: Centre for the Study of Prevention of Violence, Institute of Behavioural Science, University of Colorado.

Feijão, F. (2011a). *Inquérito nacional em meio escolar, 2011 – 3.º ciclo. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. Síntese de resultados*. IDT. Recuperado em 2013, outubro 31, de [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011\\_3ciclo%20\(2\).pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo%20(2).pdf)

Feijão, F. (2011b). *Inquérito nacional em meio escolar, 2011 – secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. Síntese de resultados*. IDT. Recuperado em 2012, outubro 31, de [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011\\_secundario.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario.pdf)

Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista toxicodependências*, 16(1), 29-46.

Feijão, F. (2008). *Inquérito nacional em meio escolar 2006: consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. Resultados preliminares*. Recuperado em 2012, outubro 25, de <http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/2008/04/18/inqueritoNacMeioEscolar.pdf>.

Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas: ECATD/2011*. Recuperado em 2012, setembro 27, de <http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/ECATD ESPAD Portugal 16NovResultados.pdf>.

Feldman, A. (1994). *Enxaqueca, alívio para o sofrimento*. S. Paulo: Editora Siciliano.

Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes. *Revista millenium*, 32. Recuperado em 2013, maio 15, de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/409>.

Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodependência: manual técnico 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Freyssinet-Dominjon, J., & Wagner, A. (2006). *Os estudantes e o álcool: formas de beber na nova juventude estudantil*. Coimbra: Quarteto.

Garfield, E. (1987). The Anomie-Deviant Behavior Connection: The Theories of Durkheim, Merton, and Srole. *Essays of an information scientist*, 10(39), 272-281. Recuperado em 2014, janeiro 18, de <http://www.garfield.library.upenn.edu/essays/v10p272y1987.pdf>.

Gaudet, E. (2006). *Drogas e adolescência: respostas às dúvidas dos pais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gigliotti, A., & Bessa, M. (2004). Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista brasileira de psiquiatria, 26(supl I)*, 11-13.

González de Pablo, A. (1992). Los Orígenes de la Dietética Clásica: La Dietética Pitagórica, *Jano, XLII(985)*, 52-60.

Goode, E. (2007). *Drugs in American society* (7th ed). New York: Stony Brook University.

Goodwin, D. (2000). *Alcoholism: the facts*. New York: Oxford University Press.

Gordo, J., Beltrán, P., Lillo, R., Lourenzo, B., & Lourenzo, S. (2012). La percepción del riesgo del consumo de drogas en los adolescentes de nuestro médio ambiente. *Revista ROL de enfermería, 35*, 16-21.

Graffigna, G., Gambetti, R., & Bosio, A. (2011). Using ambient communication to reduce drink-driving: public health and chocking images in public spaces. *Health, risk & society, 13(7-8)*, 669-690.

Gual, A. (2002). Monografía alcohol. *Adiciones, 14(1)*. Recuperado em 2010, março 26, de [http://www.irefrea.org/archivos/sa/monografia\\_alcohol.pdf](http://www.irefrea.org/archivos/sa/monografia_alcohol.pdf).

Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipia Editora.

Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull, 112*, 64–105.

Heath, D. (2000). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2012). *The 2011 ESPAD report substance use among students in 36 european countries*. Stockholm: The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN) and the authors. Recuperado em 2013, janeiro 30, de [http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf).

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2009). *The 2007 ESPAD report substance use among students in 35 european countries*. Stockholm: The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN) and the authors. Recuperado em 2012, outubro 21, de [http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf).

Hill, S., Shen, S., Lowers, L., & Locke, J. (2000). Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biological psychiatry*, 48, 265–275.

Howlett, K., Williams, T., & Subramaniam, G. (2012). Understanding and treating adolescents substance abuse: a preliminary review. *The journal of lifelong learning in psychiatry*, 10(3), 293-299. Recuperado em 2013, janeiro 14, de <http://focus.psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/24947/293.pdf>.

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência (2008). *Substâncias*. Recuperado em 2011, março 10, de <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Alcool/Paginas/Efeitos.aspx>.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011*. Recuperado em 2013, fevereiro 12, de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_lugar](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_lugar).

INSA – Inquérito Nacional de Saúde (2006). *Inquéritos nacionais de saúde*. Recuperado em 2011, agosto 27, de [http://www.onsa.pt/conteu/proj\\_ins.html](http://www.onsa.pt/conteu/proj_ins.html).

