

Maria Teresa França Salvador

**O SIGNIFICADO E PERCEÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO
CONSUMO DE ÁLCOOL DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE DE
UM COLÉGIO PARTICULAR EM LISBOA**

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

ORIENTADORA: Professora Doutora Fátima Goulão

Universidade Aberta

Janeiro de 2008

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão para todas as pessoas especiais que ao longo deste trabalho, se cruzaram no meu caminho, com a sua amizade, a sua disponibilidade e colaboração, tendo assim, contribuído para que este se concretizasse.

Quero agradecer aos meus colegas e amigos de trabalho, o apoio, a colaboração e o encorajamento.

Agradeço ao “Colégio Valsassina” e aos alunos que participaram, sem os quais, não teria sido possível este estudo.

Agradeço especialmente à Professora Doutora Fátima Goulão, minha orientadora, pelo apoio, pela colaboração e pela disponibilidade.

Aos meus filhos, adolescentes, Bernardo, João e Miguel, que me inspiraram, motivaram e incentivaram, sempre, ao longo deste percurso e a quem dedico este trabalho.

Muito Obrigada.

ÍNDICE

RESUMO	12
ABSTRACT	14
INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	21
1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	21
2. OBJECTIVO GERAL E ESPECÍFICOS	23
3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	24
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1. ADOLESCÊNCIA	25
1.1. <i>DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE</i>	25
1.1.1. Desenvolvimento Físico	29
1.1.2. Desenvolvimento Cognitivo.....	30
1.1.3. Desenvolvimento Psicológico.....	31
1.2. <i>ADOLESCENTES E OS MEDIA</i>	33
1.3. <i>ADOLESCENTES E OS PARES</i>	35
1.4. A FAMÍLIA	38
1.4.1. Caracterização da família.....	38
1.4.2. Divórcio	45
1.4.3. Comunicação na família com filhos adolescentes.....	47
1.4.4. Influência dos pais versus influência dos pares	51
1.4.5. Comportamentos de risco	55
2. CONSUMO DE ÁLCOOL	60
2.1. BEBIDAS ALCOÓLICAS E CONSUMO EXCESSIVO.....	60
2.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	64
2.3. CONSUMO DE ÁLCOOL NOS JOVENS.....	67
2.4. CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO	70
2.5. O ÁLCOOL E A LEGISLAÇÃO	75

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS ADOLESCENTES	77
3.1. SAÚDE	77
3.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	82
3.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS JOVENS	90
3.4. PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA.....	93
CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO	98
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	98
2. METODOLOGIA.....	99
2.1. TIPO DE ESTUDO	100
2.2. OBJECTO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	101
2.3. AMOSTRA.....	103
2.4. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	104
2.5. INSTRUMENTO UTILIZADO.....	105
2.6. PROCEDIMENTOS	109
2.7. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	111
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	114
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	114
3.2. ANÁLISE DESCRITIVA	125
3.3. INFERÊNCIA ESTATÍSTICA	138
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	157
5. CONCLUSÃO.....	165
BIBLIOGRAFIA	168
ANEXOS.....	180

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 ESTATUTO SÓCIO-ECONÓMICO.....	124
TABELA 2. HÁBITOS FAMILIARES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	125
TABELA 3. SITUAÇÕES EM QUE OS PAIS ACEITAM QUE OS FILHOS BEBAM BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	129
TABELA 4. SITUAÇÕES ONDE OS ADOLESCENTES SE SENTEM CAPAZES DE NÃO BEBER.....	131
TABELA 5. OPINIÃO SOBRE AFIRMAÇÕES COMUNS ACERCA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	133
TABELA 6. CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE FAMÍLIA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO APGAR FAMILIAR.....	134
TABELA 7. RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS: HÁBITOS PESSOAIS – ANO LECTIVO.....	139
TABELA 8. RESULTADO DO TESTE T : HÁBITOS PESSOAIS – SEXO...	140
TABELA 9. RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : HÁBITOS PESSOAIS – TIPO DE FAMÍLIA.....	142
TABELA 10. RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : IDADE DE INICIO – ANO LECTIVO.....	143
TABELA 11. RESULTADO DO TESTE T : IDADE DE INICIO – SEXO.....	145

TABELA 12. RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : IDADE DE INICIO – TIPO DE FAMÍLIA.....	146
TABELA 13. RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : FREQUÊNCIA DE CONSUMO – ANO LECTIVO	147
TABELA 14. RANKS DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS: FREQUÊNCIA DE CONSUMO – ANO LECTIVO	147
TABELA 15. RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : FREQUÊNCIA DE CONSUMO – TIPO DE FAMÍLIA	148
TABELA 16 RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : EXISTÊNCIA DE UMA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR – ANO LECTIVO	150
TABELA 17 RESULTADO DO TESTE T : EXISTÊNCIA DE UMA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR – SEXO	151
TABELA 18 RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : EXISTÊNCIA DE UMA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR – TIPO DE FAMÍLIA.....	152
TABELA 19 RESULTADO DO TESTE DE KRUSKAL WALLIS : GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO À DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR – ANO LECTIVO	153
TABELA 20 RESULTADO DO TESTE T : GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO À DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR – SEXO.....	154

TABELA 21 RESULTADO DO TESTE DE MANN WHITNEY : GRAU DE
IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO À DISCIPLINA INTEGRADA NO
CURRÍCULO ESCOLAR – TIPO DE FAMILIA 156

TABELA 22 CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE HÁBITOS PESSOAIS
DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E GRAU DE
IMPORTÂNCIA DA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO
ESCOLAR SOBRE "ESTILOS DE VIDA/COMPORTAMENTOS
SAUDÁVEIS" 156

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O ANO LECTIVO	114
GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A IDADE	115
GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O GÉNERO	115
GRÁFICO 4. FREQUÊNCIA RELATIVA DA PERGUNTA “JÁ REPROVASTE ALGUM ANO?”	116
GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O ANO REPROVADO	116
GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS ESCOLARES.....	117
GRÁFICO 7. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS COM QUEM VIVE EM CASA	118
GRÁFICO 8. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AOS MOTIVOS QUE LEVAM A NÃO VIVER COM O PAI OU COM A MÃE	119
GRÁFICO 9. TIPO DE FAMÍLIA	120
GRÁFICO 10. TIPO DE TRABALHO DO PAI.....	120
GRÁFICO 11. TIPO DE TRABALHO DA MÃE	121

GRÁFICO 12. ACTIVIDADE PROFISSIONAL DO PAI.....	121
GRÁFICO 13. ACTIVIDADE PROFISSIONAL DA MÃE	122
GRÁFICO 14. ACTIVIDADE PROFISSIONAL DA MÃE	123
GRÁFICO 15. NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA MÃE.....	123
GRÁFICO 16. HÁBITOS PESSOAIS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	125
GRÁFICO 17. IDADE DE INICIO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	126
GRÁFICO 18. DIAS NORMAIS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	126
GRÁFICO 19. FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ÁLCOOL, EM COPOS, DURANTE A SEMANA.....	127
GRÁFICO 20. FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ÁLCOOL, EM COPOS, DURANTE O FIM-DE-SEMANA	127
GRÁFICO 21. BEBIDAS ALCOÓLICAS PREFERIDAS PARA CONSUMO	128
GRÁFICO 22. OPINIÃO SOBRE O ACTO DE BEBER	128
GRÁFICO 23. NÚMERO DE PESSOAS CONHECIDAS QUE BEBEM BEBIDAS ALCOÓLICAS	130
GRÁFICO 24. OPINIÃO SOBRE A INFLUÊNCIA DOS AMIGOS NO CONSUMO DE ÁLCOOL	135

GRÁFICO 25. OPINIÃO SOBRE A INFLUÊNCIA DA PUBLICIDADE NO CONSUMO DE ÁLCOOL	135
GRÁFICO 26. OPINIÃO SOBRE A INFLUÊNCIA DOS PAIS NO CONSUMO DE ÁLCOOL	136
GRÁFICO 27. OPINIÃO SOBRE A UTILIDADE DE EXISTIR UMA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR	136
GRÁFICO 28. OPINIÃO SOBRE O NÍVEL DE IMPORTÂNCIA DA DISCIPLINA.....	137
GRÁFICO 29. OPINIÃO SOBRE AS TEMÁTICAS A ABORDAR.....	137
GRÁFICO 30. HÁBITOS PESSOAIS DE CONSUMO E O ANO LECTIVO .	138
GRÁFICO 31. HÁBITOS PESSOAIS DE CONSUMO E O SEXO	140
GRÁFICO 32.HÁBITOS PESSOAIS DE CONSUMO E TIPO DE FAMÍLIA.	141
GRÁFICO 33. IDADE DE INICIO DE CONSUMO E O ANO LECTIVO	143
GRÁFICO 34. IDADE DE INICIO DE CONSUMO E O SEXO	144
GRÁFICO 35. IDADE DE INICIO DE CONSUMO E O TIPO DE FAMÍLIA..	145
GRÁFICO 36. FREQUÊNCIA DE CONSUMO DURANTE O FIM-DE-SEMANA E O ANO LECTIVO	146
GRÁFICO 37. FREQUÊNCIA DE CONSUMO DURANTE O FIM-DE-SEMANA E O TIPO DE FAMÍLIA	148

GRÁFICO 38 EXISTÊNCIA DE UMA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR SOBRE "ESTILOS DE VIDA/COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS" E O ANO LECTIVO	149
GRÁFICO 39 EXISTÊNCIA DE UMA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR SOBRE "ESTILOS DE VIDA/COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS" E O SEXO.....	150
GRÁFICO 40 EXISTÊNCIA DE UMA DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR SOBRE "ESTILOS DE VIDA/COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS" E O TIPO DE FAMÍLIA	151
GRÁFICO 41 GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO À DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR E O ANO LECTIVO	153
GRÁFICO 42 GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO À DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR E O SEXO	154
GRÁFICO 43 GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO À DISCIPLINA INTEGRADA NO CURRÍCULO ESCOLAR E O TIPO DE FAMÍLIA.....	155

RESUMO

Nas últimas décadas assiste-se a uma mudança radical no padrão de consumo de álcool que se centra fundamentalmente na alteração de um consumo diário para um consumo de fim-de-semana. Está associado principalmente aos jovens, é uma forma de consumo mais compulsivo e a embriaguez é por excelência o símbolo deste tipo de consumo.

A realização do presente estudo, visa perceber qual o significado que os jovens atribuem ao consumo de álcool, perceber qual o envolvimento da família e se esta influencia os comportamentos dos seus filhos adolescentes, perceber qual o conhecimento que os adolescentes têm acerca das consequências do consumo de álcool, a curto e a longo prazo e qual a sua motivação face a uma área curricular sobre promoção de saúde. Este estudo pretende, portanto, perceber também, se é pertinente intervir em promoção de saúde junto dos jovens, em contexto escolar, no sentido de lhes proporcionar competências para decidirem sobre a sua própria saúde e optarem por comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, enquadrado num paradigma quantitativo. Foi utilizada uma amostra não probabilística e uma técnica de amostragem de conveniência.

Foi elaborado um questionário que se aplicou a uma amostra de 149 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, que frequentavam o ensino secundário num colégio particular em Lisboa. Os dados foram tratados utilizando a estatística descritiva e inferencial.

Verifica-se que, existe uma predominância do consumo de álcool ao fim de semana, com amigos e em saídas à noite. A idade de início do consumo de álcool é cada vez mais precoce, não existindo diferença significativa entre géneros. O tipo de bebida incide preferencialmente na cerveja e bebidas destiladas. Verifica-se que os jovens embora com algum conhecimento sobre

as consequências do consumo de álcool, mantêm este comportamento como um elemento indispensável à integração no grupo de pares e à boa disposição, constituindo um factor facilitador de relações interpessoais, mas referem interesse pela existência de uma área curricular, integrada em contexto escolar, sobre promoção de saúde.

Pode concluir-se que seria benéfico a intervenção em promoção de saúde, através de estratégias bem delineadas, com conteúdos que promovam o aumento do nível de competência individual, que promovam capacidade para enfrentar as situações de stresse e conflitualidade próprias da adolescência, que promovam a capacidade de decidir.

ABSTRACT

In the last decades, there has been a dramatic change in the pattern of alcohol consumption. The largest change revolves mostly around a switch from a daily to weekend consumption and is particularly associated with youth. It is a more compulsive type of drinking (binge drinking) where the objective is to get drunk.

The main focus of the present study is to understand how young people perceive alcohol consumption, assess the involvement of families and its effects on the behaviour of their teenage children. We also aim to understand the level of knowledge that teenagers have on the short and long term consequences of alcohol consumption and their interest concerning a curricular plan on the area of health promotion. This work will also try to assess the suitability of encouraging young people, within the school environment, to adopt healthy behaviours by providing them with the skills to make informed decisions about their own health and help them choose healthy behaviours and lifestyles.

This is an exploratory study, of a descriptive nature and based on the quantitative paradigm. In order to simplify the sampling process, a convenient sampling technique was used instead of a representative population sample. A sample of 149 teenagers, aged between 14 and 18 years old, students at private high school in Lisbon was asked to complete a questionnaire. The data were treated by descriptive and inferential statistics.

It was observed that alcohol is predominantly consumed on the weekends and during nights out with friends. Teenagers start drinking at an earlier age and there are no gender differences. Beer and distilled drinks are generally preferred. Although teenagers are somewhat aware of the consequences of alcohol consumption, the behaviour is maintained because it boosts

acceptance amongst their peers, increases the overall cheerful mood, and facilitates interpersonal relations.

Based on the percentage of students showing interest in a new curricular area of study promoting health, it can be concluded that well defined strategies designed to give adolescents the skills needed to cope with stressful events, help them with the decision making process and conflict resolution, would be beneficial.

INTRODUÇÃO

A modelação de atitudes e comportamentos é uma área da promoção da saúde que representa um amplo processo social e político que, para além de se centrar no indivíduo, deve abranger todas as condições sociais e condições de vida que podem interagir para produzir e manter determinado padrão de comportamento. O indivíduo não pode continuar a agir como um interveniente passivo na sua saúde, deve poder tornar-se um gestor da sua saúde, responsável e determinado. Assim, têm de lhe ser fornecidas as capacidades para conseguir fazê-lo.

Começar pela adolescência faz todo o sentido. É nesta fase da vida que os comportamentos adultos, em grande parte, se modelam. A adolescência é na realidade o ciclo de vida mais vulnerável a comportamentos e estilos de vida prejudiciais. O consumo de álcool, entre outros, assume particular actualidade e relevância, não só pelo seu sistemático aumento junto dos jovens nos últimos anos, mas também, pelas implicações directas que envolve, quer a curto, quer a longo prazo.

Portugal é um país de tradição vitivinícola e o consumo do vinho para além de estar incorporado na nossa dieta mediterrânica, sofre uma grande pressão por parte de diversos sectores como a restauração, o turismo, a própria indústria produtora. O consumo de cerveja e bebidas destiladas é também fortemente promovido pela publicidade através de mensagens que associam o consumo a uma imagem de poder, sedução, afirmação pessoal, alegria, divertimento e sensações fortes e ainda à participação em actividades desportivas, recreativas e culturais sugerindo que o álcool é parte indispensável à obtenção de prazer nestas actividades.

O tema desta investigação surge fruto da minha vivência de perto com adolescentes, apoiada na minha convicção pessoal e profissional, uma vez que sou enfermeira, de que é possível fazer mais pela promoção/educação da saúde junto dos jovens. Os adolescentes comprometem a sua saúde devido aos seus comportamentos de risco e segundo Ackerman, Garland & Zigler, Takanishi (1993, cit. por LaFramboise, 1998), isto acontece porque eles não se consideram vulneráveis às consequências dos riscos assumidos. Os adolescentes não se consciencializam da sua própria susceptibilidade aos riscos.

O consumo de álcool na adolescência, pela sua importância e complexidade, é um tema que tem sido alvo de estudos com o objectivo de avaliar, principalmente, a idade de início de consumo, a frequência e quantidade, as motivações e as influências. Por ser complexo e de difícil controlo, uma vez que as intervenções no sentido de diminuir este consumo têm sido pouco eficazes, parece pertinente a realização de um estudo exploratório, com o objectivo de conhecer a realidade dos jovens, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, perante o consumo de bebidas alcoólicas. Não pretendemos incidir tanto sobre a prevalência, mas sobre os factores associados (pessoais, familiares ou sociais) aos consumos e suas consequências, tendo como perspectiva a intervenção em promoção da saúde.

Continuando a verificar-se um aumento, do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, por parte dos jovens, consumo este que pode ser condicionado por variáveis de ordem múltipla, é relevante evidenciar como o jovem se relaciona consigo próprio, com a família, com os pares e com a comunidade e qual a função que o álcool representa na sua dinâmica relacional. Perceber quais as influências, consideradas por estes jovens, como mais significativas, família, pares ou *media* e ainda perceber quais os conhecimentos sobre as consequências que advêm do consumo excessivo.

Por último, pretendemos conhecer qual a atitude face à proposta da existência de um programa de intervenção em promoção de saúde integrado no currículo escolar.

Os adolescentes durante o seu processo de desenvolvimento, sujeitos às pressões referidas, são confrontados com situações novas que podem constituir e promover comportamentos de risco. O facto de terem menos controlo por parte da família e de se sentirem mais independentes, leva-os a quererem experimentar situações novas. A forma como lidam com estas constituem os riscos inerentes à adolescência, conduzindo-os por vezes a assumir comportamentos de risco. Estes comportamentos de risco são adoptados com a convicção própria da juventude de que são «indestrutíveis e nada de mal lhes pode acontecer».

Os adolescentes ao iniciarem o consumo de álcool nesta fase, habitualmente ligado às saídas à noite, festas e convívio com o grupo de amigos, estão a incorrer numa série de riscos que é crítico serem bem interiorizados, com consequências que podem ser para toda a vida. Perceber quais os métodos e estratégias de educação que podem ir ao encontro das expectativas dos jovens, no sentido de lhes reduzir os comportamentos de risco é uma questão que faz parte da responsabilidade da enfermagem, visto estar incluída na área da promoção da saúde ao indivíduo, à família e às comunidades.

Os programas de promoção de saúde direccionados aos adolescentes têm tido pouca credibilidade pela falta de evidência da sua efectividade, dos seus efeitos positivos. O objectivo com a intervenção junto dos jovens deve promover um contexto saudável, um desenvolvimento equilibrado, acompanhar as mudanças emocionais e sociais que atravessam, características desta fase da vida.

A promoção da saúde está fortemente ligada aos resultados que se obtêm e à forma como são conseguidos (Nutbeam, 1998). Estes resultados devem ser direccionados para os comportamentos de saúde, estilos de vida e promoção de ambientes saudáveis. A mudança de comportamentos, evitando os comportamentos de risco, com o objectivo de promover a saúde, representa uma das finalidades a atingir, e a sua implementação como estratégia de promoção de saúde deve ser iniciada o mais precocemente possível. A atenção deve centrar-se nos resultados conseguidos e não tanto no que foi feito.

A recolha de informação foi feita aos alunos que frequentavam o 10º, 11º e 12º anos, num total de 149, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, de um Colégio Particular em Lisboa.

Este estudo encontra-se dividido em três capítulos.

O **capítulo I** é constituído pela construção e justificação do estudo, onde se inclui a problemática, os objectivos e as limitações.

O **capítulo II** constitui o enquadramento teórico e divide-se em três partes. Na primeira parte é desenvolvido o conceito de adolescência com enquadramento considerado pertinente para a realização desta investigação: O desenvolvimento do adolescente, o conceito de família a relação com os *media*, com o grupo de pares e a influência destes factores na adopção de atitudes/comportamentos de risco. Na segunda parte são desenvolvidos os aspectos relacionados com o consumo de álcool, incluindo uma perspectiva histórica, o consumo de álcool nos jovens, suas consequências e os aspectos ligados à legislação existente. A terceira parte refere-se ao conceito de saúde/promoção de saúde e sua pertinência para os jovens em contexto escolar.

O **capítulo III** engloba o estudo empírico, e divide-se em cinco partes. Na primeira parte, faz-se a caracterização do local de estudo, o Colégio Valsassina em Lisboa. Na segunda parte apresenta-se a metodologia utilizada, referindo-se as hipóteses de estudo, a amostra utilizada, a técnica de recolha de dados, o instrumento utilizado, os procedimentos e a técnica de análise de dados. Na terceira parte é feita a apresentação dos resultados, e na quarta parte a discussão de resultados e a conclusão. Seguem-se a bibliografia e anexos.

CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Hill & Hill (2005:23), referem que “*O investigador deve escolher um tema sobre o qual tenha particular interesse*”.

A problemática desta investigação está relacionada por um lado, com o crescente consumo excessivo de álcool por parte dos adolescentes, por outro, com a intervenção em promoção da saúde junto dos jovens. Esta deverá ser feita no sentido de lhes proporcionar competências para decidirem sobre a sua própria saúde e optarem por comportamentos/estilos de vida saudáveis.

Uma vez que todos os estudos efectuados sobre o consumo de álcool junto dos adolescentes apontam para o facto de que a maioria inicia o consumo nesta fase do seu desenvolvimento, é importante perceber qual o significado que os jovens atribuem ao consumo de álcool, qual o envolvimento da família, qual o conhecimento que têm acerca das consequências.

É importante, também, tentar perceber, até que ponto, a família influencia os comportamentos dos seus filhos adolescentes, ou se estes se deixam simplesmente influenciar pelos seus pares e pelos media no que diz respeito a comportamentos e hábitos de vida, que podem ser, mais ou menos saudáveis e comportar, mais ou menos riscos.

Radius, Dielman, Becker, Rosenstock, and Horvath (1980, cit. por LaFramboise,1998), referem que 68% dos jovens entre os 6 e os 17 anos já

consumiram álcool em alguma altura da sua vida e desses, 63% são consumidores habituais.

Por si só, o consumo de álcool contém uma série de efeitos negativos. Estes são, eventualmente pouco conhecidos ou subestimados pelos jovens, tais como danos a nível cerebral, grande probabilidade de se envolverem noutros comportamentos de risco incluindo conduzir sob o efeito do álcool ou deixarem-se conduzir por alguém embriagado. A longo prazo, maior probabilidade de doenças hepáticas, cardíacas, gastro-intestinais, cancro, hipertensão, entre outros.

Tapert, et al (2004, 2005), referem que *“o consumo de álcool durante este período do desenvolvimento pode ter profundos efeitos na estrutura e na função cerebral”*.

De acordo com as estatísticas, os acidentes de viação associados ao consumo de álcool, constituem a principal causa de morte entre os jovens com idades entre os 10 e os 24 anos (Direcção Geral de Viação, DGV, 2005).

Segundo Pender, Barkauskas, Hayman, Rice & Anderson (1992, cit. por LaFramboise, 1998), as enfermeiras são o grupo profissional mais capacitado para intervir em promoção da saúde junto das crianças e adolescentes.

2. OBJECTIVO GERAL E ESPECÍFICOS

Tracei como objectivo geral da minha investigação:

Conhecer a realidade dos jovens perante o consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências, tendo como perspectiva a intervenção em promoção da saúde.

E como objectivos específicos:

- Conhecer e analisar a importância dada pelos adolescentes ao consumo de álcool na sua dinâmica relacional.
- Perceber as influências mais significativas para os jovens relativamente ao consumo de álcool.
- Avaliar os conhecimentos que têm sobre as consequências do consumo de álcool.
- Conhecer os padrões de consumo dos adolescentes, tipo de bebida e circunstâncias de consumo.
- Perceber qual a importância atribuída pelos jovens à promoção da saúde em contexto curricular e quais os interesses mais evidenciados.

3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo estão principalmente relacionadas com a inexperiência do investigador na área da investigação e com a baixa representatividade da amostra em relação à população adolescente uma vez que está circunscrita a um colégio particular na área de Lisboa.

O tempo preconizado para desenvolver o estudo, também constitui uma limitação.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ADOLESCÊNCIA

1.1. DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Adolescência é o termo que deriva da palavra latina *adolescere* que significa crescer.

A adolescência, como fase da vida objecto de estudo, é um fenómeno recente. Durante muito tempo e todo o séc. XIX, as crianças ao atingirem os 6-7 anos, terminada a escolaridade, passavam a ser tratadas como adultos. Eram levadas para trabalhar nos campos, para trabalhar nas minas e iam para as guerras onde lutavam e morriam. Com a industrialização deixam de trabalhar nos campos, passam a trabalhar nas fábricas, de manhã à noite, sujeitas a acidentes de trabalho e a doenças, onde muitas vezes acabavam por morrer. A deslocação que a industrialização provocou, dos campos para as cidades, evidenciou a necessidade de prolongar a educação, de forma a garantir algum progresso social. *“Ao estudarem mais, as crianças mantiveram-se ligadas à família e passaram a entrar mais tarde no mercado de trabalho: estava criado o período de transição que hoje corresponde à adolescência”* (Sampaio, 2006).

Foi nos últimos 150 anos que as sociedades adultas reconheceram a infância e foi a partir dessa altura que pode começar a ser estudada. É então com este reconhecimento que se dão grandes mudanças. Começam a existir algumas leis protectoras da saúde e bem-estar das crianças e surgem novos programas escolares para educar e desenvolver os mais jovens (Sprinthall & Collins, 2003).

No séc XX dá-se a descoberta da adolescência com o reconhecimento da necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas características desta fase da vida. “*Se a sociedade aprova a adolescência como uma etapa especial situada entre a infância e a idade adulta, então existe um reconhecimento explícito deste período da vida; no entanto, o reconhecimento, por si só, não resolve, necessariamente, os problemas dos adolescentes*” (Sprinthall & Collins, 2003:9).

G. Stanley Hall foi o primeiro investigador a interessar-se pela adolescência e a defender que este período da vida deveria ser encarado como um estágio especial do desenvolvimento humano e portanto com direito a uma investigação específica. Hall designa esta fase da adolescência como o *segundo nascimento* e neste, o adolescente atravessaria todos os estádios anteriores mas alcançando novos auges de desenvolvimento caracterizando a adolescência como a etapa de grande *Sturm und Drang* (tensão e agitação). Esta ideia, também depois partilhada por Freud, de que a adolescência seria um período marcado principalmente pela turbulência, pela inconstância, pela imprevisibilidade começa a ser contestada por Margaret Mead nos anos 20, no âmbito dos seu estudo sobre o desenvolvimento dos adolescentes nativos na ilha de Samoa. Este período em vez de ser de agitação e tensão era um agradável momento da vida. Surgem outros estudos, por exemplo, sobre uma tribo no Quênia, elaborado por Levine & Levine (cit. por Sprinthall e Collins, 2003), que refere que esta transição para a vida adulta é para além de abrupta, traumática. Desta forma e a partir da evidência, constata-se que há uma diferença entre culturas que é determinante na forma como a adolescência é vivida.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento caracterizada por rápidas mudanças físicas, psicológicas, culturais e cognitivas situada entre a infância e ser adulto. Na sua adaptação a todas estas alterações o adolescente vai construindo a sua identidade e autonomia. É ainda uma fase considerada crítica para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis.

Para Friedenberg (1959, cit. por Mckinney, 1986), a adolescência é caracterizada principalmente pelo conflito, com os pais ou outra autoridade e, é a partir deste, que o adolescente consegue construir a sua identidade. No entanto, Bandura (1964, cit por Mckinney, 1986), argumenta que a adolescência como período tempestuoso é um mito e resulta da atenção dada às manifestações de inconformismo e excentricidade, em vez das manifestações de conformidade e obediência. Assim, os adolescentes moldaram-se a uma ideia que foi criada pelos adultos.

Segundo Sampaio (2006), nos estudos mais recentes ficou demonstrado que, a maioria dos jovens vivem a adolescência sem *“(...)conflitualidade grave nem rupturas significativas e têm uma visão mais positiva sobre si próprios(...)”*.

Pelas diversas opiniões encontradas pode constatar-se que a adolescência não pode ser considerada um fenómeno exacto e é de difícil definição até mesmo nos seus limites. Como refere Cordeiro (1997, cit. por Silva, 2004:27), *“existem tantas adolescências como adolescentes e a generalização pode conduzir a uma perigosa estandardização, criando parâmetros pelos quais, segundo esta óptica, todos os adolescentes se deveriam reger”*.

Erikson (1972:163), refere que *“A adolescência não é uma doença mas uma crise normativa, isto é, uma fase normal de crescente conflito, caracterizada por uma aparente flutuação da robustez do ego, assim como por um alto potencial de crescimento”*. Para este autor, a crise da adolescência está principalmente relacionada com a *confusão de identidade*, sendo necessário que o jovem assuma diversos papéis, até conseguir a sua maturidade identitária. A este processo chama *moratória psicossocial*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1977), define a adolescência como a fase compreendida entre os doze e os vinte anos de idade. Esta fase varia, no entanto, em função de determinados factores, tais como o clima, etnia, meio social, regime alimentar e ainda através dos tempos. A maturação dos

indivíduos tem vindo a tornar-se cada vez mais rápida e o início da adolescência é por vezes difícil de definir. Nas estatísticas de Saúde Pública geralmente o período inicial (10-14 anos) é trabalhado separadamente do período final da adolescência (15-19 anos), devido às importantes diferenças biológicas e psicossociais existentes. Recentemente o termo juventude é também usado para a faixa etária entre os 15-24 anos.

Para Origlia e Ouillon, (1964:20), a adolescência é *“Uma idade em movimento caracterizada pela acção mais ou menos concordante de duas forças distintas: transformação física e evolução psicológica.”*

Não pode, no entanto, pensar-se que a adolescência é um período fácil para todos os indivíduos e que todos a atravessam de forma harmoniosa. Cabe aos prestadores de cuidados de saúde intervir de forma positiva junto dos adolescentes promovendo escolhas adequadas e incentivando comportamentos saudáveis, através do desenvolvimento da responsabilidade, da autonomia, da iniciativa e da confiança em si próprio.

Para se conseguir intervir junto dos adolescentes é necessário que conheçamos e compreendamos o desenvolvimento próprio da fase da adolescência, e fazê-lo precocemente pode promover a escolha de comportamentos saudáveis e adopção de estilos de vida que promovam a saúde e não a ponham em risco. Ao serem muito pressionados por influências externas, os jovens têm que ter a capacidade de saber escolher e saber manter essas escolhas independentemente das pressões a que são sujeitos.

1.1.1. Desenvolvimento Físico

Uma das mudanças mais evidentes no adolescente é o aumento de estatura, embora esta alteração possa ser influenciada por factores genéticos, de nutrição e outros. Tanner (1962, cit por Mckinney, 1986), refere que o pico de velocidade varia consideravelmente entre raparigas e rapazes e, embora nas raparigas aconteça mais cedo, cerca de dois anos antes, é nos rapazes que se verifica a maior intensidade e daí os adultos do sexo masculino serem geralmente mais altos. O crescimento em altura é acompanhado por um desenvolvimento no peso, na massa muscular, no crescimento da cabeça e dos órgãos reprodutores.

Este desenvolvimento é causado pela evolução do sistema endócrino que começa quando o hipotálamo estimula a glândula pituitária a segregar determinadas hormonas. O desenvolvimento da hipófise, das gónadas, a tiróide, as supra-renais, têm particular importância pois são responsáveis pelo desenvolvimento psicosexual e portanto também pelo desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. É este surto no crescimento que constitui a entrada na puberdade e que conduz à maturidade reprodutiva.

Durante esta fase também as glândulas sudoríferas e sebáceas aumentam a sua actividade podendo provocar acne, uma preocupação para os jovens nesta fase em que a imagem é muito importante. As características sexuais secundárias por serem as mais evidentes, como os pêlos axilares e púbicos, a barba e os seios, podem também constituir fonte de preocupação nos jovens, pois evidencia a aparência e forma do corpo.

Estas alterações podem constituir motivo de dúvidas e inseguranças nos adolescentes que precisam de encontrar respostas securizantes no sentido de promover a sua auto estima. *“A direcção que essas mudanças de imagem do corpo adoptam será indubitavelmente influenciada tanto pelas atitudes dos*

que rodeiam o adolescente (seus pares e sociedade em geral) quanto pelas próprias mudanças físicas” (Mckinney, 1986:53).

1.1.2. Desenvolvimento Cognitivo

Segundo Fenwick & Smith (1993, cit. por Silva, 2004), a adolescência tem três estádios que se podem caracterizar segundo um padrão: inicial, média e tardia. Para estes autores é durante a adolescência média, entre os 15-16 anos, que se desenvolve a aptidão de pensar e decidir, de questionar conceitos e valores, de criar os seus próprios valores, de intelectualmente manifestar interesses mais vastos e de criar relacionamentos sexuais que envolvem sentimentos ainda nunca experimentados.

Nesta fase as alterações intelectuais assumem grande importância e o jovem adquire o pensamento abstracto, o que segundo Piaget (1949, cit. por Silva, 2004), ocorre entre os 11-12 anos e os 14-15 anos. O adolescente deixa de raciocinar apenas acerca de proposições pensadas como verdadeiras, e começa a pensar sobre hipóteses e a deduzir consequências. A capacidade de abstracção permite agora ao adolescente reflectir sobre si mesmo, permite generalizar, extrapolar, deduzir, inferir, classificar, interiorizar (Silva, 2004).

Surge a capacidade de pensar sobre o seu pensamento e sobre o pensamento dos outros, o que permite também um alargamento da imaginação. Tomam consciência de que existem formas diferentes de pensar sobre as mesmas situações, o que lhes confere a capacidade de argumentar e expor as suas ideias.

Ao conseguir um desenvolvimento equilibrado o adolescente tem acesso ao conhecimento objectivo, dedutivo e reflexivo (Avanzini, 1978). É-lhe possível seguir e compreender um ensino com exigência e rigor intelectual, passa a possuir os seus próprios princípios e valores, a ajuizar e a tomar consciência da diversidade de opiniões e, conforme o seu perfil cultural, assim as julga, compara, contesta e constrói o seu próprio raciocínio. Este poder confere-

lhes ainda um grande espírito crítico em relação à divergência com as suas ideias principalmente quando postas em causa pelo adulto.

O pensamento abstracto deve ser estimulado para melhor se desenvolver, e segundo Sprinthall & Sprinthall (1994 cit. por Silva, 2004), os estímulos como o visionamento de filmes e vídeos, a pintura a dança, a música constituem modelos, que quanto mais activos forem, maior estímulo fornecem ao desenvolvimento.

1.1.3. Desenvolvimento Psicológico

Para Bandura & Walters (1963, cit por Mckinney, 1986), a aprendizagem social é feita ao longo do desenvolvimento da criança, passando pelas diversas fases do crescimento, até se tornar um adulto e os principais agentes socializantes são os pais. Os novos comportamentos que não existiam no repertório da criança vão surgir dum aprendizagem social que decorre desde a infância e da qual resulta a identificação e a imitação. Estes autores demonstram ainda que a probabilidade dos filhos quererem ser como os seus pais depende da sua percepção dos pais, como figuras gratificantes e afectuosas.

Para Avanzini (1978), torna-se mais fácil definir a adolescência e caracterizá-la pelos seus problemas, ou seja, apurar os factores hostis desta fase que o autor identifica como a simultaneidade entre o ser criança e adulto. Em vias de se tornar adulto nos planos sexual e intelectual, continua criança nos planos social e afectivo, uma vez que é ainda menor de idade e dependente afectivamente dos pais, e esta dicotomia constitui a essência da crise.

A adolescência pressupõe mudanças a nível biológico, psicológico e social. Quanto maior for a capacidade para lidar com este desafio, maior é a probabilidade de sucesso na adaptação a estas mudanças. A capacidade de resiliência e as estratégias de coping são melhores. Pelo contrário se a

adaptação for pouco conseguida surgem consequências negativas a nível psicológico, emocional e comportamental, nas quais é importante a intervenção de profissionais da saúde para ajudar a atravessar estes desafios e ajudar na formação desta nova identidade (Gerald & Gerald, 1999).

A construção da identidade para Erikson (1972), implica a definição de quem a pessoa é, dos seus valores e de quais os caminhos que quer seguir ao longo da vida. É a concepção de si mesmo através de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo se compromete. Quanto mais desenvolvido estiver o sentimento de identidade mais o indivíduo se apercebe e reconhece as suas limitações e as suas capacidades, por outro lado, quanto menos desenvolvida está a identidade mais o indivíduo sente a necessidade de se apoiar em opiniões externas.

A formação da identidade depende da influência de factores intrapessoais, que são as capacidades inatas e as características da sua personalidade, de factores interpessoais, como as relações com as outras pessoas e os factores culturais tais como os valores sociais, comunitários, entre outros.

Segundo Matteson (1972, cit. em Schoen-Ferreira, 2003), não existe durante a adolescência apenas uma única crise de identidade. Para este autor os jovens no início da adolescência confrontam-se com as diversas alternativas relacionadas principalmente com as mudanças físicas e mais tarde com as questões ideológicas, questões abstractas como as escolhas profissionais, filosofias de vida, relações amorosas e estilos de vida. Segundo Bosma (1994, cit em Schoen-Ferreira, 2003:108), *“O adolescente torna-se progressivamente consciente da irreversibilidade de um bom número de escolhas com as quais ele é confrontado”*.

1.2. ADOLESCENTES E OS MEDIA

A adolescência sendo uma idade de evolução, tanto a nível físico como mental, faz com que os adolescentes nesta fase adquiram consciência de si mesmos como um grupo homogêneo, que partilha desejos, exigências e dificuldades. A urbanização, a escolaridade e os *media* para isso contribuem numa forma determinante. *“Os mass-media fizeram da adolescência um dos seus principais destinatários. Contribuem poderosamente para a sua homogeneidade, para a criação de um «estilo», atitudes e reacções com que os adultos se preocupam ou tentam compreender”* (Avanzini, 1978:13).

Numa fase em que os adolescentes procuram e exploram todas as possibilidades ao seu alcance, que procuram sensações novas e se encontram emocionalmente à descoberta, com todas as solicitações a que estão sujeitos, são confrontados com escolhas, com tomadas de decisão, para a qual procuram apoio e identificação.

Segundo Avanzini (1978:58:66), *“Esta participação na emoção é, pois, indissolúvelmente, participação no grupo. Assim se instaura uma mentalidade colectiva que veicula o mito da juventude, a cristaliza e contribui para a sua homogeneidade”* e ainda *“(...)não se deve negligenciar a modificação proporcionada pelos mass-media ao clima cultural em que os adolescentes vivem e se formam.”* A importância desta influência nos comportamentos dos adolescentes, é inevitável, uma vez que a personalidade não está completamente formada. Os *media* funcionam como um apoio, fornecem-lhes uma razão para fazer aquela escolha e não outra. Estas opções são também fortemente influenciadas pelo grupo em que estão inseridos, pois a necessidade de identificação é característica desta etapa.

Este grupo constitui para os *media* um alvo preferencial instituindo, através da publicidade a eles dirigida, uma identidade em que eles se revejam. Desde o vestuário de marca, à música, às emissões de rádio e televisão,

outdoors, jornais e revistas tudo são veículos de transmissão para aquisição duma imagem e comportamentos de pertença ao grupo com que se identificam.

Ling (1989, cit. por Dias, 2004:470), refere-se aos *media* como “agentes de contágio, dada a alegada influência exercida sobre o público na divulgação de representações positivas de estilos de vida não saudáveis” e como não *benefícios* para as audiências geralmente vulneráveis e manipuláveis que ficam educadas de forma errada. Noutra perspectiva, se os *media* são altamente influenciadores, incentivar a sua participação e cooperação com os promotores da saúde poderia encorajar comportamentos sociais positivos e estilos de vida saudáveis junto dos jovens e adultos.

Para Avanzini (1978), o sucesso dos *media* tem essencialmente a sua base na utilização da imagem e do som, atribuindo um valor significativo a esta representação pois confere-lhes um conteúdo mais estimulante ao ser vivida de uma forma mais intensa e participativa. A estimulação da imagem e do som proporcionam um condicionamento psicológico muito mais intenso, uma vez que mais facilmente capta a atenção e ultrapassa a monotonia da informação apenas conceptual. Através da exposição à televisão os adolescentes estão expostos a uma quantidade imensa de mensagens que os influenciam e influenciam os seus comportamentos. Segundo Strasburger (1993, citado por Miriam, 2000), na altura em que um jovem termina a escola passou cerca de três anos a ver televisão.

1.3. ADOLESCENTES E OS PARES

Como refere Avanzini (1978:113), “*O adolescente gosta de relações de grupo e tende para elas.*” Nos grupos consegue relações de camaradagem, de amizade, experimenta novas emoções, alegrias e êxitos e conta com a solidariedade dos amigos num período da vida que deve aproveitar da melhor forma possível.

Ao chegar à adolescência o tempo despendido com os amigos e mesmo sozinho, é muito mais do que aquele que se dedica à família. Esta alteração é designada por alguns autores como um “*alargamento do mundo social*”. Neste contexto de socialização, embora a maioria dos indivíduos sejam bem aceites pelos colegas, outros sofrem o estigma da rejeição por parte do grupo. Habitualmente esta não aceitação traduz um envolvimento de certos padrões de comportamento que não são aceites como normas daquele grupo. É o caso dos comportamentos desviantes e negativos.

Nesta fase em que o adolescente enfrenta, por um lado, o desejo de se tornar autónomo, por outro, tem receio desta independência, pois continua a sentir a necessidade de segurança que a família lhe transmite, é importante encontrar um ponto de equilíbrio neste desejo de independência, que proporcione uma transição emocional satisfatória e agradável. Nesta fase de procura de identidade o grupo de pares assume um significado muito importante para o adolescente.

Para Geldard & Geldard (1999), a adolescência consiste na fase da vida entre o ser criança e adulto sendo, portanto, também caracterizado pela mudança entre um estado de dependência para a independência. Para Mabey & Sorensen (1995, citados por Gerald & Gerald 1999), esta mudança implica a diferença entre pertencer à família como grupo, e passar a fazer parte de um grupo de pares, com vista a atingir a independência da idade adulta.

Na adolescência as relações de amizade podem ser especialmente importantes e profundas e a necessidade de pertencer a um grupo torna-se um imperativo. Enquanto pode ser extremamente crítico para com os adultos é capaz de grande identificação e solidariedade para com os amigos, uma vez que a aceitação do grupo é um desejo fundamental.

Chipkevitch (1995), refere que é nesta altura que os adolescentes podem ficar sugestionados com as pressões do grupo e adoptar comportamentos que individualmente não teriam. Experimentar cigarros, álcool, drogas ou ter atitudes anti-sociais tornam-se responsabilidades assumidas por todos e portanto diluídas. Segundo este autor existem, no entanto, pesquisas que referem haver hoje em dia tendência para uma maior conformidade de condutas pró-sociais, em que o próprio grupo rejeita os adolescentes que tendem a ultrapassar os limites por eles defendidos. Embora a adolescência seja uma fase em que a influência dos pares é habitualmente considerada a maior causa para a adopção de comportamentos de risco e a aceitação do grupo crítica para os adolescentes, para Bauman (1996), a influência dos pares sendo muito importante, está sobrevalorizada.

Na fase final da adolescência acontece uma diminuição do número de amigos e diminui também a necessidade de manter a conformidade com os padrões do grupo. As relações individuais podem passar a ter mais peso à medida que o adolescente vai ganhando autonomia e confiança em si próprio (Chipkevitch, 1995).

Em todo este processo de desenvolvimento, sujeitos às pressões referidas, é um facto que os adolescentes são confrontados com situações novas que podem constituir e promover comportamentos de risco. O facto de terem menos controlo por parte da família e de se sentirem mais independentes, leva-os a quererem experimentar situações novas, e a forma como lidam com estas constituem os riscos inerentes à adolescência, conduzindo-os por vezes a assumir comportamentos de risco. Estes comportamentos de risco

são adoptados com a convicção própria da juventude de que são «indestrutíveis e nada de mal lhes pode acontecer».

Nestes comportamentos pode considerar-se a pertença a grupos ou gangs, violência e comportamento anti-social, comportamento sexual, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o controlo de peso desajustado, guiar sob a influência do álcool ou drogas causando acidentes. É importante salientar ainda neste contexto o conceito de vulnerabilidade inerente aos jovens, que segundo Traverso-Yépez & Pinheiro, (2002:141), constitui “(...) *uma categoria operativa (...) que tenta fazer uma avaliação mais abrangente dos aspectos negativos, bem como dos positivos, incluindo características, recursos, habilidades e estratégias, individuais, grupais e sociais, para lidar com o sistema de oportunidades oferecido pela sociedade*”.

1.4. A FAMÍLIA

1.4.1. Caracterização da família

Quando pensamos numa definição de família, o modelo tradicional ainda se encontra muito presente e vem-nos logo à mente a ideia do pai, da mãe e dos filhos e numa forma mais alargada, os avós e os tios. É o lugar onde nascemos, crescemos e morremos e onde aprendemos a interagir com os outros a estabelecer relações através da linguagem, da comunicação, do contacto corporal baseadas em vínculos afectivos fortes como são a fraternidade, a filiação, o amor e a sexualidade (Alarcão, 2006).

Hoje em dia, no entanto, o conceito de família engloba muitas outras formas que se estruturam e assumem configurações diferentes do modelo tradicional. É o caso das famílias monoparentais, famílias reconstruídas, homossexuais, casais sem filhos, adoptivas, comunitárias. Todas fazem parte do nosso quotidiano, em maior ou menor percentagem e é esta realidade que devemos aceitar e na qual nos devemos posicionar quando pensamos em contextos familiares. Todos estes modelos são legítimos.