International Union Health Promotion (s.d.). *Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. Recuperado em 2013, agosto 15, de <http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=93>.

Jessor, R., & Jessor, S. (1997). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.

Jonkman, H., Haggerty, K., Steketee, M., Fagan, A., Hanson K., & Hawkins, J. (2008) Communities that Care, core elements and context: Research of implementation in two countries. *Social development issues*, 30(3), 42-58.

Kaufmann, J. (2001). *L'entretien compréhensif*. Paris: Editions Nathan.

Lalanda, P. (1998). *Análise social*, XXXIII(148), 871-883.

Lessard-Hérbert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2008). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas* (3.ª ed). Lisboa: Instituto Piaget.

Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos. Quem são e comportamentos que adotam. *Toxicodependências*, 17(1), 3-15.

Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. Dossier: problemas ligados ao álcool. *Revista portuguesa de clínica geral*, 24, 293-300.

Marti, J. (1996). *Psicologia infantil e juvenil : adolescência*. Lisboa: Liarte.

Matos, M. (Coord.) (2008). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* Lisboa: IDT, IP.

Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C., & Dias, S. (2001). *Os jovens portugueses e o álcool*, 7, 1. Recuperado em 2012, outubro 10, de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/alcool.pdf>.

Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. (2001). *Atividade física e prática desportiva nos jovens portugueses*. Recuperado em 2011, dezembro 12, de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/ActFisica.pdf>.

Matos, M., Simões, C., Camacho, I, Tomé, G., Ferreira, M., Ramiro, L. et al. (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Edições FMH.

Meloni, J., & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo de álcool. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26, 7-10.

Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Mendes, D. (2013, 30 de agosto). Crianças com menos de 9 anos internadas com cirrose. *Diário de notícias*. Recuperado em 2013, agosto 30, de <http://www.dn.pt/DNMultimedia/DOCS+PDFS/Capas%202013/capa30agosto.pdf>.

Messas, G. (1999). A participação da genética nas dependências químicas. *Revista brasileira de psiquiatria*, 21, 33-40. Recuperado em 2011, janeiro 27, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a10.pdf>.

Milam, J., & Ketcham, K. (1991). *Alcoolismo: Os mitos e a realidade*. S. Paulo: Nobel.

Muisener, P. (1994). *Understanding and treating adolescent substance abuse*. London: SAGE Publications.

NIDA – National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leaders* (2nd ed.). Maryland: United States Department of Health and Human Services. Recuperado em 2013, setembro 22, de [www.nida.nih.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf](http://www.nida.nih.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf).

O'Connell, M., Boat, T., & Warner, K (Eds.) (2009). *Report on preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington: The National Academies Press. Recuperado em 2012, setembro 22, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/TOC.pdf>.

OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD indicators*. OECD Publishing. Recuperado em 2013, dezembro 17, de <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>.

OECD (2010). *Multilingual summaries. Health at a Glance: Europe 2010*. Recuperado em 2013, dezembro 17, de <http://www.oecd.org/health/health-systems/46727776.pdf>.

OMS – Organização Mundial da Saúde (2007). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. S. Paulo: Editora Roca.

Orlikowski, W. (1993). CASE tools as organizational change: investigating incremental and radical changes in systems development. *Management information systems quarterly*, 17(3), 309-340.

Percy, A., Thornton, M., & McCrystal, P. (2008). The extent and nature of family alcohol and drug use: Findings from the Belfast Youth Development Study. *Child abuse review*, 17, 371–386.

Petratis, J., Flay, B., & Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.

Pinsky, I. (2009). *Publicidade de bebidas alcoólicas e os jovens*. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro.

Pires, A. (2008). Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In J. Poupart et al., *A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 154-211). Petrópolis, RJ: Vozes.

Portal da juventude (s.d.). *Viagens de finalistas*. Recuperado em 2013, maio 17, de <http://microsites.juventude.gov.pt/Portal/pt/Promocoos/ViagensFinalistas/>.

Portal da saúde (2011). *Problemas ligados ao álcool*. Recuperado em 2013, março 8, de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>.

Portal da saúde (2008a). *O álcool e os jovens*. Recuperado em março 3, 2011 a partir de <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/10/alcool+jovens.htm>

Portal da saúde (2008b). *Dependência alcoólica*. Recuperado em 2011, março 10, de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/dependenciaalcool.html>.

Punch, K. (2005). *Introduction to social research. Quantitative and qualitative approaches* (2nd ed.). London: Sage Publications.