A OMS (1994), refere que o conceito de família *“não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção”* mas é *“o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e num destino comum”*.

Palacios & Rodrigo (1998, citados por Delgado, 2004), definem família como *“A união de pessoas que partilham um projecto vital de existência em comum que se quer duradouro, em que se geram fortes sentimentos de pertença ao grupo, existe um compromisso pessoal entre os seus membros e se estabelecem intensas relações de intimidade, reciprocidade e dependência”*.

Osório (1996, cit. por Silva 2004), define família como uma unidade grupal que desenvolve três tipos de relações. As pessoais, referindo-se ao casal, de filiação entre os pais e filhos e de fratria, ou seja, entre irmãos.

Para Sampaio e Gameiro (1985, cit. por Alarcão 2006:39), a família é *“um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”*.

Caracterizada como um sistema, a família é um todo que contém em si vários sub-sistemas, o individual, o conjugal, o fraternal, o parental, e estes têm de saber coexistir e interagir através de normas, regras e estatutos que os seus papéis e funções lhes atribuem. Relvas (1996, cit. por Silva 2004), considera família como um sistema, integrado em sistemas mais alargados tais como a comunidade e a sociedade, onde se distinguem vários sub-sistemas:

- O individual, que contempla todas as outras funções e papéis que o indivíduo desempenha para além das funções inerentes ao contexto familiar;
- O parental, que diz respeito à relação que se estabelece com o fim de proteger e educar as gerações mais novas, funções geralmente desempenhado pelos pais;
- O conjugal, que abrange o casal;
- O fraternal que engloba as relações entre irmãos.

Seja qual for a estrutura familiar, o que importa é que funcione como tal e cumpra as suas funções de família. Uma família composta pelos pais e respectivos filhos tem responsabilidades que uma família composta só por

um casal não tem. Conforme as diversas constituições familiares, assim são também diferentes as responsabilidades inerentes a cada uma.

A família vai, assim, estruturar-se consoante se desenvolvem e organizam os sub-sistemas e de acordo com as relações criadas nos sub-sistemas e entre eles.

Para poder definir o que é família é também importante perceber como é que ela se constitui. A família surge da vontade entre duas pessoas que formam um casal, de partilhar o mesmo espaço, e esta motivação parte duma escolha amorosa e de um projecto de vida comum. A grande maioria das pessoas constitui família através do casamento, embora nas sociedades actuais já exista uma grande percentagem de uniões de facto. A partir deste momento para além da família constituída pelo casal, as famílias de origem de cada um dos membros passam também a fazer parte desta ligação, formando-se a família alargada.

A ideia do casamento como modelo de família ideal pressupõe, para além do investimento afectivo no casal, o investimento afectivo relacionado com o aparecimento dos filhos. A família passa a ser um espaço educativo por excelência no qual se vivem permanentemente emoções e afectos positivos e negativos entre todos os seus elementos. Através das interacções entre os seus membros, da afectividade, da vivência da realidade quotidiana surge o sentimento de pertença àquela e não a outra família. Gameiro (1992, cit. por Costa, s.d:74), refere *“a família é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos (...) A simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”*.

Para além do facto do conceito de família ter vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, poder assumir diferentes configurações e modelos, também e não menos importante, assume diferentes definições consoante a cultura em que se insere.

Para Ramos (2005:195), *“Nos diferentes contextos sociais e culturais, a família, através dos seus membros e das diferentes gerações, proporciona suportes básicos afectivos, psicológicos e materiais, indispensáveis ao desenvolvimento integral e ao bem estar multidimensional de todos os seus elementos, constituindo um espaço social, relacional, educativo e de cuidados, por excelência”*, e ainda *“O sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade, a uma cultura, dá um sentimento de segurança interna que favorece o desenvolvimento da criança e a resiliência”* (Ramos, 2004:177).

O ambiente afectivo, as condições sociais e do meio familiar, as relações que se desenvolvem com a criança desde que ela nasce até ser adulta, a estabilidade da família vão influenciar a forma com esta se vai autonomizar e criar a sua própria identidade. A falta de segurança transmitida por conflitos familiares, separações, violência familiar e outros episódios que possam comprometer a estabilidade familiar podem contribuir, eventualmente, para um desajuste na saúde mental, e física das crianças e jovens.

Mais importante do que o tipo de família que se é integra, monoparental ou reconstituída, é a funcionalidade da própria família, ou seja, a atmosfera ou ambiente que se vive no seio da mesma.

A funcionalidade de uma família manifesta-se pela capacidade de adaptação ao outro e à diversidade de situações, à partilha de problemas, de decisões e responsabilidades, à compreensão das necessidades e de apoio ao crescimento individual, à partilha de experiências emocionais e ao modo como é disponibilizado o tempo disponível (Frazão, 2004). A ausência destes factores pode contribuir para a existência de problemas de comportamento.

Segundo Glynn e Haenlein (1988, cit. in Frazão, 2004:68), *“a disfuncionalidade familiar tem sido fortemente relacionada quer com o abuso de drogas, quer com comportamentos anti-sociais/delinquentes”*.

No entanto, a família continua, mesmo com as dificuldades existentes, a ser o espaço de maior valor para os jovens. Segundo um estudo realizado em França, para 87% dos jovens interrogados, com idades entre os 15 e 29 anos, a família constituía *“o valor e espaço principal para o desenvolvimento e equilíbrio psíquico, devendo permanecer a célula base da sociedade”* (Langouet, 1998 cit. em Ramos, 2004:186).

“Uma relação afectuosa e positiva entre pais e filhos tem como consequências um estilo comunicacional e estratégias parentais mais positivas, assim como o desenvolvimento de competências emocionais e sociais na criança (...)” (Ramos, 2004:183).

Para Sprinthall & Collins (2003) é a família que determina as primeiras relações sociais assim como os contextos onde ocorrem as aprendizagens iniciais que efectuamos acerca de pessoas, situações e capacidades várias, influenciando estas fortemente a personalidade.

Todos os cuidados e rotinas dedicados às crianças desde o seu nascimento, o tipo de relações que se estabelecem, são elementos que vão promover mais tarde a sensação de segurança e a tomada de consciência das capacidades que os jovens adquiriram para interagirem com o ambiente e para se tornarem autónomos. É durante a fase da adolescência que os jovens adquirem a sua identidade, que se foi construindo ao longo do seu desenvolvimento, conseguindo assim uma progressiva autonomia.

A psicóloga Diana Baumerind (1965, cit por Sprinthall & Collins 2003), classificou os estilos parentais em três grupos de acordo com a forma como manifestavam a sua autoridade: *autoritários*, *permissivos* e *autoritativos*.

- No estilo autoritário os pais são rígidos e controlam os filhos na tentativa de lhes inculcar os padrões de comportamento e as atitudes que consideram correctas. São punitivos e consideram que ao actuar assim estão a prevenir comportamentos inaceitáveis por parte dos jovens. O ambiente vivido por esta família é frio e distante com medo por parte dos jovens em expressar as suas opiniões.
- O estilo permissivo é o oposto, não há praticamente exigências e raramente utilizam o poder para educar.
- As famílias autoritativas utilizam características comuns aos dois anteriores. Há regras e limites, no entanto estas são transmitidas através do uso da razão com respeito mútuo. Existe um sistema de recompensa e punição relacionado com o comportamento dos jovens e os pais estão consciencializados para a sua responsabilidade enquanto figuras de autoridade mas também enquanto geradoras de afecto. O ambiente nestas famílias é geralmente de aceitação e caloroso, com espaço para o diálogo, com jovens que podem expressar as suas opiniões. As características apresentadas pelos jovens destas famílias são a auto-confiança, o auto-controlo, a curiosidade e a satisfação enquanto nas famílias autoritárias as características predominantes passam a ser a submissão, a dependência e pouco sentido de responsabilidade.

Nas famílias permissivas verificou-se que os jovens eram menos responsáveis em termos sociais e menos empreendedores do que os jovens das famílias autoritativas.

Também segundo Steinberg (2001, cit. in Frazão 2004:61), e de acordo com vários estudos realizados se chega à conclusão que *“as atitudes educativas parentais caracterizadas pelo calor relacional, por práticas não punitivas, e pela consistência dos comportamentos estão associadas ao desenvolvimento de competências pessoais e à maturidade social das crianças”* o que corresponde ao estilo das famílias autoritativas de Baumerind.

O facto de os pais permitirem e estimularem os filhos a partilharem as suas opiniões e expressarem como encaram questões ligadas aos seus comportamentos e atitudes leva a que os jovens se sintam respeitados, ganhem auto-confiança. Desta forma os pais conseguem transmitir diferentes padrões de responsabilidade social e de interesse pelos outros, o que faz com que os jovens os vejam como sólidos modelos e os tentem igualar. Esta oportunidade de constituir um modelo de comportamento saudável e responsável deve ser aproveitado pois constitui uma forma de transmitir linhas orientadoras que vão permitir que os filhos tomem gradualmente decisões responsáveis acerca dos seus comportamentos e condutas.

É no decorrer deste processo de progressiva autonomia que, segundo Campos (1990:55), *“a família vai perdendo o seu impacto, sem, no entanto, abandonar o seu papel de primordial importância enquanto contexto de desenvolvimento(...)”* e *“constituindo-se enquanto base segura a que o jovem pode recorrer quando necessário”*.

A família com a entrada de um dos membros na adolescência sofre alterações às quais tem de se adaptar. Se por um lado, existe um jovem a tornar-se autónomo, por outro, existe uma estrutura familiar que tem de encontrar o seu equilíbrio neste novo contexto. A família tem de se estruturar de modo a respeitar a individualidade do adolescente, promovendo a sua autonomia e independência de uma forma saudável, mas sem abdicar dos seus valores e normas. Estes continuam a ser muito importantes para o desenvolvimento do adolescente e para a manutenção do equilíbrio da família.

A adolescência dos filhos é uma das fases críticas do ciclo vital familiar e neste processo a família tem de abrir-se para o exterior, tem de redefinir papéis e regras e tem de reconstituir as relações entre os pais (Haley 1996, cit. por Costa s/d).

Segundo Fleming, este equilíbrio deve acontecer através de negociações implícitas e explícitas entre pais e filhos. Os jovens tentam adaptar-se às famílias e ao grupo de pares e a família, por seu lado, tem de se adaptar a interagir com elementos mais fortes, com ideias e decisões próprias e com o grupo de pares por vezes muito competitivos, pois transportam as suas regras e valores acerca de questões tão importantes como o tabaco, álcool, droga, sexo, e estilos de vida.

1.4.2. Divórcio

Hoje em dia a prevalência de crianças que vivem em famílias só com um dos progenitores é, segundo Sprinthall & Collins (2003), a seguinte: em cada 100 crianças que nascem hoje, 40 são filhos de pais que se divorciam antes que estes atinjam os 18 anos.

Sendo o divórcio uma realidade tão presente no nosso quotidiano, já até de alguma forma banalizado, é, no entanto, necessário estar atento às consequências emocionais provocadas nos filhos, uma vez que não existem divórcios felizes para estes (Gameiro, 1997).

Na adolescência alguns dos sentimentos manifestados acerca do divórcio incluem a vergonha em relação aos seus amigos, a revolta por lhe acontecer a ele aquela situação que é contra a sua vontade, a agressividade expressa manifestada, geralmente, com os pais, a pseudo autonomia querendo quebrar as regras e testando a capacidade de entendimento dos pais e

também as preocupações financeiras por perda de capacidade económica que pode surgir com o divórcio (Carter, s.d. cit. in Gameiro, 1997).

Segundo Saraceno (1997, cit por Silva 2004), as famílias com um progenitor constituem um fenómeno crescente em todos os países desenvolvidos sendo mesmo considerado um novo problema social. Os dados da Comunidade Europeia indicam que em 90% dos casos o progenitor presente é a mãe.

Estas famílias segundo Alarcão (2006), podem ser equacionadas em quatro níveis:

- Ao nível do *sub-sistema conjugal*, no qual a conjugalidade se perde deixando de existir este suporte tão importante na articulação familiar, podendo um dos filhos assumir o papel de “par conjugal”, com consequências a nível do seu desenvolvimento individual, emocional e cognitivo.
- Ao nível do *sub-sistema parental*, onde deixa de existir a partilha de tarefas e o suporte de complementaridade educativa que os pais estabelecem com os filhos. O progenitor único, neste caso centra-se muito no seu papel educativo tentando suprir o papel do elemento ausente.
- Ao nível do *sub-sistema fraternal*, no qual podem surgir alterações no relacionamento entre os irmãos se um tiver assumido o papel parental e quiser assumir funções de autoridade familiar.
- Ao nível do *sub-sistema individual*, no qual pode ser mais difícil para os filhos a construção da sua identidade e autonomia, pela falta do modelo de identificação. Ainda o sentimento de diferença vivido em relação aos colegas, que hoje, pelo aumento do número de famílias monoparentais deixou de constituir um estigma.

Se considerarmos que os adolescentes passam por alterações muito importantes no seu desenvolvimento, neste período da sua vida, o facto de ter de enfrentar simultaneamente um conflito familiar e eventual separação dos pais pode gerar uma dificuldade acrescida para lidar com tantas modificações.

Em relação aos estudos efectuados sobre esta temática, verifica-se que as famílias nas quais aconteceu um divórcio, nos primeiros 1 a 2 anos, está fragilizada e apresenta uma ruptura emocional que se traduz nos jovens umas vezes em raiva e indignação, outras em algum afastamento que até parece ter utilidade na adaptação à situação. De qualquer modo, viver em famílias monoparentais já não constitui um fenómeno digno de marginalização, mas pode constituir problema na vivência com filhos adolescentes, uma vez que estes, pelo facto de habitarem apenas com a mãe podem tornar-se mais propensos a tomar decisões por si só, demonstrando maior tendência para se envolverem em problemas comportamentais. Isto independentemente do nível económico e educacional da mãe (Sprinthall & Collins 2003). Este autor considera que existem poucas investigações neste sentido e é portanto difícil tirar conclusões sobre os problemas de adaptação e dinâmicas familiares em adolescentes pertencentes a famílias com pais divorciados.

1.4.3. Comunicação na família com filhos adolescentes

Duma forma mais ou menos consensual, a imagem da adolescência, a partir dos anos 60, baseada na teoria de Hall, era de uma geração conflituosa, de rebeldia e contestação face aos pais, de oposição aos seus valores e princípios orientadores de vida. No entanto, não teria de ser necessariamente assim, ou pelo menos, não se aplicaria a todos os jovens, como foi evidenciado por outros estudos realizados.

Douvan & Adelson (1966, cit. por Mckinney, 1986:103), no estudo que realizam sobre o desenvolvimento dos adolescentes, apuraram que *“longe de serem completamente rebeldes e perturbados, os adolescentes levam, em sua grande maioria, uma vida convencional e conformista”*.

Bandura (1964, cit. por Mckinney, 1986:104), é também um defensor de que a adolescência não é sinónimo de rebelião, antes pelo contrário, através do seu trabalho conclui que *“os adolescentes e seus pais alimentam atitudes muito maduras em relação uns aos outros”*.

Hoje em dia, segundo as investigações realizadas, constata-se que o conflito durante a adolescência existe, deve existir e faz parte da construção da identidade do jovem, embora, para alguns autores, a existência de conflitos familiares tendo como causa exclusivamente a adolescência constitua um mito.

Para Campos (1990), é importante que os pais demonstrem permeabilidade às mudanças que se manifestam no adolescente sem, contudo, sentirem ameaçada a sua vinculação. Este autor refere ainda que o conflito só põe em causa a coesão afectiva e o equilíbrio familiar, se não existir a reequilibração após o conflito.

Papalia e Olds (2000, cit. em Schoen-Ferreira, 2003), referem que apenas existem conflitos significativos em 15 a 25% das famílias, afirmando que a maioria já apresentavam conflitos antes de os filhos chegarem à adolescência. Referem ainda que, geralmente, os conflitos são em torno de questões menores, embora de desgaste emocional, como os afazeres domésticos, horários ou roupas e não de questões como os valores familiares, religiosos, políticos ou educacionais.

Este processo implica formas de comunicação familiar, que podem ter padrões diversos. *“A expressão familiar de opiniões e conflitos num contexto de coesão afectiva é promotor do desenvolvimento da autonomia do adolescente sem pôr em causa a relação de vinculação com os pais”* (Campos, 1998:70). É importante que o adolescente sinta que pode expressar as suas opiniões, perceba que a troca de ideias e pontos de vista é permitida e respeitada, para poder tomar decisões. Como referem Carter & McGoldrick (2001, cit. por Wagner et al, 2005), a família nesta fase deve fazer os ajustes necessários e aumentar a flexibilidade para conseguir integrar o processo de independência dos filhos, sem que este desequilibre a dinâmica da estrutura familiar.

Segundo Sampaio (2006), *“para melhorar o relacionamento com os filhos adolescentes, convém aos pais promoverem uma verdadeira revolução comunicacional”*. Encontrar o equilíbrio que, permita aos pais, deixar de falar com os filhos como se eles continuassem crianças, mas que, não os deixe envolverem-se nas discussões, como se todos tivessem a mesma idade. São os adultos que continuam detentores de um maior controlo emocional e de uma maior capacidade para resolver os problemas e os jovens implicitamente contam com esse apoio.

Como refere Alarcão (2006), não se pode não comunicar, uma vez que tudo o que fazemos ou dizemos de forma consciente, ou não, é uma forma de comunicação. Pode acontecer, no entanto, que esta não seja funcional, ou seja, os indivíduos não se sentem ligados, não entendem o que se transmite, desenvolvem, inclusivamente, sentimentos negativos entre si, afastando-se cada vez mais. É importante a família conseguir diagnosticar as fases de transformação e mudança mantendo o equilíbrio e a estabilidade com vista à manutenção de uma comunicação efectiva entre os seus membros.

A comunicação que se estabelece na família sofre, nesta altura, profundas alterações. O jovem deixa de ter na família o centro das atenções abrindo-se para o grupo de pares. As relações comunicacionais que se estabelecem com o pai, a mãe, irmãos e restante família obedecem a padrões distintos que Ríos-González (1994, cit por Wagner et al, 2005), classifica em três diferentes formas de comunicação possíveis na dinâmica familiar:

- A comunicação aberta onde todos podem manifestar as suas opiniões, sentimentos e questões numa forma profunda e afectiva sem se sentirem ameaçados;
- A comunicação superficial onde os limites são rígidos, os pais não percebem as dúvidas e as mudanças dos filhos, e estes sentem-se incapazes de dialogar;
- A comunicação fechada, onde prevalece o excesso de autoridade e as ameaças por parte dos pais, não há espaço para os jovens manifestarem os seus sentimentos, os membros relacionam-se de forma superficial sobre os assuntos do dia a dia.

Segundo o estudo realizado por Wagner, Carpenedo, Melo & Silveira (2005), os adolescentes possuem estratégias de comunicação bem definidas em relação aos pais, escolhendo as melhores alturas, escolhendo a forma de falar, escolhendo o pai ou mãe consoante o tipo de conversa. Segundo estas autoras a escolha das estratégias por parte dos adolescentes evidencia a tentativa de conquista de autonomia, revelando que estão a evoluir para uma posição adulta. Para os jovens, a escolha das estratégias tem essencialmente a ver com a facilitação do relacionamento familiar e a manutenção da boa convivência.

O adolescente inserido na sua família pode desempenhar um papel muito importante na dinâmica da própria família, uma vez que através da sua opinião, da sua voz crítica, pode conduzir e motivar a mudanças necessárias.

Para Campos (1990), a maioria das investigações realizadas verificam que existe uma forte vinculação entre família e adolescentes, estes sentem que conseguem comunicar com os seus pais sobre as dificuldades e preocupações sentidas e ainda que *“os pais continuam a ser fontes de apoio emocional e conselho, permanecendo como as pessoas mais admiradas e dignas de confiança da vida dos adolescentes”* (p.61).

Segundo um inquérito realizado por Barros & Barão (1987, cit por Campos 1990), verifica-se também uma grande percentagem de jovens com um bom relacionamento com os pais, considerando mesmo a família como sinónimo de afecto, segurança e ajuda. Ainda neste inquérito, verifica-se que os adolescentes partilham com os pais as preocupações relativas a problemas sociais, tais como o álcool droga e outros, atribuindo a mesma importância à prevenção.

1.4.4. Influência dos pais versus influência dos pares

Quando se fala de adolescentes a ideia de grupo está fortemente associada. Esta representação dos adolescentes em grupo está validada, segundo Campos (1990), pelos estudos empíricos que têm sido feitos que demonstram que a interacção entre pares é a mais frequente na adolescência. Embora a cultura possa alterar as condições destas interacções, não há cultura nenhuma que eduque os seus jovens só através da interacção com adultos. Os adolescentes ficam assim muito expostos à influência dos pares, funcionando como grupo, como cultura de pares, o que lhes dá a sensação de pertença, sempre muito importante nesta fase do seu desenvolvimento. O facto de estarem todos na mesma situação, são todos jovens adolescentes, reforça-lhes a sensação de apoio e solidariedade.

Muitos pais temem o facto de haver um crescente envolvimento dos seus filhos adolescentes com os amigos. Pensam que esta constitui uma forma de perder a influência que têm nos seus filhos a favor de outros indivíduos que possuem valores e atitudes diferentes dos seus.

A investigação sobre a preponderância de influência na transmissão de valores por parte dos pais/pares, segundo Campos (1990), revela complementaridade, ou seja, existe influência de ambos. Em algumas áreas evidencia-se uma maior influência por parte dos pais, noutras, prevalece a influência por parte dos pares.

É nos estilos de vida, que os jovens se deixam influenciar mais pelos pares. É característica dos adolescentes a experimentação, a tentação de experimentar novos comportamentos, viver papéis novos, emoções novas. Estas vivências acontecem, geralmente, na companhia dos pares, que o mesmo autor considera um contributo importante para o crescimento, para o processo de autonomia e identidade.

Em relação ao modo como o grupo de pares exerce a sua influência, temos duas modalidades segundo Sprinthal & Collins (2003):

- Informal, na qual, os colegas funcionam como fontes de informação acerca de padrões de comportamento;
- Normativa, onde os colegas exercem pressão social para que os adolescentes se comportem de acordo com determinados padrões seguidos por outros.

Pertencer a um grupo de pares condiciona, portanto, a que o jovem esteja sujeito a pressões e influências. É importante que este consiga arranjar estratégias de compensação para estas situações que podem suscitar vivências mais difíceis. É importante que o jovem compense estas falhas através do apoio familiar, sinta que para todos os efeitos a estrutura familiar é o seu porto seguro.

Nesta fase da vida, caracterizada pela curiosidade e vivência de novas experiências aliada ao desejo de demonstrar a sua autonomia e independência, os adolescentes constituem um grupo vulnerável face aos chamados comportamentos de risco e eventuais hábitos de vida menos saudáveis.

Salientando os resultados obtidos nas investigações pesquisadas, parece que o investimento dos pais no aconselhamento dos jovens, na comunicação eficaz, sem barreiras nem repressões de modo a conseguir captar as dúvidas e preocupações dos adolescentes e de modo a gerar a confiança e o respeito, será uma poderosa forma de influência, no que diz respeito aos comportamentos dos filhos.

Se os grupos de pares constituem uma das principais referências para os adolescentes, a família constitui também uma referência não menos importante (Claes,1985; Coleman,1985; Lutte, 1988; Palmonari, Pombeni, e Kirchler, 1992; Schaffer, 1994, cit por Matos, M. et al. 1996). Nas referências parentais incluem-se principalmente os valores culturais sócio económicos, religião, adesão política, cuidados de saúde e hábitos de consumo. Nas referências do grupo de pares encontramos principalmente os valores culturais e sociais mutáveis tais como a música, moda, linguagem, modelos de interacção individuais e sexuais.

A família está, de uma forma muito consensual, em primeiro lugar para os jovens. Num estudo realizado no Brasil (A Voz dos Adolescentes, Unicef, 2002), foram entrevistados 5280 adolescentes, 90% dos quais considera a família como o lugar de grande referência, sendo nesta que têm a maior sensação de serem respeitados.

A forte vinculação dos adolescentes com os pais permite perceber que estes são a principal fonte de apoio emocional e de aconselhamento, consideradas pelos próprios, e constituem o principal modelo no que diz respeito à própria socialização e escolha do modo de vida. A adopção de comportamentos e hábitos de vida por parte dos filhos traduz, geralmente, a vivência da cultura e da dinâmica familiar, apoiando-se fortemente nos modelos parentais.

Os pais são considerados as pessoas mais dignas de confiança e que transmitem maior respeito aos adolescentes. Assim sendo há que explorar esta mais valia no sentido de obter os melhores resultados possíveis.

Conseguir promover a adopção de hábitos de vida saudáveis nos filhos é possível através duma dinâmica familiar estruturada e consolidada e onde o espaço de cada um deve ser respeitado. A ligação à escola, também um espaço privilegiado para a intervenção na promoção da saúde, pode ser outro factor de sucesso na influência que se pretende.

Não se pode descurar o facto de que a influência transmitida pelos pais pode ser no sentido inverso, ou seja, estes podem também influenciar negativamente os seus filhos no que diz respeito a comportamentos menos saudáveis. Segundo alguns estudos já realizados os pais influenciam o consumo de drogas por parte dos filhos de formas muito subtis. Os investigadores Brook, Whiteman & Gordon (cit. por Sprinthall & Collins, 2003:517), referem que *“as características de personalidade dos pais e os estilos de educação a que submetem as crianças são determinantes importantes no consumo de drogas pelos adolescentes”*.

Para Irwin (1987 cit. por Matos, M. et al 1996), o desenvolvimento saudável do adolescente consegue-se através de um sistema de suporte prolongado, com uma progressiva autonomia e tendo por base um compromisso entre adolescentes adultos e pares.

1.4.5. Comportamentos de risco

Segundo Ramos (2004:119), a noção de risco *“implica a possibilidade de sofrer uma perda ou um dano, a possibilidade de ser submetido a um perigo ou exposto a uma ferida com consequências na adaptação e em patologias futuras”*.

A OMS (1986), define comportamentos de risco como uma forma específica de comportamento associada a um aumento de susceptibilidade a uma doença específica ou à «saúde-doença».

Um comportamento de risco implica qualquer actividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente (Steptoe & Wardle 1996, cit. por Matos et al 1998).

Na prática, um risco apresenta-se como algo perigoso, que pode interferir de forma negativa no indivíduo. Todavia, os comportamentos de risco têm inerentes a si, a possibilidade de escolha, ou seja, pode optar-se por assumir aquele comportamento ou não. É importante perceber se o indivíduo, neste estudo o adolescente, quando opta por determinado caminho o faz consciente das consequências que daí podem advir e se mesmo quando é conhecedor das consequências, assume o risco. Este facto, no entanto, não pode ser considerado de forma isolada. Há uma série de factores que podem potenciar o risco.

Em relação a comportamentos de risco, LaFramboise (2004), referencia no seu estudo, que entre as razões reveladas pelos jovens para optarem por comportamentos de risco está simplesmente a diversão ou falta de alternativas para divertimento. De acordo com esta autora e, segundo estudos efectuados (Jessor, 1987), os adolescentes referem ainda como razão para os comportamentos de risco, o próprio risco, ou seja, o facto de *quebrarem as regras, de terem de fugir à polícia*, entre outros.

Para Garmezy (1991, cit. por Ramos 2004), os factores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolver problemas emocionais ou comportamentais agrupam-se em três categorias: Factores centrados na criança, factores centrados na família e factores socio-ambientais.

Bowlby (1980 cit. por Ramos 2004), define três tipos de circunstâncias associadas ao risco de perturbações futuras: a morte de um progenitor, a impossibilidade de desenvolver com os pais ou os substitutos uma vinculação segura, um modelo de relação e cuidados de boa qualidade e a presença de pais indisponíveis.

Também como predisponente aos comportamentos de risco é, segundo Simons-Morton (1999), a não existência de “laços” entre o adolescente e a escola. Para este autor os jovens têm necessidade de estabelecer ligações sociais e afectivas com a escola e, nesse sentido, tornam-se mais competentes e mais empenhados em obter sucesso académico, não se envolvendo tanto em comportamentos de risco, quer na escola, quer fora dela. Para isso os jovens reconhecem ainda que é necessário o envolvimento dos professores, reconhecem ser necessário um ensino com um estilo autoritário, que seja exigente, que forneça apoio e seja justo (Hawkins et al, 1988; Schaps & Battistich, 1991 ; Olweus, 1993, cit. in Simons-Morton, 1999).

A solidão, a desesperança e a depressão podem também ser identificados como factores pré-disponentes ao comportamento de risco (LaFramboise, 2004).

Estes factores e estas circunstâncias predispoem ao aumento de perturbações de comportamento na adolescência, ao envolvimento em comportamentos anti-sociais, à depressão e ao suicídio (Loeber,1991, Campbell,1995, Rothbaum,1994, Kaslow et al,1994, cit por Ramos,2004).

Há que considerar ainda, o conceito de vulnerabilidade, que aliado aos factores de risco pode predispor, mais ou menos, o indivíduo a assumir comportamentos e atitudes de risco ou a desenvolver perturbações comportamentais.

“A vulnerabilidade é um estado de menor resistência às contrariedades e agressões, tem em conta uma variabilidade individual, pode ser definitiva ou temporária, imediata ou diferida, ser generalizada ou estar limitada a um determinado sector e resulta da interacção entre diversos factores” (Ramos, 2004:125).

Há circunstâncias que tornam o indivíduo mais vulnerável ao risco. As predisposições genéticas, o desenvolvimento e a personalidade de cada um constituem a vulnerabilidade individual. Carências socio-económicas, adversidade do meio, divórcio, monoparentalidade e conflitos familiares, constituem a vulnerabilidade ambiental/social (Ramos, 2004).

A adolescência, embora seja o período etário considerado mais saudável a nível da população global (OMS, 1993), é também aquele que se confronta com maiores problemas de saúde relacionados com comportamentos e actividades de risco. O abuso de substâncias, tais como o álcool, o tabaco e outras drogas, os acidentes de viação, as doenças sexualmente transmissíveis, a violência, o suicídio, são os factores que mais contribuem para as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade na adolescência.

Qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, indiferente do seu estado de saúde actual ou percebido, com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde, quer ou não esse comportamento seja objectivamente eficiente para o fim, é um comportamento de saúde (WHO 1998, cit. por Nutbeam 1998).

A OMS (1986), define um comportamento de saúde como qualquer actividade desenvolvida pelo indivíduo com o objectivo de promover, proteger ou manter a sua saúde, independentemente do estado de saúde real ou percebido. O comportamento de risco é aquele aumenta a susceptibilidade a uma doença. Assim, qualquer comportamento tem impacto no estado de saúde do indivíduo e é esta avaliação que permite desenvolver políticas e programas de intervenção em promoção e educação para a saúde.

Odgen (2004), refere que um comportamento de saúde tem como objectivo impedir o aparecimento de uma doença e classifica-os como comportamentos positivos e negativos:

- Os comportamentos positivos englobam acções que visam e promovem a saúde, protegem do risco de acidentes e detectam a doença precocemente;
- Os negativos envolvem acções do tipo fumar consumo excessivo de álcool, dieta com alto teor de gorduras, e outros que se traduzem num elevado risco para a saúde, aumentando a possibilidade de causar doenças ou acidentes. Estes comportamentos são considerados de risco independentemente do facto de haver consciência, ou não, da relação entre eles e as possíveis consequências.

Bruhn (1988, cit. por Matos, M. et al 1996), considera a família e o grupo de pares como as principais fontes de influência a nível de comportamentos e atitudes relacionados com a saúde.

Para Irwin (1987 cit. por Matos, M. et al 1996), o desenvolvimento saudável do adolescente consegue-se através de um sistema de suporte prolongado, com uma progressiva autonomia e tendo por base um compromisso entre adolescentes adultos e pares.

2. CONSUMO DE ÁLCOOL

2.1. BEBIDAS ALCOÓLICAS E CONSUMO EXCESSIVO

Portugal está situado entre os países da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e prevalência de problemas ligados ao álcool. Segundo a OMS (1993), o consumo de álcool tem vindo a aumentar, quer em quantidade, quer em frequência e tem diminuído a idade de iniciação ao mesmo. O álcool é a droga de eleição entre os jovens que passam pela experiência de beber em excesso cada vez mais cedo.

Dada a complexidade desta problemática, a OMS (cit. por Mello et al, 2001:15) refere o alcoolismo como: *“Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações na vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais”* e define os alcoólicos como *“bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devem submeter-se a tratamento”*.

Em 1982, na 35ª Assembleia Mundial de Saúde em Genebra, a OMS vai ainda mais longe ao referir os *problemas ligados ao álcool* como uma problemática abrangente, não só com consequências nocivas para o indivíduo, para a família e comunidade resultantes dum consumo continuado, mas também com consequências resultantes do consumo excessivo em episódios agudos.

Os critérios que definem o abuso de álcool (DSM-IV-TR, 2002), remetem para a ausência de dependência, mas com efeitos pós-consumo que podem manifestar-se no desempenho escolar ou laboral, nas tarefas domésticas, em acidentes domésticos ou laborais. Havendo uma consciência, por parte do indivíduo, de que podem existir consequências pessoais ou sociais, estes continuam a manter por vezes o consumo abusivo.

A dependência do álcool (DSM-IV-TR, 2002), já se caracteriza, principalmente, pela existência de tolerância à substância ou por sintomas de abstinência. Para existir uma história de abstinência, tem de estar implícito um consumo de uma substância, que se faz de forma continuada, prolongada e excessiva, neste caso, o álcool.

A abstinência caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas que se manifestam de forma mais ou menos acentuada mas sempre difíceis de ultrapassar. Os indivíduos na tentativa de evitarem estas experiências continuam o consumo. A abstinência traduz uma paragem no consumo prolongado de álcool, e inclui sintomas tais como agitação psicomotora, ansiedade, tremor das mãos, náuseas e vômitos e ainda alucinações em casos mais graves.

Segundo a DSM-IV-TR (2002:192), *“A característica essencial da dependência de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicativos de que o sujeito continua a usar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo da substância”*.

Os efeitos imediatos do consumo de álcool incluem desidratação celular, irritação do trato gastro-intestinal e depressão do sistema nervoso central com diminuição das funções cerebrais. Estas, por sua vez, implicam diminuição da memória, diminuição da capacidade de julgar, diminuição da

acuidade visual e auditiva, liberta de inibições, provoca euforia, discurso arrastado e falta de coordenação motora. A longo termo as consequências são o aumento da probabilidade de contrair cancro, cirrose, pancreatite, úlceras, doença cardíaca e adquirir uma dependência. São defendidos alguns predisponentes para o desenvolvimento da dependência tais como os genes, as enzimas, as hormonas como factores a associar a todo o contexto sócio-familiar e cultural do indivíduo.

As bebidas alcoólicas são bebidas que contêm álcool etílico ou etanol, podendo este encontrar-se em concentrações diferentes conforme a bebida alcoólica em questão.

O etanol é um líquido incolor, volátil, de cheiro e sabor característico e de densidade 0,8. Mistura-se com a água, ferve a 78,5° e separa-se da água por destilação.

A graduação de uma bebida alcoólica é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro nela contido, ou seja, quando um vinho tem 10° quer dizer que num litro desse vinho existe 10% de álcool ou 100ml de álcool.

As bebidas alcoólicas quanto à sua origem podem ser:

- Bebidas fermentadas quando se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, por acção das leveduras;
- Bebidas destiladas quando resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação.

Como exemplo de bebidas alcoólicas fermentadas temos:

- O vinho, resultante da fermentação do sumo de uva, com uma graduação que pode variar entre os 8 aos 13°;
- A cerveja resultante da fermentação de cereais, com uma graduação entre os 4 e 8°;
- A água-pé resultante da mistura de água e mosto espremido, com uma graduação entre 2 e 4°;
- A cidra obtida pela fermentação do sumo de maçã com uma graduação entre os 4 e 5 graus e outras bebidas provenientes da fermentação do sumo de outros frutos.

Como exemplo de bebidas alcoólicas destiladas temos:

- As aguardentes resultantes da destilação de vinhos (ex:cognac), de frutos (ex:aguardente de figo), de sementes (ex:whisky, vodka, gin), de melação de cana (ex:rum), com uma graduação de cerca de 45° ;
- Os aperitivos e licores feitos à base de vinhos (ex: Madeira e Porto), de misturas entre vinhos, aromas, açúcar (ex: aniz, licores diversos) e com uma graduação de cerca de 15 a 20°.

A OMS (1987), considera moderado o consumo de álcool até 24 gramas de álcool por dia repartidas pelas duas principais refeições para os homens, e até 16 gramas por dia para as mulheres.

2.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

O consumo de bebidas alcoólicas chega-nos desde a antiguidade e o vinho será a bebida alcoólica mais antiga e de consumo mais enraizado, culturalmente ligado a alguns benefícios para a saúde e a alguns ritos religiosos. Segundo registos arqueológicos, os primeiros indícios do consumo de álcool são de há mais de oito mil anos. Produzidas nesta altura apenas por fermentação, tinham um menor teor alcoólico.

A destilação do vinho, dando origem a bebidas com maior teor alcoólico, generalizou-se na Europa a partir do séc. XI. Foi em França que tomou grande vulto com as facilidades concedidas pelo Estado aos “destiladores”.

No séc. XVII, segundo Odgen (1999, cit. por Frazão 2004), o consumo estava de tal forma generalizado que era mesmo considerado mais seguro beber álcool do que água.

No fim do séc. XVIII, e início da Revolução Industrial, a bebida começa a ser produzida em série e aumentam, consideravelmente, os consumidores. Durante este período o uso excessivo de bebidas passa a ser considerado, por alguns, como uma doença. Pasteur em 1865, não encontrando germes no vinho, considera esta, a bebida mais higiénica de todas.

O conceito de alcoolismo como doença só se desenvolve a partir da segunda metade do séc. XIX e é em França que surge a maior preocupação devido ao crescente consumo médio anual e ao aumento do número de tabernas por habitante (Mello, et al 2001). Para Odgen (1999, cit. por Frazão 2004), o álcool passa a ser encarado como uma substância viciante e o alcoólico como uma vítima que não resiste à sua influência e precisa de tratamento.

No séc. XX, segundo Frazão (2004), o consumo de álcool e as atitudes face à dependência sofrem nova mudança. Tidos em linha de conta os benefícios financeiros, as concepções liberais, social e politicamente melhor aceites e as novas perspectivas acerca da saúde, deixou de se considerar o problema com o enfoque na substância mas sim no indivíduo que dela abusava e se tornava dependente. O consumo não abusivo continua a ser socialmente tolerado e o álcool é, ainda hoje, uma droga socialmente aceite.

O carácter marcadamente social do álcool faz mesmo com que consumos perfeitamente exagerados sejam assumidos como normais.

Poucos minutos depois da ingestão de álcool este entra na corrente sanguínea onde pode manter-se durante várias horas exercendo a sua acção nos diversos órgãos por onde vai passando. O etanol vai deste modo afectar todo o organismo e, principalmente, o fígado que embora com capacidade para o metabolizar e transformar noutras substâncias tem um limite de capacidade.

As alterações do estado de consciência que podem acompanhar o consumo de álcool dependem da dose ingerida, de quem ingere e da sua tolerância à substância. Desde a simples exaltação, a perturbações de percepção, ao coma e à morte, muitas são as possibilidades do carácter transformador associado ao álcool e este deve ser considerado um tóxico. A tolerância ao álcool é a verificação de um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma substância (DSM-IV-TR, 2002).

Segundo a classificação DSM-IV-TR (2002), a característica essencial da intoxicação é o desenvolvimento de um síndrome reversível e específico devido à sua ingestão recente. Estas alterações, comportamentais ou psicológicas, tais como a instabilidade de humor, o prejuízo cognitivo, o juízo e funcionamento social comprometidos, o discurso empastado e

descoordenado, a marcha instável, os défices de atenção, o coma e a morte devem-se a efeitos fisiológicos directos da substância sobre o sistema

nervoso central e desenvolvem-se durante ou logo após o uso da substância, neste caso o álcool.

Todas estas manifestações provocadas pelo álcool, por constituírem experiências diferentes e novas, são uma fonte de curiosidade para os adolescentes, reforçada pelo facto de se tratar de uma substância socialmente aceite e que de certa maneira confere um estatuto de adulto. Os jovens bebem álcool, não tanto pelo seu sabor, mas sim pelos seus efeitos, o que faz com que este consumo se aproxime bastante do consumo de substâncias psico-activas, embora a sua representação seja diferente. (Freyssinet-Dominjon & Wagner, 2006).

Segundo o estudo efectuado por estas autoras, *“os estudantes de famílias de quadros superiores, consomem mais e mais frequentemente álcool que os filhos de pais com profissões intermédias , que, por sua vez, bebem mais do que os filhos de empregados, sendo os mais moderados os filhos de operários”* (2006:10).

O consumo de álcool está ligado a questões culturais e como tal obedece a regras e rituais. Nos jovens este consumo pode até ser encorajado pelos pais uma vez que na nossa cultura o uso do álcool está associado ao lazer, descontração e diversão.

2.3. CONSUMO DE ÁLCOOL NOS JOVENS

Segundo Scaffa, (em Henderson, 1998), na América a idade média para o início do consumo de álcool é de 12,3 anos. Metade dos estudantes do ensino secundário podem ser classificados como bebedores regulares, cerca de 3,3 milhões de jovens com menos de 17 anos podem ser considerados alcoólicos e jovens consumidores de álcool estão envolvidos em 50% dos acidentes de automóvel com vítimas mortais. Estes números dão ideia da magnitude do problema.

No estudo realizado por Camacho & Matos (2005) com 812 jovens, estes referem que experimentaram bebidas alcoólicas entre os 13 e 16 anos de idade. Os mais velhos consomem bebidas destiladas, os mais jovens, 14/15 anos cerveja. A maioria refere que os pais têm conhecimento deste consumo.

Também no estudo colaborativo da OMS, no qual estão envolvidos cerca de 30 países, Health Behaviour of School Aged Children (HBSC), realizado em Portugal por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis (1998), no qual foram envolvidos 6903 alunos dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, se conclui que 71% dos jovens já experimentaram bebidas alcoólicas, referindo os mais velhos várias experiências de embriaguez.

Se por um lado, o início do consumo de álcool na adolescência está fortemente ligado à curiosidade e à vontade de fazer experiências novas, à necessidade de correr riscos, à necessidade de assumir independência e autonomia, e ainda, à importante necessidade de ser aceite pelos pares, por outro lado, está também fortemente influenciado pela permissividade da sociedade em relação ao consumo de álcool e pela influência dos media e dos pais. No entanto, os pais constituem o modelo mais importante para os jovens, conferindo uma influência mais forte do que a influência protagonizada pelos pares (Goplerud 1991, cit. por Scaffa, em Henderson,

1998). Existe, segundo esta autora, uma forte correlação entre o consumo dos pais e o consumo dos filhos adolescentes. Se houver uma atitude

permissiva por parte dos pais em relação ao consumo do álcool, existem maiores níveis de consumo por parte dos filhos.

O uso social do álcool, entre pares, bem diferente do consumo entre a família é para os jovens uma forma de estabelecer relações, de exteriorizar, de desinibir e ultrapassar a designada timidez social. É também um facilitador para a sedução.

As expectativas que os jovens têm do consumo de álcool têm uma grande influência no início e manutenção deste consumo e ainda nos comportamentos daí decorrentes. Estas expectativas desenvolvem-se através de modelos parentais, do grupo de pares, de experiências com as bebidas alcoólicas e com a exposição à propaganda (Donovan & Marlatt, 1980; Christiansen, Smith, Roeling & Goldeman, 1989, cit. por Araújo, 1998).

No seu estudo Araújo (1998) refere que, em relação às expectativas sobre o consumo de álcool, os adolescentes sugerem uma divisão entre o corpo e os comportamentos. A tontura é apontada como sinal para parar de beber, a sonolência, o mal-estar e a dor de cabeça como uma consequência do beber excessivo. Constituem portanto expectativas negativas do beber. Em relação aos comportamentos a alegria e a desinibição são os efeitos agradáveis esperados. Ainda para alguns estudantes, uma facilitação dos relacionamentos e ajuda para esquecer problemas. Há também referências de jovens que consideram o álcool indispensável para que a festa ou o ambiente tenha graça ou divertimento. Estas expectativas podem fazer do adolescente um consumidor habitual.

Também, segundo Freyssinet-Dominjon & Wagner (2006:235), *“Os jovens procuram o álcool mais pelos seus efeitos que pelo gosto das diversas bebidas (...) “e porque “(...)ajuda a investir competências sociais valorizadas pelo grupo”*. É portanto aceite como um comportamento natural, por muitos

jovens e por muitos adultos. Se é um facto que muitos adolescentes ao tornarem-se adultos abandonam o consumo, assumindo papéis sociais tais

como o casamento, a paternidade, o emprego, muitos há que continuam o seu consumo, tornando-o problemático e tornando-se dependentes.