Rehfeldt, K. (1989). *Álcool e trabalho: Prevenção e administração do alcoolismo na empresa*. S. Paulo: EPU.

Renaud, S. (2001). Diet and stroke. *Journal of nutrition health aging*, 5(3), 167-172.

Ribeiro, E., da Ponte, F., & Araújo, B. (2010). A síndrome alcoólica fetal em contexto escolar. *I Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"* (pp. 238-251). Braga: Universidade do Minho

Richard, D., & Senon, J. (2005). *Dicionário das drogas, das toxicomanias e das dependências*. Lisboa: Didática Editora.

RTP (2013, 10 de fevereiro). *Pros e contras*. Recuperado em 2013, março 10, de <http://www.rtp.pt/programa/tv/p26006/c107580/281924>.

Schepis, T., Adinoff, B., & Rao, U. (2008). Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. *American journal addict*, 17, 6–23.

Schuckit, M. (1991). *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica do diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Editora Artes Médica.

Sprinthal, L., & Collins, W. (1999). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stake, R. (1994). Case studies. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed.) (pp. 236-247). London: Sage Publications.

Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., & Vettenburg, N. (2013). *Alcohol use Among Adolescents in Europe: Environmental Research and Preventive Actions*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. Recuperado em 2013, outubro 10, de [http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/2708\\_Alcohol-use-Among-Adolescents-in-Europe.pdf](http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/2708_Alcohol-use-Among-Adolescents-in-Europe.pdf).

Steketee, M., Moll, M., & Kapardis, A. (2008). *Juvenile delinquency in six new EU member states: Crime, risky behaviour and victimization in the capital cities of Cyprus, Czech Republic, Estonia, Lithuania, Poland and Slovenia*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.

Stoppard, M. (2000) *A verdade acerca das drogas: desde o álcool e o tabaco até ao ecstasy e à heroína*. Lisboa: Civilização Editora.

Swisher, J., & Hu, T. (1983). Alternatives to drug abuse: some are some are not. *National institute on drug abuse: research monograph series*, 47, 141-153.

The International Bank for Reconstruction and Development (2007). *World development report 2007: development and the next generation*. Washington, DC: The World Bank. Recuperado em 2013, outubro 6, de [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2006/09/13/000112742\\_20060913111024/Rendered/PDF/359990WDR0complete.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2006/09/13/000112742_20060913111024/Rendered/PDF/359990WDR0complete.pdf).

Trindade, I., & Correia, R. (1999). Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise psicológica*, 3(17), 591-598.

Tucker J., Ellickson P., Orlando M., Martino S., & Klein D.(2005). Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: A comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *Journal drug issues* 35, 307–332.

UNICEF – United Nations Children's Fund (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Recuperado em 2011, março 3, de [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

Valsecchi, P. (1888). *El moderno destilador-licorista*. Barcelona: Manuel Sauri Editor.

van Hoof, J., van Noordenburg, M., & de Jong, M. (2008). Happy hours and other alcohol discounts in cafés: prevalence and effects on underage adolescents. *Journal of public health policy*, 29(3), 340-352.

Vinagre, M., & Lima, M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, saúde e doenças*, 7(1), 73-81.

Viner, R., & Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Community health* 61, 902-907.

Winters, K., & Lee, S. (2008). Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use age. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 239-247.

White, J., & Halliwell, E. (2010). Alcohol and tobacco use during adolescence: The importance of the family mealtime environment. *Journal of health psychology*, 15, 526-532.

WHO – World Health Organization (2013a). *Adolescent health*. Recuperado em 2013, maio 9, de [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/).

WHO – World Health Organization (2013b). *Countries*. Recuperado em 2013, maio 10, de <http://www.who.int/countries/en/>.

WHO – World Health Organization (2011). *Global status report in alcohol and health*. Recuperado em 2013, janeiro 10, de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsr\\_uprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsr_uprofiles.pdf).

WHO – World Health Organization (2009). *Adolescent health and development*. Recuperado em 2013, abril 18, de [http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245\\_4980.htm](http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245_4980.htm).

WHO – World Health Organization (2006). *ICD version 2007. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)*. Recuperado em 2011, fevereiro 23, de <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.

WHO – World Health Organization (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado em 2012, março 18, de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf).

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Bookman Editora.

## **Legislação consultada**

Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro

Lei n.º 8/2011, de 11 de abril

Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril

Despacho n.º 2506/2007, de 20 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de janeiro

Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de novembro

Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99, de 8 de maio