Segundo Shanks (1990, cit por Henderson 1998), a probabilidade de os jovens terem problemas com o consumo de bebidas alcoólicas é maior se os pais apresentarem atitudes extremadas, tais como a completa proibição ou a permissividade sem limites. Este autor refere ainda que os hábitos mais tardios de consumo geralmente surgem por forte pressão dos pares. Temple & Filmore (1986, cit por Henderson 1998), identificam como predictor mais importante para o abuso de álcool a influência negativa dos pares.

Os hábitos de consumo no nosso país estão, como se pode concluir de toda a evidência demonstrada através dos diversos estudos existentes, generalizados a toda a população, e existem independentemente dos meios sócio-culturais e geográficos. As consequências surgem a curto, a médio e a longo prazo, repercutindo-se a nível pessoal, familiar, profissional e laboral.

2.4. CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO

Segundo Patrício (2005, cit. por Freyssinet-Dominjon & Wagner 2006:12), *“Muitos estudantes universitários conhecem, reconhecem, os efeitos nefastos do mau uso do álcool a curto prazo e defendem-se. Mas não referem ter conhecimentos sobre os efeitos a médio ou longo prazo.”*

Em relação ao conhecimento das consequências do consumo de álcool, as autoras neste estudo concluem que os jovens estão bem informados sobre o perigo de conduzir alcoolizado, estão conscientes sobre a propensão para a violência, mas manifestam ignorância em relação às consequências possíveis a médio e longo prazo.

Também consequências de futuro são as originadas no momento, pela desinibição e relações sexuais desprotegidas, com a possibilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais o HIV.

Nos Estados Unidos o estudo National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (1992), demonstrou que começar a beber muito cedo aumenta a probabilidade de desenvolver distúrbios de consumo mais tarde. Por exemplo, quem começa a beber antes dos 15 anos tem quatro vezes mais probabilidades de desenvolver alcoolismo quando adulto do que se começar apenas aos 21 anos.

Ghodsian & Power (1987, cit por Williams & Perry 1998) demonstraram, através do seu estudo que os jovens que iniciavam o seu consumo aos 16 anos aumentavam a probabilidade, em quatro vezes, de serem já consumidores pesados aos 23 anos.

A vontade de experimentar novas sensações e comportamentos de acordo com o padrão do grupo de pares aumenta a possibilidade de iniciar e manter o consumo de álcool.

Os efeitos imediatos são habitualmente pouco valorizados pelos jovens uma vez que assumem o álcool como um estimulante que lhes provoca uma sensação de euforia e desinibição esquecendo que após esta sensação inicial surge um estado de sonolência, de descoordenação muscular, de fadiga muscular, de diminuição de capacidade de reacção e da atenção, de visão turva, entre outros. Todos estes factores potenciam a possibilidade de consequências e comportamentos perigosos.

Incluídas nas alterações por que os adolescentes passam, estão as rápidas alterações hormonais e a formação de novas ligações neurais. Expor o cérebro ao consumo de álcool, nesta fase, pode contribuir para um desenvolvimento deficitário com a possibilidade de alterações cognitivas a curto prazo aumentando também o risco de dependência alcoólica (NIAAA, 2004).

O consumo de álcool, pelos adolescentes, está associado a uma série prejuízos no seu desenvolvimento que a maioria dos jovens eventualmente não valoriza ou mesmo desconhece.

Segundo Pechansky et al (2004), o uso de álcool:

1. Está associado a mais mortes do que todas as outras substâncias psicoactivas em conjunto, relacionadas principalmente com os acidentes de viação, principal causa de morte entre os jovens com idades compreendidas entre os 16 e 20 anos.
2. Aumenta a probabilidade de violência sexual, de relações sexuais desprotegidas, e portanto maior exposição a doenças sexualmente

transmissíveis, como o vírus HIV, e maior exposição à gravidez na adolescência.

3. Está associado a um menor sucesso escolar, uma vez que pode ocorrer um déficit de memória que por sua vez pode implicar uma diminuição de auto-estima, podendo esta potenciar o consumo de substâncias psicoactivas.
4. Ausência de percepção sobre os problemas decorrentes do consumo de álcool principalmente dos mais graves. Segundo a SAMHSA (1998, cit. por Pechansky et al 2004), 50% dos jovens referem como principal consequência do consumo excessivo de álcool o facto de se poderem comportar de forma imprópria durante ou após o mesmo.

Este autor refere ainda, relativamente às consequências cerebrais, modificações no sistema dopaminérgico e nas vias do córtex pré-frontal com efeitos significativos em termos comportamentais e emocionais. O hipocampo, associado à memória e à aprendizagem, encontra-se diminuído.

Os adolescentes com o cérebro ainda em desenvolvimento, vêm afectadas uma série de capacidades e habilidades cognitivo-comportamentais, que são mediadas por este circuito. Têm ainda em construção a sua identidade à qual precisam de se adaptar sem dependerem do efeito do álcool, sob pena de não se sentirem capazes mais tarde de assumir determinadas tarefas e responsabilidades sem o suporte do álcool, evidenciando desta forma a sua dependência.

Também, segundo Tapert (2004/2005), os estudos efectuados e as imagens cerebrais neles reveladas, demonstram que o consumo de álcool nos adolescentes e adultos jovens pode levar a alterações significativas na estrutura e função do cérebro, tais como “redução do hipocampo, alterações na integridade da substância branca, atraso de resposta neural durante os processos de informação e diminuição de resposta nas tarefas que exijam trabalho de memória”.

A nível físico, embora associadas a consequências de médio e longo prazo, há alterações significativas evidenciadas por alguns autores.

Uma bebida alcoólica quando ingerida, depois de absorvida, é transportada pelo sangue e chega ao fígado onde inicia a sua lenta degradação. A metabolização tem como primeiro produto de degradação do etanol o acetaldeído, muito tóxico para o organismo, e que pela sua capacidade de se condensar com as catecolaminas e indolaminas forma compostos muito semelhantes à estrutura de certos produtos psicoactivos e alucinogéneos. Daqui o facto de lhe estar atribuída uma relação importante com a dependência alcoólica (Mello, 2001).

No entanto, o fígado não tem capacidade para destruir toda a quantidade de álcool que lhe chega. Na circulação sanguínea passa a existir álcool com sangue e é esta mistura que vai atingir o coração, pulmões, cérebro, rins, membros inferiores e restantes partes do corpo, e existem consequências.

Para Maher (1997), a maioria dos consumidores de álcool, a longo prazo vão desenvolver doenças hepáticas uma vez que estas surgem como consequência do metabolismo do álcool. Para esta autora, o fígado é altamente susceptível e o álcool ao ser metabolizado gera uma série de substâncias tais como acetaldeído e radicais livres que vão também contribuir para os danos hepáticos.

Surgem portanto mais consequências do consumo do álcool:

1. Doenças ulcerosas, inflamação da mucosa gástrica, do esófago, esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose hepática.
2. Perturba a produção de açúcares pelo fígado e causa desvios na produção de gorduras.

3. Aumenta a probabilidade de desenvolver doenças tais como o cancro do fígado, do pâncreas, do estômago, entre outros.

A ressaca, causadora de vômitos, mal estar, dores de cabeça, sede, tonturas, fadiga e tremores, é um fenómeno frequente nos consumos agudos, esporádicos e também nos consumos continuados, com grande incapacitação quer para o estudo, quer para o trabalho, ou mesmo para o desenvolvimento de tarefas próprias de um dia de lazer. As mudanças de comportamento subjacentes ao consumo de álcool, podem ser, ainda, causadoras de comportamentos de risco e acidentes pessoais, tais como quedas, atropelamentos, queimaduras, entre outros.

Em relação aos acidentes de carro, os adolescentes, para além da sua inexperiência, demoram mais tempo a perceber e reagir a situações de perigo e têm maior dificuldade em responder a situações inesperadas. Têm a percepção de que o seu risco de acidente é menor do que para os condutores mais velhos, manifestando um excesso de confiança acerca das suas capacidades de condução e minimizando as medidas de segurança e prevenção, tais como o consumo de álcool (Hingson e Howland 1993, cit por Bhatia, em Henderson, 1998).

A altíssima percentagem de acidentes de viação com relação directa com o álcool faz com que esta seja a primeira causa de morte entre os jovens.

2.5. O ÁLCOOL E A LEGISLAÇÃO

A OMS na sua estratégia “Saúde para todos no ano 2015”, refere na META 12 *“Diminuir o consumo de álcool a 6 litros per capita por ano para a população de 15 ou mais anos, e reduzir o consumo de álcool na população de 15 ou menos anos até ao limiar de 0%”*.

No Plano Nacional de Saúde 2004/2010 são referenciados os dados de 2000 em relação ao consumo de álcool em litros, por pessoa e por ano em 16,59l, e como meta a atingir em 2010 um consumo de 10l por pessoa e por ano.

Em Portugal, o Governo pela Resolução de Conselho de Ministros nº 40/99, de 8 de Maio, cria uma comissão interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspectos relacionados com o alcoolismo e propor um plano de acção como estratégia para a saúde.

Na Resolução de Conselho de Ministros n.º 116/2000 de 29 de Novembro é evidenciado o facto de Portugal ser um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas, estando este a aumentar nos jovens e no sexo feminino, sendo referido *o alcoolismo como a maior toxicodependência dos portugueses*.

É aprovado o Plano de Acção contra o Alcoolismo em 24 de Janeiro de 2002 com a publicação de Dec. - Lei n.º 9/2002. Neste plano é reconhecida uma vez mais a iniciação no consumo de álcool, geralmente, na adolescência. É reconhecida a importância da publicidade como promotora do consumo, por parte dos jovens, uma vez que associa as bebidas alcoólicas a acontecimentos agradáveis, até à participação em actividades desportivas, culturais, comemorações, sugerindo que o álcool é indispensável para a obtenção de prazer. Este plano inclui estratégias de combate ao alcoolismo, ao crescimento do consumo de bebidas alcoólicas e às suas consequências, tendo em vista a promoção e educação para a saúde. Ainda não se

constatam benefícios destas medidas, o álcool continua a ser parte integrante da noite, da diversão, apesar dos riscos que transporta consigo.

Segundo a Direcção Geral de Viação (2005), em Portugal ocorreram 37066 acidentes com vítimas, dos quais resultaram 1094 mortos, 3762 feridos graves e 45487 feridos leves. A sexta-feira foi o dia que registou maior número de acidentes e o sábado e domingo maior número de vítimas: 18,6% do total de mortos ocorreu ao sábado e 16,1% no domingo e o período horário com maior índice de gravidade regista-se entre as 3h00 e as 6h00. Considerando a distribuição da população por grupos etários, constata-se que o risco de morrer num acidente de viação é significativamente superior entre os 20-24 anos.

Estes dados, retirados do Relatório Anual de Sinistralidade da Direcção geral de Viação (2005), enquadram a associação evidenciada entre o consumo de álcool e a incidência de acidentes, quer pelos dias, quer pelas horas a que ocorrem. Para se conhecer a real incidência do álcool nos acidentes de viação foi acordado fazer-se o cruzamento de dados entre as informações recolhidas pelas autoridades (ar expirado), e pelo Instituto nacional de Medicina Legal. Ainda não existem dados conclusivos deste procedimento.

No Plano Nacional de Saúde a Meta para 2010, é: zero mortes em acidentes de viação atribuíveis ao álcool.

As medidas preconizadas de restrição à publicidade, de restrição ao horário e dias de venda de bebidas alcoólicas, assim como a definição de uma idade mínima legal para a sua aquisição, têm pouca efectividade, uma vez que os interesses económicos prevalecem.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS ADOLESCENTES

3.1. SAÚDE

A saúde e a doença são conceitos que ao longo dos tempos têm sofrido várias mudanças, abrangem uma história de construções e significados diferentes e constituem uma espécie de compilação de narrativas sobre os mesmos.

Ribeiro (2005), considera cinco períodos distintos na evolução do conceito de saúde:

- Período pré-cartesiano, até ao séc. XVII, no qual um sistema de pensamento e práticas médicas surgem com Hipócrates quebrando com as influências mágico-religiosas. Considerado o pai da medicina, estabeleceu um conjunto de princípios teóricos e metodológicos e a medicina passa basear-se na observação directa e no raciocínio dedutivo. Defendeu que as doenças ao invés de serem causadas por deuses e demónios, tinham origem em causas naturais.
- Período científico ou de início de desenvolvimento do modelo biomédico, que se começou a instalar com a implementação do pensamento científico e do Iluminismo, no qual, uma visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza concebem o mundo como uma máquina. São defendidos por filósofos como Galileu, Descartes, Newton, e outros. Para esta perspectiva cartesiana, curar uma doença equivalia a reparar uma máquina (Engels, 1977 cit. por Ribeiro 2005).
- A primeira revolução da saúde, com o desenvolvimento da saúde pública que se desenvolveu no séc. XIX, caracteriza-se pela aplicação do modelo biomédico à prevenção das doenças. No início do séc.

XVIII a revolução industrial traz consequências nefastas para a saúde. Acontecem as grandes epidemias, a tuberculose a pneumonia, a gripe, a difteria a varíola e outras doenças infecciosas. O modelo biomédico rege-se pela *teoria do germe*, na qual é necessário controlar os agentes patogénicos e os seus princípios. Desenvolvem-se medidas de saúde pública e em meados do sec.XIX, toda a Europa combate as grandes epidemias, através da construção de esgotos, distribuição de água potável, e outras medidas sanitárias. Mais tarde, já no séc. XX surgem as vacinas. Segundo Ribeiro (2005), este modelo foi tão eficaz que no final dos anos 70 era raro morrer-se antes dos 75 anos com doenças infecciosas.

- A segunda revolução da saúde, iniciada na década de 1970, está associada às principais causas de morbilidade e de mortalidade e à importância que o comportamento desempenha nessas causas. Caracteriza-se essencialmente por ter o seu foco de atenção na saúde e não na doença e por abranger uma perspectiva ecológica. Surge uma nova epidemia, a partir de meados do séc. XX, a epidemia comportamental, resultante de comportamentos inadequados ou estilos de vida, tais como o fumar, consumir álcool e drogas, etc. A teoria do germe deixou de ter significado, e o foco passa para o comportamento, individual e social, para os hábitos e para a interacção com o meio ambiente. Richmond (1979, cit. por Matos, 2004), refere que nos EUA, a morte prematura, se deve 50% a comportamentos e estilos de vida lesivos, 20% a factores ambientais, 20% a factores relacionados com a biologia humana e 10% a cuidados de saúde inadequados.

- A terceira revolução da saúde, surge associada à necessidade da redução dos custos e ao aumento de um novo padrão de doenças, as doenças crónicas no idoso. O envelhecimento da população a diversificação da família, as migrações, a revolução tecnológica e a aproximação dos serviços de saúde à comunidade, são segundo Ramos (1988), os factores que contribuíram para o aparecimento da

terceira revolução na saúde. O final do séc. XX traz grandes mudanças para os países desenvolvidos sobre o modo como deve ser encarada a saúde. Se por um lado devem existir medidas de racionalização de custos, por outro, estas devem traduzir uma melhoria na capacitação e responsabilização do indivíduo no sentido de uma melhoria na promoção e protecção da sua saúde. A saúde tem de ser encarada como um investimento e não como um custo, uma vez que tem vantagens económicas directas, menos gastos com as doenças, e indirectas, como a maior produtividade e o menor absentismo (Matos, 2004).

A doença como ausência de saúde e saúde como ausência de doença, foram conceitos pouco esclarecedores e pouco abrangentes. Uma perspectiva holística da saúde contempla os múltiplos factores causais da doença e da manutenção da saúde.

Em 1948, a OMS define saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência da doença e em 1986 completa esta definição dizendo “para o atingir, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. **Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida**” (Ottawa 1986).

Para Ramos (2004:13), “A saúde dos indivíduos depende de factores individuais e psicológicos, mas também de factores ambientais, socio-económicos, culturais, históricos e políticos das comunidades e dos países onde os indivíduos estão inseridos”. Ainda segundo esta autora, ao nível nacional e internacional, a saúde e o bem estar depende da pobreza, das guerras, da violência, das epidemias, e das catástrofes naturais, factores que não podem ser controláveis pelas populações de uma maneira geral, nem pelas comunidades.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (Organização das Nações Unidas, 1948), proclama como direitos elementares do ser humano, o direito a uma identidade e nacionalidade, a uma família, **à saúde**, à educação, à protecção social, a uma vida digna, comprometendo-se os estados a trabalhar para a concretização dos mesmos.

Thorensen e Egleston (1985, cit. por Ramos, 2004), defendem alguns princípios inerentes ao conceito de saúde, que são:

- A saúde é mais do que a ausência de patologia física específica;
- A saúde faz parte do estado habitual do indivíduo, fornecendo-lhe a energia e a capacidade para organização e implementação das rotinas e actividades diárias, nomeadamente alimentar-se, descansar, fazer actividade física, relacionar-se com os outros, e para a realização e programação com sucesso de determinadas tarefas e objectivos,
- A saúde implica um processo dinâmico, temporal e adaptativo que varia em função das exigências internas e externas percebidas pelo indivíduo e que ocorrem no decorrer do tempo;
- A saúde fica enfraquecida quando não existe suficiente energia, recursos e/ou aptidões para satisfazer as exigências do quotidiano e conservar um sentimento de harmonia, bem-estar e satisfação;
- A saúde tem de ser compreendida e situada no seu contexto físico, psicológico, social e ecológico;

O'Donnell (1986, cit. por Ramos, 2004), considera que a saúde envolve diferentes dimensões atribuídas a diferentes áreas e que devem coexistir de forma equilibrada:

- Saúde emocional que inclui o equilíbrio e a gestão dos estados emocionais, das crises e das situações de stresse;
- Saúde intelectual que inclui a educação e a realização intelectual e profissional;
- Saúde social que inclui as relações com a família, amigos, pares, e comunidade;
- Saúde espiritual que inclui aspectos como a esperança, a fé a religiosidade, a generosidade, os objectivos de vida;
- Saúde física que inclui o estado fisiológico, os cuidados básicos, nomeadamente alimentares e corporais, os cuidados médicos, o controlo de abuso de substâncias (álcool, drogas, tabaco, etc.).

3.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

As origens da promoção da saúde remontam à revolução epidemiológica do séc. XIX, com reformas sociais e ambientais que provocaram a redução da morbilidade e mortalidade.

No final do séc. XVIII doenças como a tuberculose, a pneumonia, o sarampo, a gripe, a varíola, a escarlatina e a difteria provocam grandes epidemias que para além de conduzirem à Teoria do Germe contribuem também para o estabelecimento de medidas de Saúde Pública. Os sistemas de esgotos, o fornecimento de água potável e posteriormente a vacinação das populações foram medidas essenciais e características da primeira revolução da saúde. A evolução do conceito de doença deixa de considerar a doença como resultado de uma relação causal directa, passa a ser entendida como tendo uma etiologia multicausal, passando a haver uma preocupação com a sua prevenção. A partir de meados do séc. XIX os comportamentos de risco são os factores considerados como responsáveis pela maioria das doenças e Ribeiro (1998:64), refere *"O equivalente ao germe para as novas patologias, são os comportamentos individuais. As "vacinas" agora, teriam de ser a modificação do comportamento, tomando este, um sentido lato"*.

Este movimento estende-se ao séc. XX, com a grande ênfase dada à promoção da saúde e prevenção da doença, mediante legislação, como a Lei de Organização e Manutenção da Saúde de 1973 e a Lei Nacional de Planeamento e Desenvolvimento de Recursos de Saúde de 1974. Passa a ser dado grande relevo, ao auto-cuidado e à auto-responsabilidade pela saúde, bem como à necessidade de mudanças de comportamento no sentido de conseguir controlar as doenças crónicas e também as contagiosas.

Em 1978, na reunião de ALMA-ATA, chegou-se à conclusão de que a saúde não é uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos.

Em 1986, foi elaborada a carta Ottawa, que consiste na proposta de um conjunto de princípios e de medidas destinadas a melhorar a condição de saúde das populações de todo o mundo, enquadrados pelo novo conceito de promoção da saúde, definido como “processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde e a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam”.

A carta de Ottawa (1986) surge como resposta às expectativas crescentes em todo o mundo em relação a uma nova política de saúde.

A carta de Ottawa, tendo em linha de conta o conceito de saúde como um direito humano e como um conceito positivo, reênforça-o, considerando essenciais certos pré-requisitos para haver saúde tais como paz, abrigo, educação, alimentos, rendimento, recursos sustentáveis, ecossistema estável, justiça social e equidade. A satisfação destes pré-requisitos implicariam obrigatoriamente ganhos em saúde.

Foram ainda definidas áreas de intervenção prioritárias para a promoção de saúde: construir políticas públicas de saúde, criação de ambientes de suporte à saúde, desenvolvimento de capacidades pessoais, reorientação dos serviços de saúde e orientar a acção para uma estratégia de futuro. Este processo pode abranger intervenientes a nível micro e macro, tais como estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.

Nos anos 80, através das teorias de mudança de comportamento e de aprendizagem social, os programas educacionais evoluem em sofisticação, mas apesar disso “(...) *falharam em alcançar resultados sustentáveis e*

substanciais, no que diz respeito à mudança de comportamento(...)" (Nutbeam, 2000:260).

Odgen (1999:27), refere que o declínio das doenças infecciosas passa a compreender-se melhor em termos de factores sociais e ambientais de que em termos de intervenção médica e que as doenças do séc. XX são principalmente causadas pelo que "*(...) o indivíduo determina através do seu próprio comportamento (fumo, alimentação, exercício físico e coisas semelhantes)*" e "*é da modificação dos hábitos pessoais como fumar e levar uma vida sedentária que a saúde depende, em primeiro lugar*". Este autor agrupa sete comportamentos como os que mais se associam à taxa de mortalidade e à longevidade: dormir sete ou oito horas por dia, tomar o pequeno almoço todos os dias, comer raramente entre as refeições, manter o peso adequado, não fumar, não consumir ou ter um consumo moderado de álcool e fazer exercício regularmente.

Deste modo, o comportamento saudável actua como um protector em relação à doença, como refere Sarafino (1998, cit. por Frazão 2004:111): "*Mas quem se sente bem, pode estar menos inclinado a fazer o esforço e o sacrifício que o comportamento saudável requer(...). Assim, a decisão pelo comportamento saudável depende muito de factores motivacionais, particularmente em referência à percepção individual do perigo da doença, da importância do comportamento na redução desse perigo e da atractividade do comportamento oposto*".

Como refere Ribeiro (1994), não basta informar sobre os malefícios de um comportamento com vista à obtenção de uma mudança, mas a percepção que o indivíduo tem de contrair uma doença, da sua gravidade e das suas consequências pode motivar comportamentos de saúde associados a estilos de vida saudáveis.

Recurso para a vida, para o desenvolvimento pessoal, social e económico, a saúde é um importante factor que não deve somente ser assegurado pela intervenção do sector da saúde mas também através da participação dos

governos, autoridades locais, organizações governamentais, famílias e comunidades. A responsabilidade maior na mediação destes intervenientes cabe no entanto ao sector da saúde. Actualmente, a enfermagem percepciona o indivíduo de uma forma holística e esta nova visão, leva a que a sua actuação seja no sentido da passagem de um modelo dominado pela doença para um modelo que tem em atenção a saúde e o bem estar da pessoa.

A actuação do enfermeiro não está centrada apenas no hospital mas também na comunidade, tendo como objectivo apoiar, cuidar, promover a saúde e o bem-estar através do desenvolvimento de motivações para a adopção de estilos de vida saudável.

A intervenção em promoção da saúde implica uma acção conjunta e coordenada que ultrapassa a prestação de cuidados e visa o bem-estar global. É um processo abrangente, não pode separar os indivíduos do seu ambiente, do seu contexto socio-económico, cultural e político e como tal, os programas de promoção e educação para a saúde têm de ser acções direccionadas não só aos indivíduos mas também ao ambiente, ao sistema social e político (Matos, 1998). A partir daqui podem definir-se prioridades, tomar decisões, planear estratégias e implementá-las.

A promoção de saúde é um processo que capacita os indivíduos para melhor controlarem e melhorarem a sua saúde (Nutbeam, 1998). Representa um processo social e político, não engloba apenas as capacidades individuais mas dirige também a sua acção para a mudança social, ambiental e para as condições económicas de tal forma que elas tenham impacto na saúde pública e individual.

A Declaração de Jakarta (1997), vem confirmar e reforçar as estratégias importantes a adoptar para o desenvolvimento da promoção da saúde, defendendo que as abordagens mais abrangentes são as mais efectivas em

ganhos de saúde, que a participação dos indivíduos é essencial, que estes têm de tomar parte nos processos de acção-decisão e que a literacia promove a participação. O acesso à educação torna-se essencial para conseguir uma participação efectiva e fornecer empowerment às pessoas e populações, sendo “(...) necessária uma aproximação mais compreensiva, que reconheça explicitamente as influências sociais e ambientais na escolha do modo d vida, dirigindo tais influências no esforço para comunicar com as pessoas” (Nutbeam, 2000:261).

São definidas em Jakarta (1977), as prioridades para o séc.XXI como a promoção da responsabilidade social para a saúde, consolidar e expandir parcerias, aumentar a capacidade comunitária e o empowerment do indivíduo, garantir uma infra-estrutura para a promoção da saúde e aumentar os investimentos para o seu desenvolvimento. Contudo, é importante perceber antes de intervir, o que pode “criar saúde”, quais os investimentos que poderão significar maiores ganhos em saúde e que poderão contribuir para a diminuição da desigualdade, que poderão contribuir para um maior desenvolvimento considerando sempre os direitos humanos como uma meta a atingir (Kickbusch,1997).

Como refere Dias (2004), os conceitos de educação para a saúde e promoção da saúde têm de ser utilizados de forma distinta, sendo este último, um conceito amplo que inclui estratégias de actuação diferentes, entre as quais a educação para a saúde. Costa e López (1996, cit por Dias 2004), definem a promoção da saúde como “qualquer combinação de estratégias de educação para a saúde e apoios de tipo organizativo, legislativo, ou normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas de comportamentos saudáveis” e Tones (1998, cit. por Dias 2004) refere que a “educação para a saúde constitui-se como um instrumento, para alcançar os objectivos da promoção da saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da promoção da saúde”.

A OMS (1984) no seu relatório preconiza que a promoção da saúde se destina à população em geral no contexto da vida quotidiana e não só à população doente ou em risco, tem em vista acções relativas aos determinantes e/ou causas de saúde, actua através de métodos e perspectivas diversas, tem como objectivo o envolvimento directo da população alvo e que todos os profissionais de saúde têm um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença.

A educação para a saúde engloba não só a comunicação da informação mas também a motivação, as ferramentas e a confiança (auto-eficácia) necessárias para promover a saúde. Nutbeam (2000:265:267), refere que a educação para a saúde *“(...)pode ser dirigida para atingir mudanças nas determinantes sociais, económicas e ambientais que poderão beneficiar a saúde de toda a população, acompanhados de programas paralelos dirigidos a estilos de vida individuais e ao uso do sistema de saúde”, o que implica “alianças mais abertas entre sectores da saúde e da educação, para atingirem a meta de melhores níveis de literacia na população.”*

Sendo um dos objectivos da promoção da saúde fornecer empowerment às comunidades, famílias e indivíduos, a literacia em saúde é determinante.

WHO (1998), define literacia na saúde como *“a capacidade cognitiva e social que determina a motivação e a habilidade individuais para ganhar acesso, perceber e usar a informação de modo a promover e manter boa saúde. Literacia na saúde representa mais do que ser capaz de ler panfletos e fornecer informação sem ter em conta as circunstâncias sociais e económicas dos indivíduos”.*

Ao melhorar o acesso das pessoas à educação na saúde e a sua capacidade para a usar efectivamente, a literacia na saúde é crítica para conceder empowerment. Este conceito permite alargar o espectro da educação para a saúde, com implicações nos métodos educativos e de comunicação, promovendo desta forma a interacção, participação e análise crítica. A literacia na saúde está associada ao desenvolvimento cognitivo, pelo que

estratégias para a promover permanecerão inevitavelmente associadas a estratégias mais gerais (Nutbeam, 2000).

Nutbeam (2006), referencia a literacia como *“uma escala de resultados das intervenções na educação para a saúde”*. Também segundo este autor, o estudo sobre os diferentes níveis de literacia evidencia a progressiva capacidade das pessoas para ganharem autonomia, poder de decisão e motivação para a mudança de comportamentos, ou seja, conceder empowerment.

A literacia torna-se o pilar para a aquisição de outras capacidades e também para o empowerment. Segundo Nutbeam & Kickbusch (2000), as pesquisas efectuadas demonstram que o acesso limitado à educação está fortemente associado a uma saúde deficitária na fase adulta. A educação é portanto vital à saúde. Ainda segundo estes autores a literacia implica a aquisição de um nível de conhecimentos, de capacidades pessoais e de confiança, que permitam tomar iniciativas para melhorar a saúde, mudar estilos e condições de vida.

Este nível de conhecimentos vai permitir que os indivíduos tenham ainda a noção de que participam na gestão das suas vidas e da sua saúde, de que não lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a satisfação independentemente do seu estado de saúde, das condições económicas ou sociais e de que a sua participação é essencial. Ao terem esta percepção conseguem promover um estado de bem-estar e a sua qualidade de vida.

Como refere Stroebe (1995), aumentar o tempo de vida é um dos objectivos da promoção da saúde, mas não só, tem de, simultaneamente, conduzir a um aumento da qualidade de vida, adiando a doença crónica e a dor, permitindo que o indivíduo consiga manter a sua forma e actividade até à velhice.

A qualidade de vida é um conceito variável percebido de modo diferente por todos os indivíduos, e que a OMS, (1998) define como *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Neste contexto a promoção da saúde intervém como contributo para uma melhor qualidade de vida percebida.

Não pode considerar-se apenas um estilo de vida saudável mas vários tipos de estilos de vida saudáveis, de acordo com o indivíduo e com o grupo ou com a comunidade onde está inserido. Argyle (1997, cit. por Matos, 2004), refere ainda que a felicidade, o humor e a saúde se inter-influenciam e dependem de um determinado número de factores tais como as relações inter-pessoais, o ambiente laboral, a motivação para o trabalho, a classe social, e a actividade física e o lazer.

A importância dada à literacia na saúde transporta consigo uma questão que é essencial neste processo, e que é a forma de transmissão destes conhecimentos, as metodologias e os veículos usados para a transmissão dos mesmos. Podem ser exploradas uma quantidade enorme de possibilidades, desde o rádio, televisão, internet, marketing social, entre outros, criando alianças e produzindo parcerias. Muito significativa, é a participação da escola como veículo de transmissão de conhecimentos, sendo um meio privilegiado não só porque os jovens aí passam grande tempo das suas vidas, mas também porque é nos jovens que a aposta deve começar. Implica uma abordagem que permita que esta educação para a saúde tenha repercussão na vida dos jovens, no seu dia a dia, se torne uma forma de viver não só porque assim terão mais saúde, mas também porque assim se sentem mais felizes consigo próprios, com os outros e com o ambiente.

Implica construir com os jovens uma sociedade em que o prazer da vida seja baseado no bem-estar e qualidade de vida em vez de se basear na procura de comportamentos ou substâncias lesivas à saúde (Matos, 2004).

3.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS JOVENS

Desde meados dos anos 60 que a OMS começou a enfatizar a questão da saúde dos jovens, e em Portugal a partir do final dos anos 70 iniciou-se a abordagem às questões específicas dos adolescentes. A partir de 1986 a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários apoia técnica e normativamente a prestação de cuidados globais de saúde a adolescentes, criando um Projecto e, posteriormente um Núcleo de Saúde dos Adolescentes, com continuidade na actual Direcção Geral de Saúde. Nos anos seguintes são preconizadas várias medidas legislativas e orientações com incidência na saúde dos adolescentes. A **Lei de Bases de Saúde**, em Agosto de 1990, salienta o facto de os adolescentes constituírem um dos grupos sujeitos a maiores riscos, o documento **Saúde dos Adolescentes, Princípios Orientadores** publicado pela DGS em 1998 prevê programas e projectos na área da promoção da saúde dos adolescentes, incluindo estratégias modelos organizativos e princípios de boa prática, a **Estratégia da Saúde para 1998-2002** aponta a concretização de objectivos com impacto positivo na saúde dos adolescentes, e ainda o **Plano Nacional de Saúde de 2004** que cria um Programa Nacional de Saúde dos Jovens. Relacionados de forma mais directa com estilos de vida e comportamentos desta faixa etária surge em 1996 o **Programa tipo em Saúde Escolar**, de âmbito nacional, em 2000 surge o **Decreto-Lei nº259/2000**, que estabelece condições para a promoção da educação sexual e de acesso a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e planeamento familiar. Ainda em 2000 através de uma **Resolução da Assembleia da Republica** é preconizado um debate sobre factores de risco na adolescência e juventude, em 2003 a DGS publica **Saúde Juvenil no Masculino**, em 2004 a **Resolução da Assembleia da Republica** destaca medidas de prevenção no domínio da interrupção voluntária da gravidez.

A Direcção Geral de Saúde refere ainda que neste processo de empowerment *“A promoção de saúde juvenil pode, assim, constituir um investimento significativo em termos de ganhos de saúde no plano individual e colectivo, contribuindo para o bem-estar das populações”* (DGS, 2005:5).

A capacitação para tomar decisões, através da promoção e educação para a saúde deve ser desenvolvida ao longo da vida e pode ser realizada através das escolas, locais de trabalho, instituições de saúde, espaços comunitários.

Constata-se assim, uma preocupação crescente em relação aos problemas relacionados com a saúde dos jovens, tendo em vista o desenvolvimento saudável das populações jovens, factor muito relevante para a vida de uma comunidade.

“Entende-se o desenvolvimento, nestas idades, como um processo contínuo através do qual os indivíduos adquirem capacidades de satisfazer as suas necessidades e de incrementar as habilidades e competências pessoais, alargando as redes sociais de pertença” (DGS, 2005:10).

Este conceito depende para a sua concretização de um grande investimento em educação, prevenção e promoção da saúde uma vez que o que está em causa não é apenas a saúde actual mas sim o futuro, o que vai ser a vida futura. Os jovens devem eles próprios tornar-se promotores de saúde e activadores de mudança, mas para isso necessitam de adquirir a capacidade de projecção no futuro de forma a poderem perspectivar planos de vida a curto, médio e longo prazo (DGS, 2005).

As estratégias de promoção de saúde devem capacitar os indivíduos a fazer escolhas que lhes permitam uma vida mais saudável, de acordo com o projecto individual de vida. Para que os indivíduos tenham esta capacidade, é necessário desenvolver recursos e assegurar oportunidades de acesso à informação, que promovam estas decisões, que facultem poder

(empowerment) para controlarem a sua própria saúde, a das famílias e comunidades, Ottawa (1986).

A capacitação para tomar decisões, através da promoção e educação para a saúde deve ser desenvolvida ao longo da vida e pode ser realizada através das escolas, locais de trabalho, instituições de saúde, espaços comunitários.

3.4. PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA

Na década de 80, a educação para a saúde nas escolas, caracterizada pela tradicional transmissão de conhecimentos em áreas como nutrição, exercício físico, drogas, doenças sexualmente transmissíveis, tabaco, álcool, viu-se confrontada com um baixo impacto na mudança sustentada de comportamentos. Foi na década de 90 que a estratégia para a educação para a saúde na escola sofre alterações na sua concepção e implementação, acompanhando a evolução generalizada da educação para a saúde que surgiu após a carta de Ottawa (1986).

“A escola é uma instituição fundamental na construção do bem-estar e saúde das comunidades (...)” (ST Leger, 2001:197). A escola deve ser vista como uma forma de conceder aos jovens o conhecimento e as *“ferramentas”* que os capacitem para serem participantes activos nas escolhas benéficas à sua saúde e à saúde das comunidades. O papel das escolas deve ser visto como facilitador na aquisição de literacia da saúde como objectivo de educação para a saúde (ST Leger, 2001).

“O desenvolvimento curricular, em áreas tão diversas (...) com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco ou drogas, e prevenção da violência, nos diferentes níveis de ensino, tem sido apoiado pelas equipas de saúde escolar, sem no entanto terem sido produzidas orientações técnicas que normalizem a intervenção” (Ministério da Saúde, 2004:8).

“A estratégia de intervenção em saúde escolar no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assenta em actividades que devem se executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo” (Ministério da Saúde, 2004:9).

O desafio dos programas de promoção de saúde e da educação para a saúde está também associado à sua pertinência, como forma de atingir um determinado grau de eficácia. Devem privilegiar-se as acções que visem a participação activa dos indivíduos e o desenvolvimento pessoal e social para que eles se sintam habilitados a fazer escolhas entre os comportamentos de risco e comportamentos saudáveis. Segundo Matos (1998), não basta informar, os jovens geralmente estão bem informados, não conseguem é transformar os conhecimentos em comportamentos de saúde.

Para Raphael (2000:356), “a pertinência é necessária para reduzir a incertezas das tomadas de decisão. Os promotores de saúde precisam de responder às seguintes questões: Quais são os problemas de saúde? Quais são as causas desses problemas? Quais são as actividades de promoção de saúde que podem conduzir à solução desses problemas? Como é que sabemos se fomos pertinentes na resolução desses problemas de saúde?”

A aplicação prática destes conceitos de intervenção em promoção de saúde nos adolescentes implica uma viragem na abordagem unidimensional da doença que cuida dos problemas orgânicos centrando-se essencialmente nos aspectos curativos e que promove a implementação de programas verticais e isolados tais como a gravidez na adolescência, a violência, tabaco, álcool, e drogas (Traverso-Yépez e Pinheiro, 2002).

A intervenção nesta área deve portanto ser abrangente, centrar-se na saúde integral dos adolescentes tendo em conta o contexto sócio-económico. Implementar um programa de intervenção direccionado para os jovens no sentido de lhes reduzir o nível de vulnerabilidade, assim como contribuir para um desempenho social mais eficaz perante as solicitações a que estão permanentemente expostos, pode constituir uma aposta gratificante, possível de ser desenvolvida em contexto escolar, integrada no currículo académico.

Esta participação da escola pressupõe no entanto a definição de políticas de intervenção com o envolvimento de entidades governamentais, administração das escolas, dos professores, dos pais e dos alunos.

O investimento por parte do governo vai traduzir-se no futuro em populações mais saudáveis, mais habilitadas, e com maiores capacidades de contribuir para a evolução da sociedade.

Os pais como responsáveis pela grande influência que exercem nas escolhas dos seus filhos são também uma parceria crítica a desenvolver com a escola. Com o intuito de estabelecer uma maior efectividade das acções desenvolvidas junto dos adolescentes, os pais devem ser chamados a participar, de forma a tornar mais consolidada e mais consistente a intervenção, alargando-a para dentro do ambiente familiar.

Os pais muitas vezes atribuem o consumo de álcool dos seus filhos à pressão exercida pelos pares. Segundo Scaffa, (em Henderson, 1998), embora a pressão dos pares exista, e se manifeste intensamente na adolescência, é um fenómeno de curta duração não se podendo portanto atribuir somente a esta a causa do consumo de álcool. Existem segundo estudos efectuados evidências diferentes em relação às circunstâncias que determinam o consumo de álcool. Se a motivação para beber for a curiosidade e a experimentação, são os pares quem exerce maior influência, se a motivação estiver ligada a factores emocionais, psicológicos, sociais, então o envolvimento familiar exerce maior influência.

Geralmente os adolescentes organizam-se com os seus pares, de modo a terem compatibilidade de valores, de atitudes e comportamentos. Assim, reforçam as suas normas e sentem-se aceites. Se um adolescente se juntar a um grupo com normas de consumo de álcool está a aumentar o seu risco de se tornar ele também um consumidor. No entanto, a influência dos pares pode ser positiva e construtiva, promovendo atitudes e comportamentos saudáveis.

Scaffa, (em Henderson, 1998), refere que esta influência positiva deve ser usada e aproveitada nos programas de intervenção junto dos adolescentes. Estes devem incluir micro estratégias, tais como o aconselhamento individual na escola, mas também macro estratégias, tais como campanhas de publicidade contra o consumo de álcool e legislação mais eficaz. As intervenções que demonstram maior eficácia junto dos adolescentes incorporam uma abordagem emocional, focando a auto-estima, estratégias de coping, depressão, uma abordagem das capacidades interpessoais, focando a capacidade de comunicação e de fazer amigos, e uma abordagem ao ambiente sócio-económico, envolvendo os media, o modelo dos adultos e a sua influência, as políticas existentes, a legislação. Os programas obtêm maior sucesso se o alvo se concentrar mais nos múltiplos factores de risco e no desenvolvimento saudável dos jovens.

Os jovens necessitam de sentir que estão em segurança em casa, que têm um ambiente que lhes promove esse sentimento, assim como na escola e na comunidade onde vivem. Precisam também de sentir que estão inseridos numa estrutura social que lhes permite desenvolver capacidades pessoais, sociais e intelectuais. Precisam de estabelecer relações de amizade significativas com os seus pares, precisam de se sentir úteis, que contribuem em casa, na escola, na comunidade, desenvolvendo a sua auto-estima, precisam de oportunidades para exprimir as suas opiniões, de tomar decisões sobre as suas vidas, promovendo a autonomia e independência (Pittman e Cahill, 1992 em Henderson, 1998).

É neste sentido que a intervenção junto dos jovens deve ser assumida, numa perspectiva holística, nunca esquecendo o contexto sócio-económico e familiar e não deve somente ser responsabilidade da família conseguir este equilíbrio. As escolas devem ser co-responsáveis neste processo, através de micro estratégias de intervenção.

Nas últimas décadas tem havido uma grande preocupação em justificar a relevância da promoção da saúde. Nutbeam (1998), defende que existem várias interpretações para o que realmente pode definir o valor de um programa de promoção de saúde. A interpretação da população a quem é dirigido o programa, através da sua participação e das prioridades identificadas pela própria comunidade. A interpretação dos educadores de saúde que necessitam de estar aptos para ajuizar com confiança o sucesso do programa desenvolvido tendo em conta os objectivos previamente definidos e por outro lado a perspectiva dos decisores no sentido em que necessitam compreender a relevância do programa para poder tomar decisões, conseguir recursos e dos académicos para estabelecer a relação causa efeito destas intervenções e promover o conhecimento

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

Esta investigação decorreu no Colégio Valsassina, em Lisboa. A sua escolha relacionou-se, essencialmente, com o facto de existirem poucos estudos feitos sobre esta temática em colégios particulares. Também a facilidade de acesso ao Colégio por parte da investigadora fez com que a escolha recaísse neste estabelecimento de ensino.

As origens deste colégio remontam a 1898. Mas só desde Novembro de 1948 ocupa este espaço que é a Quinta das Teresinhas em Lisboa. Este constitui uma mais valia para os alunos que o frequentam uma vez que, para além dos edifícios em que são leccionadas as aulas, encontramos uma área exterior de grande dimensão que pode ser utilizada pelos alunos.

É frequentado por 1286 alunos de ambos os sexos e é ministrado ensino desde a Infantil ao ensino Secundário.

Desde 1976 que é reconhecido ao Colégio Paralelismo Pedagógico e desde 1985 é reconhecida Autonomia Pedagógica para todo o ensino.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo é feita a caracterização do estudo e a descrição das opções metodológicas feitas em função dos objectivos e com a perspectiva de entender melhor a realidade em questão.

Como refere Quivy & Campenhoudt (2005:15:19), *“Importa, acima de tudo, que o investigador seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é no seu sentido mais lato um método de trabalho”* e *“de modo a compreender melhor os significados de um comportamento ou de uma conduta (...)”*.

Para definir método de trabalho, Grawitz (1993, cit. em Carmo e Ferreira, 1998:175), menciona *“um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas”*.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Com esta investigação pretendeu-se perceber os níveis e o tipo de consumo de álcool na população adolescente e a sua ligação a variáveis como o género, a idade, o sexo, nº de reprovações, idade de iniciação de consumo, as crenças e conhecimentos sobre consequências do consumo, nível socio-económico, atitudes dos pais face ao consumo, influência dos pais, dos pares e dos *media* em relação ao consumo, funcionalidade da família, percepção da autonomia e amor facultados pelos pais e a importância dada pelos jovens à promoção da saúde como matéria integrada em contexto curricular.

Trata-se de um **estudo exploratório** “*porque se pretende reconhecer uma dada realidade, e levantar hipóteses de entendimento dessa mesma realidade*” segundo a classificação de Seltiz, Jahoda, Deutch e Cook (1967, cit. in Carmo e Ferreira, 1998:47).

É feita uma **investigação descritiva** que “*implica estudar, compreender e explicar a situação actual de objecto de investigação*” (Carmo e Ferreira, 1998:213) segundo a classificação de L.G.Gay, enquadrada no **positivismo lógico** uma vez que “*procura as causas dos fenómenos sociais (...)*”.

Assenta num **paradigma quantitativo** porque “postula uma concepção global positivista, hipotético-dedutiva, particularista, orientada para os resultados” (Carmo e Ferreira, 1998:177).

2.2. OBJECTO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

O objecto desta investigação é perceber os factores que estão associados ao consumo de álcool e o conhecimento que os adolescentes têm acerca das consequências deste. A tendência generalizada para o aumento do consumo de álcool nos jovens, em idades cada vez mais precoces, faz com que seja importante determinar o que leva estes jovens à iniciação, à manutenção e ao aumento do consumo de bebidas alcoólicas.

Para além dos factores pessoais, familiares e sociais que possam estar envolvidos, é importante determinar como se pode tentar inverter esta tendência através de acções de promoção de saúde veiculadas na escola em contexto curricular, tendo como objectivo, promover comportamentos e estilos de vida saudáveis nos jovens.

Neste contexto surge como pergunta de partida para esta investigação:

Qual o significado que os adolescentes, de um colégio em Lisboa, dão ao consumo de álcool?

De acordo com a problemática já definida, com as investigações já realizadas e com o objecto definido para este estudo, surgem como hipóteses de investigação aquelas que a seguir se descrevem:

- Será que o consumo dos adolescentes se diferencia em função de factores pessoais e familiares?
- Será que os adolescentes consideram a influência exercida pelos pais, pares ou *media* um factor predisponente ao consumo de bebidas alcoólicas?

- Será que os adolescentes têm conhecimentos sobre as consequências e riscos que advêm do consumo excessivo de álcool?

- Será que os adolescentes consideram importante a promoção da saúde, integrada no seu currículo escolar?

2.3. AMOSTRA

Carmo e Ferreira (1998:191), definem amostra como “(...) *uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo (...) de tal maneira que os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados*”.

Nesta investigação foi seleccionada uma **amostra não probabilística** que implica segundo Carmo e Ferreira (1998:197), a utilização de “(...) *critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades de população que fazem parte da amostra*”, através da técnica de **amostragem de conveniência** “(...) *utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível(...)*” (Carmo e Ferreira, 1998:197).

A amostra deste estudo é constituída por 149 adolescentes, 94 do sexo masculino e 55 do sexo feminino, que frequentam o ensino secundário, 10º, 11º e 12º anos, do Colégio Valsassina, em Lisboa. Têm idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. A sua caracterização mais alargada encontra-se no ponto 3.1. Caracterização da amostra.

2.4. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com o tipo de estudo e o contexto da investigação enquadrada num paradigma quantitativo, foi privilegiada a recolha de dados de natureza quantitativa, através do uso de inquérito por questionário.

Realizar um inquérito “*é interrogar um determinado nº de indivíduos tendo em vista uma generalização*” (Ghiglione e Matalon, 2005:2).

Segundo Carmo & Ferreira (1998:213), “*os dados numa investigação descritiva são normalmente recolhidos mediante administração de um questionário*”.

Para Polit et al (1986), o questionário deve ser interessante para o inquirido, construído com clareza, estimulando a sua colaboração e franqueza.

Esta escolha apresenta vantagens, nomeadamente ser mais rápido, poder ser aplicado a um grande número de sujeitos simultaneamente e ser anónimo. Este facto permite que os inquiridos se sintam mais à vontade e respondam com mais franqueza diminuindo assim, o risco de enfiamento.

2.5. INSTRUMENTO UTILIZADO

Os instrumentos utilizados foram integrados num conjunto de perguntas único constituindo o questionário aplicado aos jovens, adaptado do questionário utilizado por Frazão (2004).

São partes constituintes deste questionário:

Instrumento	Objectivo	Itens
Perguntas fechadas	Identificar dados sócio-demográficos; estatuto sócio-económico.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 8, 9.
Adaptado do Balding`s Health Related Behavior Questionnaire (Regis, 1990, cit. em Frazão, 2004).	Identificar hábitos de consumo pessoal, familiar, crenças e aceitação dos pais sobre o consumo dos adolescentes.	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23.
Escala de Likert	Identificar influência dos pais, pares e media sobre consumo de álcool, percebida pelos jovens	18, 19, 20, 21, 22.
Apgar Familiar	Avaliar a funcionalidade familiar	24
Estilos de vida/comportamentos saudáveis. Foram elaboradas duas questões fechadas e uma semi-aberta.	Avaliar a importância dada pelos adolescentes à existência de uma unidade curricular sobre promoção da saúde e qual as temáticas mais relevantes	25, 26, 27.

➤ **Dados sócio- demográficos**

Foi feita a sua análise através de perguntas sobre a idade, o sexo, o número de reprovações e a auto-avaliação dos resultados escolares. Também foram

feitas questões que permitiram caracterizar o agregado familiar quanto à sua composição e *nível sócio-económico*. Este é encontrado através dos indicadores *profissão* e *grau de escolaridade do pai ou da mãe*, considerando o que apresentava indicadores mais elevados.

Foram estabelecidos 5 níveis, de acordo com a tabela apresentada em anexo (Anexo 3), adaptada de Frazão (2004): Baixo; Médio Baixo; Médio; Médio Alto; Alto.

➤ **Consumo pessoal, familiar, crenças e aceitação dos pais sobre o consumo dos adolescentes**

Baseado no questionário de António Nunes Frazão, adaptado do Balding`s Health Related Behavior Questionnaire (Regis, 1990, cit. em Frazão, 2004).

Nesta investigação foi construído um instrumento, que embora adaptado do anteriormente mencionado, foi direccionado para o consumo de álcool, objecto deste estudo, incluindo-se itens relativos às consequências percebidas pelos jovens sobre este consumo.

Em relação aos hábitos de consumo pessoal pretendeu-se saber a idade de início, o tipo de bebidas, a quantidade e a frequência.

Os hábitos familiares referem-se, por um lado, ao tipo de consumo de cada um dos pais/ irmãos. Por outro, à aceitação dos pais e à percepção dos adolescentes sobre o seu consumo em determinadas circunstâncias.

Existem também questões para saber as opiniões sobre crenças, positivas e negativas, associadas ao consumo.

As crenças positivas traduzem-se pelas afirmações de maior confiança, sabor agradável, maior sociabilidade e animação, parecer mais adulto e efeito calmante.

As crenças negativas traduzem-se pelo desperdício de dinheiro, dependência, consequências para a saúde, agressividade e perda de controlo (constituem as consequências e risco).

➤ **Escala sobre influência dos pais, pares e *media* sobre consumo de álcool**

Foram elaboradas três questões com a formulação de uma Escala de Likert, em que as cotações vão de: muitas vezes com cotação 1 até nunca com cotação 5, sendo a cotação máxima a mais favorável.

➤ **Apgar Familiar**

O APGAR da família é um instrumento de avaliação destinado a reflectir a satisfação de cada membro. APGAR provém da língua Inglesa e significa **A**daptação (*Adaptation*), **P**articipação (*Partneship*), **C**rescimento (**G**rowth), **A**feição (*Affection*) e **R**esolução (*Resolve*).

Este instrumento, que consiste em 5 perguntas, avalia-se de acordo com uma pontuação. O inquirido pode assinalar uma de três escolhas, onde: “Quase sempre” equivale a 2 pontos, “Por vezes” tem a pontuação de 1 ponto e “Quase Nunca” reverte em 0 pontos.

Os diferentes totais devem ser comparados para ser avaliado o estado funcional da família.

O resultado de 7 a 10 sugere uma família com alto teor funcional.

O resultado de 4 a 6 sugere uma família moderadamente disfuncional.

O resultado de 0 a 3 sugere uma família severamente disfuncional.

Como refere Molina (2001, cit. em Frazão 2004), a funcionalidade da família é um factor de estabilidade familiar que contribui para a adopção de atitudes e comportamentos saudáveis. É um factor de protecção relativamente à predisposição para os comportamentos de risco, nos quais se incluem, os consumos excessivos de substâncias, como o álcool.

➤ **Estilos de vida/comportamentos saudáveis**

Para esta dimensão foram elaboradas três questões para avaliar a importância dada pelos adolescentes à existência de uma unidade curricular relativa à promoção da saúde. A mesma perspectiva uma intervenção dirigida aos jovens, integrada na escola, que promova estilos de vida/comportamentos saudáveis.

2.6. PROCEDIMENTOS

Foi feito o contacto directo, através de uma reunião, com o Director do Conselho Executivo e Pedagógico, no sentido de ser autorizada a realização do estudo e a respectiva aplicação do inquérito por questionário aos alunos do 10º, 11º e 12º anos durante um tempo lectivo. O pedido foi posteriormente formalizado por carta e autorizado (Anexo 1).

O questionário desta investigação, resultante da consulta e pesquisa feitas a instrumentos já utilizados e validados, foi submetido a um pré-teste, com a finalidade de perceber a existência de dúvidas relacionadas com a clareza e pertinência das questões, assim como, o tempo despendido na sua execução. A versão final encontra-se em anexo (Anexo 2).

Foi realizado um pré-teste com o instrumento de recolha de dados elaborado, no sentido de, verificar a sua aplicabilidade e de verificar se estava de acordo com os objectivos formulados. Foi também observada a compreensão das questões e aceitação do questionário por parte dos inquiridos. O tempo médio para a realização do questionário foi de 20 minutos.

A recolha de dados realizou-se em Outubro de 2007, utilizando parte de um tempo lectivo cedido para o efeito, na sala de aula da turma.

Depois de feita uma breve apresentação pessoal e comunicados os objectivos do trabalho, foi assegurada a confidencialidade explicando que as informações recolhidas apenas interessavam para tratamento estatístico e que quando acabassem o preenchimento do questionário o deveriam depositar no envelope presente para o efeito.

Solicitada a colaboração de todos, mas salientado que a participação era voluntária, foi feita uma apresentação geral do questionário, referindo que deveriam ler a folha de rosto antes de começar a responder.

Agradecida a colaboração antecipadamente, foi feita a distribuição dos questionários solicitando-se o seu preenchimento imediato.

2.7. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico dos dados obtidos foi feito através do programa informático SPSS versão 15®. Os dados foram tratados utilizando estatística descritiva e inferencial.

A área de estudo sobre inferência estatística consiste no conjunto de métodos utilizados para que seja possível tomar decisões ou retirar conclusões acerca de uma população.

Estes métodos utilizam a informação contida na amostra seleccionada da população.

Dentro da inferência estatística tem-se a área relativa aos testes de hipótese que é a utilizada neste capítulo, uma vez que o que se pretende é testar hipóteses de interesse para o estudo.

Podem ser utilizados testes paramétricos ou testes não paramétricos para a comparação entre os grupos sendo que, sempre que possível, se utilizam os paramétricos por serem mais robustos e se obterem resultados mais fiáveis.

A utilização de testes paramétricos está sujeita à verificação de pressupostos, tais como a normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias de cada grupo. Quando a dimensão de cada grupo é suficientemente grande ($n \geq 30$), mesmo que os pressupostos não sejam satisfeitos, podem utilizar-se os testes paramétricos (devido à sua robustez originam conclusões de confiança).

Quando falham estes pressupostos ou quando a dimensão dos dados não é suficientemente grande, então utilizam-se os testes não paramétricos.

Para verificar se os dados de cada grupo provêm de uma distribuição normal é usado o *teste de Kolmogorov-Smirnov* (no caso de amostras com dimensão menor que 30 utiliza-se o *teste de Shapiro-Wilk*) que apresenta como hipóteses:

H_0 : Os dados seguem uma distribuição normal

vs

H_1 : Os dados não seguem uma distribuição normal.

Para a comparação de duas amostras independentes (dois grupos, tal como masculino e feminino) o teste paramétrico adequado é o *teste-t* de comparação de médias e tem como hipóteses:

H_0 : As médias dos dois grupos em estudo são iguais

vs

H_1 : As médias dos dois grupos em estudo são diferentes

O *teste Mann-Whitney* é o teste não paramétrico utilizado para a comparação de duas amostras independentes. É um dos testes não-paramétricos mais robustos e constitui uma boa alternativa ao *teste-t* de comparação de médias quando não se pode assumir a normalidade dos dados.

Neste teste a variável de interesse é medida numa escala susceptível de ser ordenada com subsequente atribuição de ordens ou *ranks*. O teste realizado é bilateral e apresenta as seguintes hipóteses:

H_0 : Os dados dos dois grupos em estudo são homogéneos

vs

H_1 : Os dados dos dois grupos em estudo não são homogéneos

A comparação, por exemplo, entre os grupos *ano lectivo* e *tipo de família* pressupõe a comparação entre mais do que duas amostras independentes, logo o teste a utilizar não pode ser o mesmo.

Nesta situação o teste não paramétrico adequado é o *teste de Kruskal Wallis*, pois existem grupos que têm uma dimensão muito pequena. Também neste teste, à variável de interesse são atribuídos *ranks*.

Os testes realizados apresentam as seguintes hipóteses:

H₀: Os dados dos grupos são homogéneos

vs

H₁: Existe pelo menos um grupo que difere dos restantes

Para cada um dos testes realizados considerou-se um nível de significância (α) igual a 0,05, o que representa que as decisões são tomadas com 95% de confiança.

Desta forma, rejeita-se a hipótese nula (H₀) quando $\alpha \geq p\text{-value}$ (valor obtido no teste a partir do SPSS).

Foi também utilizado o *teste de correlação de Pearson*. Este teste permite verificar a existência de associação ou não entre duas variáveis e é bastante útil para determinar a força e direcção dessa associação.

As hipóteses subjacentes a este teste são:

H₀: Não existe uma relação entre as duas variáveis

vs

H₁: Existe uma relação entre as duas variáveis

O coeficiente de correlação varia entre -1 e 1. Valores muito próximos de 1 indicam uma associação muito forte entre as variáveis (associação positiva).

Por outro lado, valores muito próximos de -1 mostram uma associação muito forte, mas negativa.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 149 adolescentes, 94 do sexo masculino e 55 do sexo feminino, que frequentam o ensino secundário, 10º, 11º e 12º anos, do Colégio Valsassina, em Lisboa.

Através da primeira parte do questionário foi possível obter informações relacionadas com os dados sócio demográficos dos participantes. Para além disso resultaram dados acerca da família que rodeia os inquiridos.

➤ Ano

A observação do gráfico permite visualizar que a maioria dos estudantes, 53,02%, encontram-se no 10º ano do ensino secundário. A frequentar o 11º ano foram inquiridos 28,19% e numa quantidade menor foram recolhidas opiniões a 18,79% de estudantes do 12º ano.

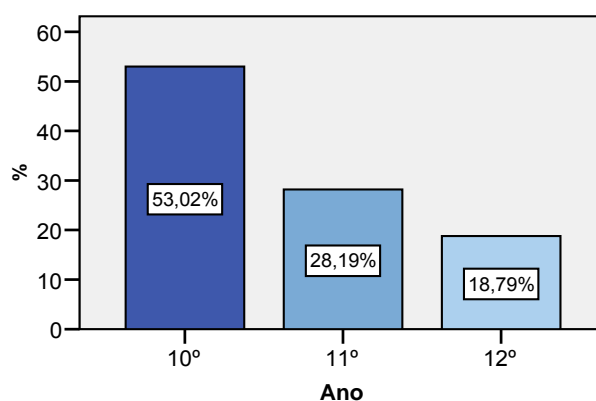


Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com o ano lectivo

➤ Idade

Uma vez que o estudo se limita a estudantes do ensino secundário, a amplitude de idades é pequena. Ou seja, as idades estão compreendidas entre os 14 e os 18 anos e a média é de 15,51. A observação deste gráfico permite verificar que a grande maioria (48,99%) tem 15 anos.

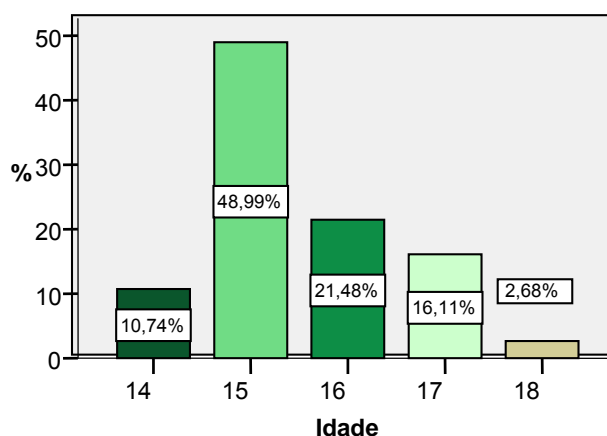


Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com a idade

➤ Sexo

A amostra é na sua maioria masculina, com uma percentagem de 63,09%, que corresponde a 94 rapazes na amostra. A percentagem de raparigas na amostra é de 36,91%, ou seja 55 raparigas.

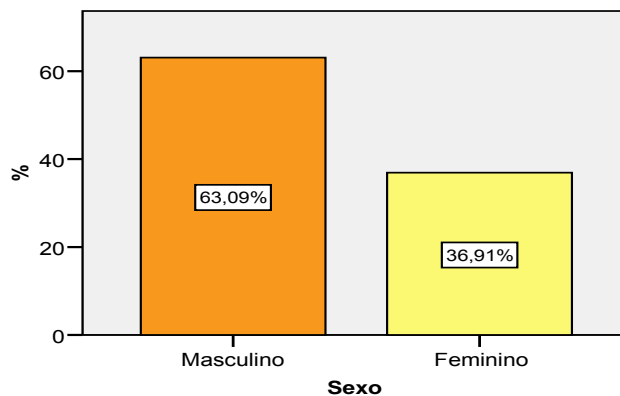


Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com o género

➤ **Já reprovaste algum ano?**

Em relação à reprovação nos anos escolares, está-se perante uma taxa muito baixa (6,06%). Isto significa que 93,92% dos estudantes nunca ficaram retidos em nenhum ano escolar.

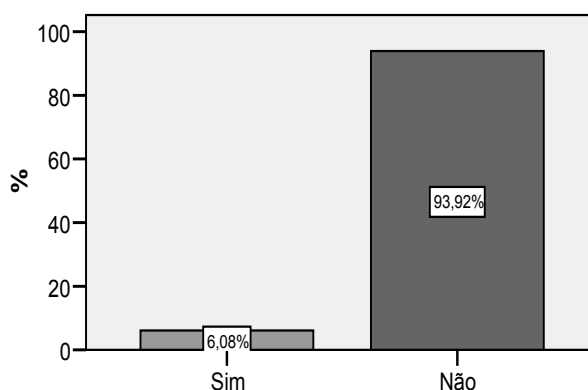


Gráfico 4. Frequência relativa da pergunta "Já reprovaste algum ano?"

➤ **Qual/quais e quantas vezes?**

Apesar da taxa de reprovação ser muito pequena, verificou-se que é no 11º ano que existem mais reprovações (33,33%), seguido do 10º e 8º anos (22,22%).

Os estudantes que reprovaram apenas o fizeram uma vez, com a exceção de um inquirido que reprovou duas vezes no 10º ano.

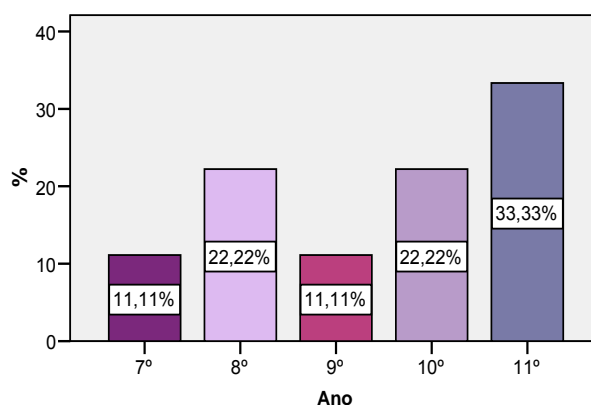


Gráfico 5. Distribuição da amostra de acordo com o ano reprovado

➤ **Resultados escolares comparados com os colegas da turma**

Em relação aos resultados escolares, 55,48% dos estudantes dizem encontrar-se na *terça parte mediana da sua turma*. Em seguida estão os inquiridos que acreditam pertencer à *melhor terça parte da turma* (41,78%). Por último, apenas 2,74% dos alunos afirmam estar inseridos na *terça parte inferior da turma*.

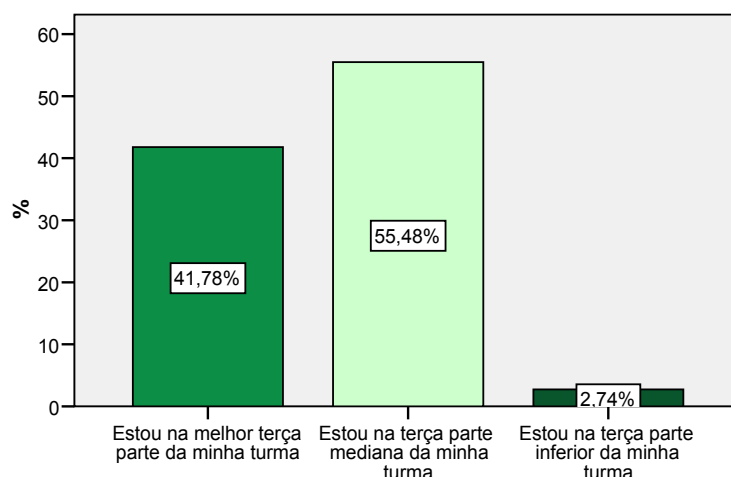


Gráfico 6. Distribuição da amostra em relação aos resultados escolares

➤ **Quem vive contigo na tua casa?**

O gráfico 7 apenas apresenta os casos com mais frequência. Assim, observa-se que a maioria dos alunos vive com o Pai, a Mãe e apenas um irmão (39,60%). Viver com pai, Mãe e mais do que um irmão (14,09%) e viver apenas com o Pai e Mãe (13,42) são as situações seguintes que acontecem com mais frequência.

Pode verificar-se que existem bastantes alunos que vivem com a Mãe e um irmão (6,71%), Mãe (6,71%) e Mãe e mais do que um irmão (2,68%).

Além disso, verificou-se uma situação particular de um estudante que tem pais adotivos.

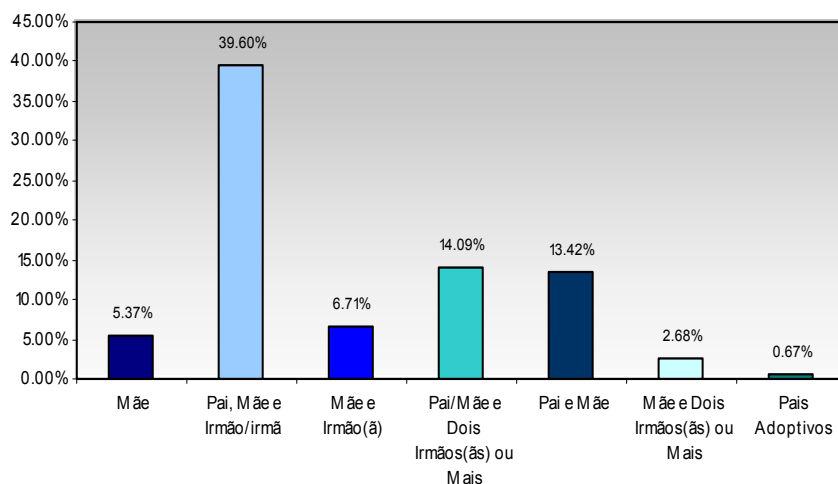


Gráfico 7. Distribuição da amostra em relação às pessoas com quem vive em casa

➤ Não vivo com o Pai ou com a Mãe porque?

De entre os vários motivos que podem levar uma família a não viver em conjunto, o motivo que se destaca (gráfico 8) é o facto dos pais se encontrarem divorciados/separados (65,62%). O falecimento de um dos pais, com 25%, é o segundo factor que leva à vivência só com um dos pais.

Por fim, pode verificar-se que a emigração (6,25%) e o trabalho de um dos pais (3,12%), que muitas vezes é o que leva à emigração também estão contemplados nos motivos para a não convivência diária com ambos os pais.

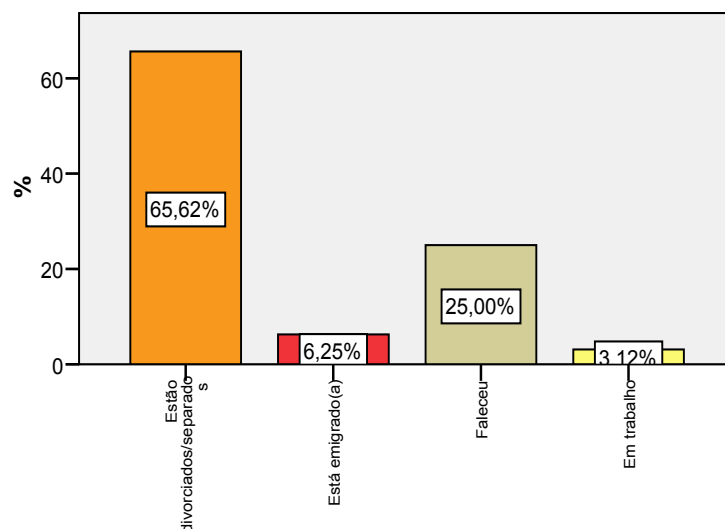


Gráfico 8. Distribuição da amostra em relação aos motivos que levam a não viver com o Pai ou com a Mãe

➤ Tipo de Família

O Tipo de Família é uma variável construída a partir da resposta à pergunta anterior.

Assim, de acordo com o gráfico 9, a maioria das famílias (74,13%) são *intactas*, ou seja são constituídas pelo pai e mãe.

De seguida encontram-se as *famílias monoparentais* que existem com uma percentagem de 20,28%. Estas famílias caracterizam-se por serem constituídas apenas pelo pai ou pela mãe.

A *família reconstituída* surge da união da mãe ou do pai com um companheiro ou companheira, respectivamente, e 4,9% das famílias em estudo estão nesta situação.

As famílias pertencentes a *outro tipo* são uma minoria (0,7%) e aqui incluem-se as famílias das quais não faz parte nem o pai nem a mãe.

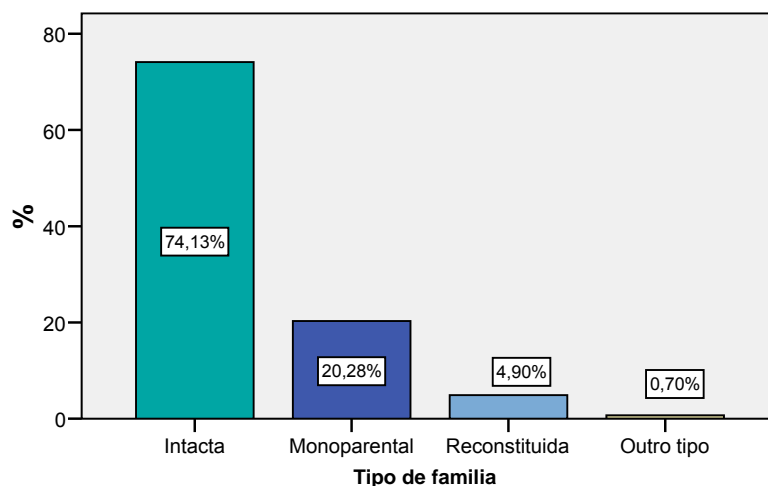


Gráfico 9. Tipo de família

➤ Tipo de trabalho dos Pais

Em relação ao tipo de actividade de cada um dos pais, os gráficos abaixo permitem observar que a maioria, tanto Pai como Mãe, trabalham por conta de outrem. No entanto, é bastante visível que há muito mais Pais a trabalharem por conta própria (47,48%) do que Mães (28,78%)

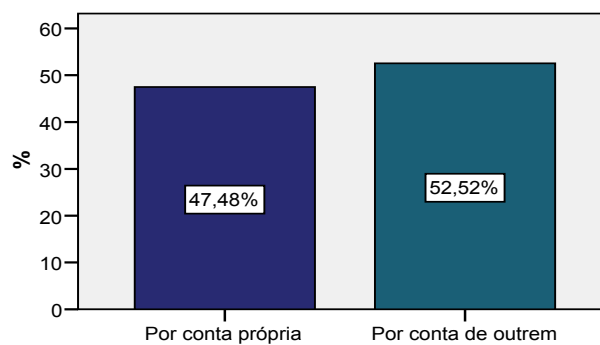


Gráfico 10. Tipo de trabalho do Pai

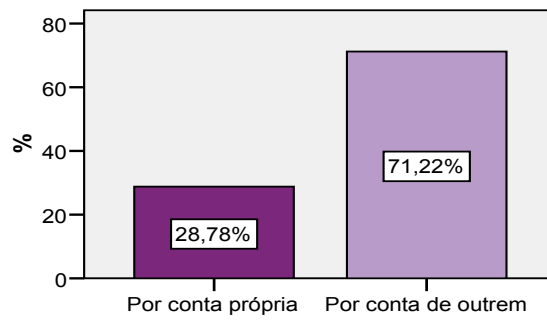


Gráfico 11. Tipo de trabalho da Mãe

➤ **Actividade profissional do Pai**

No que respeita à actividade profissional do Pai, verifica-se que a maioria está ligado à área da Engenharia (18,70%). Em seguida, observa-se que as principais actividades estão relacionadas com as áreas Empresarial (8,05%), Economia (6,71%) e Medicina (6,04%).

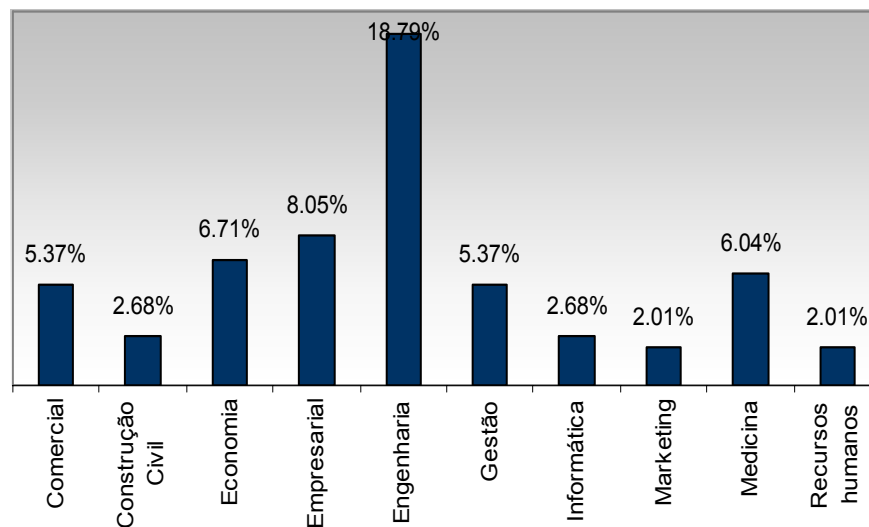


Gráfico 12. Actividade profissional do pai

➤ Actividade profissional da Mãe

A Mãe apresenta, em relação à área profissional, um panorama um pouco diferente. Assim, de acordo com o gráfico 13, apresentado, a actividade mais apreciada é o Ensino (11,41%).

Em seguida, as actividades mais exercidas são nas áreas Empresarial (6,71%), de Medicina (6,04%), Engenharia (4,70%) e de Economia e Comercial (ambas com 4,03%).

De notar que existe uma mãe que já está reformada e 1,34% de Mães estão no desemprego. É também de salientar que 3,36% das mães não trabalham fora de casa.

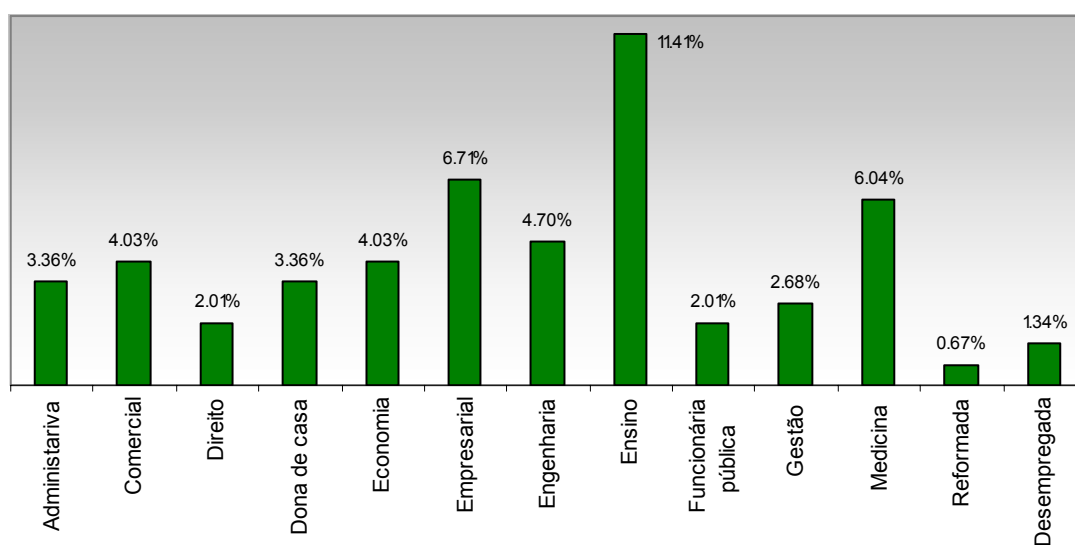


Gráfico 13. Actividade profissional da mãe

➤ Nível de escolaridade do Pai

Em relação ao nível de escolaridade do Pai, 95,18% dos Pais tem uma formação igual ou superior ao 12º ano e a maioria tem um curso Superior (68,28%).

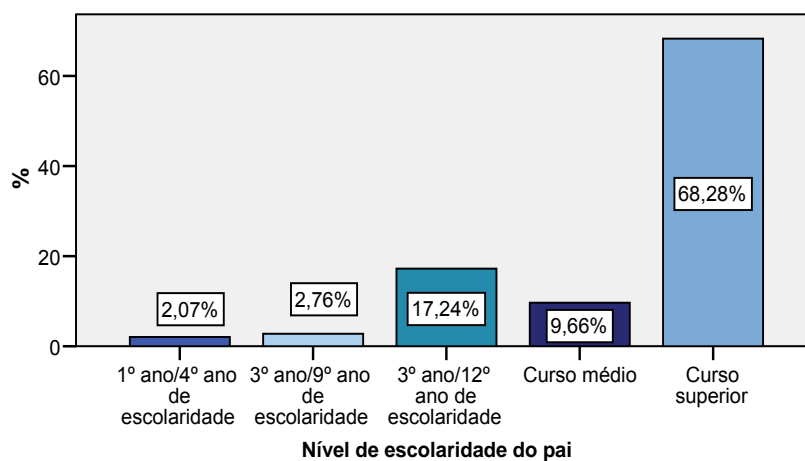


Gráfico 14. Actividade profissional da mãe

➤ Nível de escolaridade da Mãe

Pelo gráfico 15, pode inferir-se que 95,89 % das Mães têm uma formação académica igual ou superior ao 12º ano de escolaridade. Destas, 63,70% completaram um Curso superior e 11,64% um Curso médio.

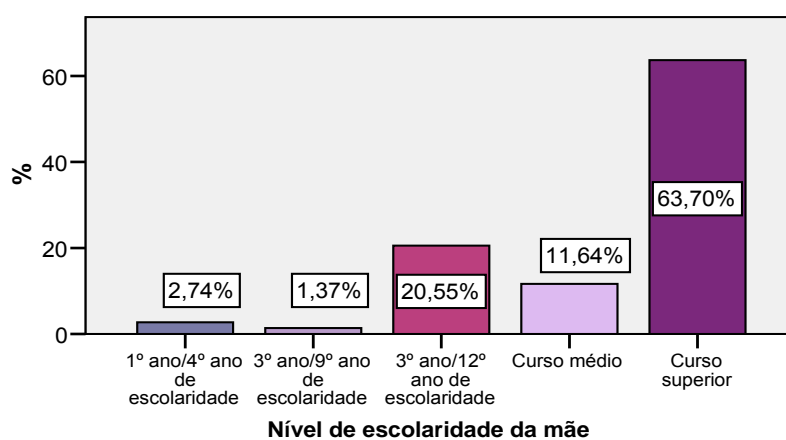


Gráfico 15. Nível de escolaridade da mãe

➤ **Estatuto Sócio-Económico**

Tabela 1 Estatuto Sócio-económico

Estatuto Socio-económico	Frequência	Percentagens
Nível Alto	83	56%
Nível Médio-Alto	60	40%
Nível Médio	4	3%
Nível Baixo	1	0,67%

De acordo com a tabela de avaliação do estatuto sócio-económico, adaptada de Frazão (2004), esta indica que a maioria das famílias, ou seja 56%, pertencem a um nível económico *Alto*. Verifica-se que 40% das famílias se encontram num nível económico *Médio-Alto*. Observa-se também que só 3% das famílias pertencem ao nível económico *Médio* e apenas 1 família é classificada como pertencente ao nível económico *Baixo*.

3.2. ANÁLISE DESCRITIVA

Consumo pessoal, familiar, crenças e aceitação dos pais sobre consumo dos adolescentes

➤ Hábitos familiares

Pela tabela 2 conclui-se que os pais têm o hábito de beber à refeição e que os irmãos bebem principalmente em festas.

Tabela 2. Hábitos familiares de consumo de bebidas alcoólicas

	Pai	Mãe	Irmã(o)
Bebe sempre à refeição	20,13%	4,69%	0,67%
Bebe às vezes à refeição	46,97%	41,61%	6,04%
Bebe só em festas /ou quando vai sair	20,13%	31,54%	28,18%
Não bebe / Deixou de beber	1,34%	10,06%	9,39%

➤ Hábitos pessoais

Através da análise do gráfico 16 pode dizer-se que a maioria dos adolescentes inquiridos bebe em festas e comemorações e que só uma percentagem pequena dos jovens nunca bebeu.

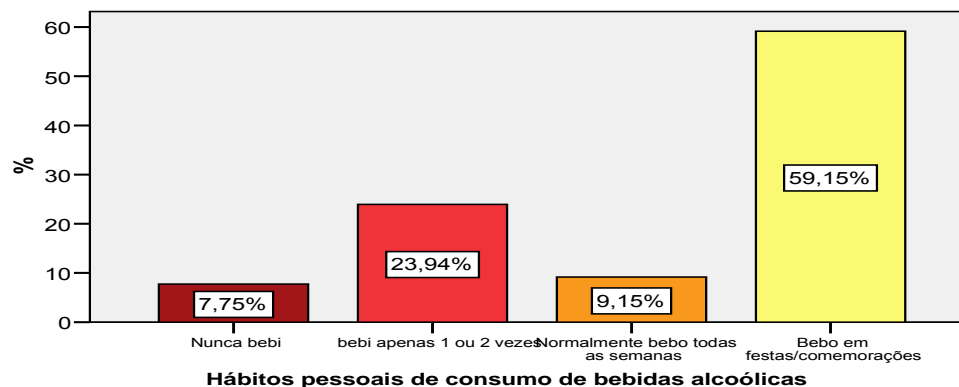


Gráfico 16. Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas

➤ **Idade de início de consumo de bebidas alcoólicas**

Pelo gráfico 17, pode inferir-se que 38,93 % dos jovens começaram a beber aos 14 anos e que 21,37% beberam pela primeira vez aos 13 anos. De notar que cerca de 8% começaram a beber aos 16 anos ou depois.

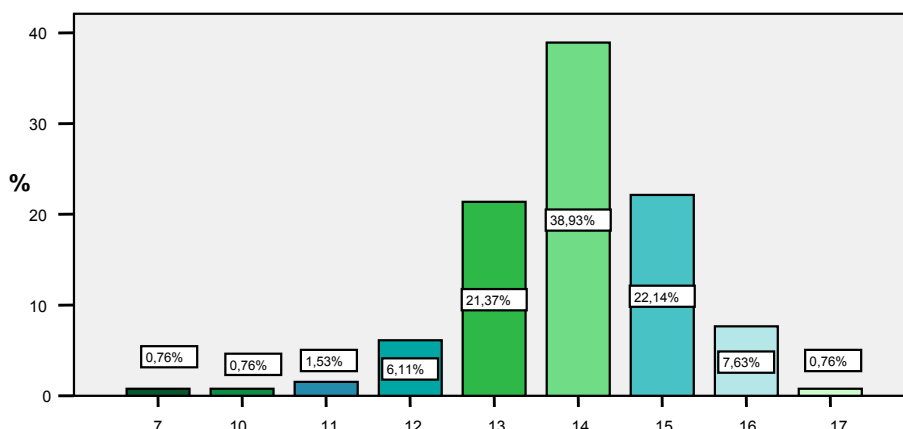


Gráfico 17. Idade de início de consumo de bebidas alcoólicas

➤ **Dias em que normalmente bebes**

Pela análise do gráfico 18 verifica-se que 46,23% dos jovens bebem na sexta-feira e 27,36% bebem na sexta e sábado. Cerca de 12% bebem na sexta-feira, no sábado e no domingo.

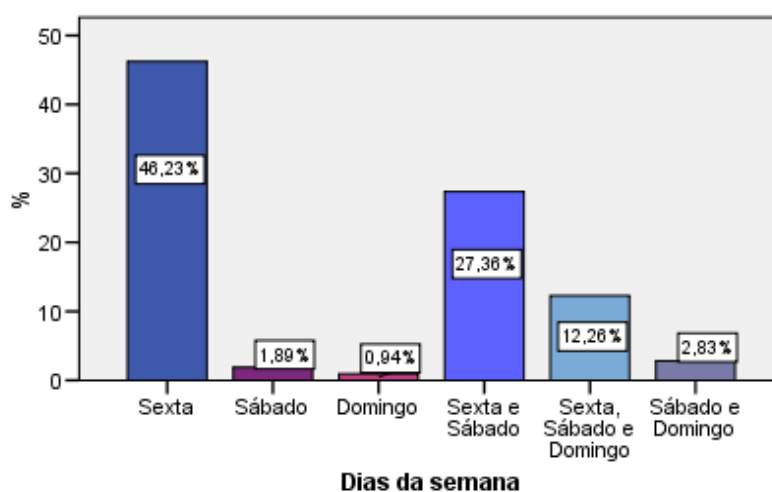


Gráfico 18. Dias normais de consumo de bebidas alcoólicas

➤ **Frequência de consumo durante a semana**

A maioria dos inquiridos, cerca de 78,46%, não bebe durante a semana e apenas 11,5% bebe 1 a 2 copos.

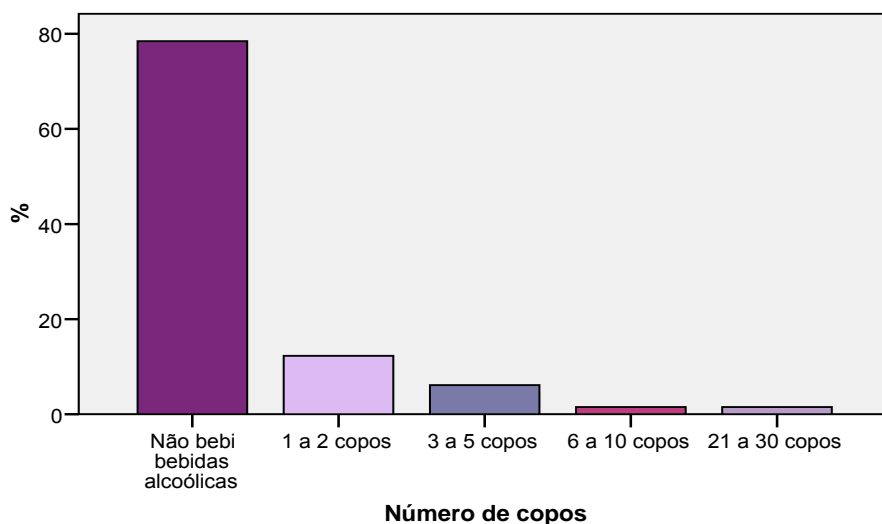


Gráfico 19. Frequência de consumo de álcool, em copos, durante a semana

➤ **Frequência de consumo durante o fim-de-semana (de sexta a domingo)**

Pelo gráfico 20 verifica-se que 38,85% dos adolescentes bebe entre 1 a 2 copos durante o fim-de-semana e que 28,78% não bebem bebidas alcoólicas.

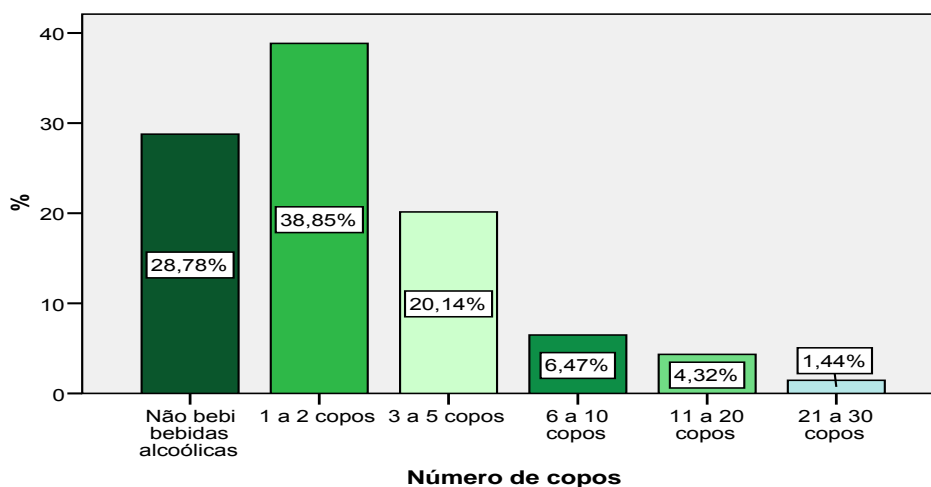


Gráfico 20. Frequência de consumo de álcool, em copos, durante o fim-de-semana

➤ Tipos de bebidas

Pelo gráfico 21 pode inferir-se que 52,29% dos jovens bebe cerveja, cerca de 50% bebe whisky/gin/vodka, 32,18% bebe champanhe, 30% bebem shots, 18% bebem cocktails e 14,7% bebem vinho.

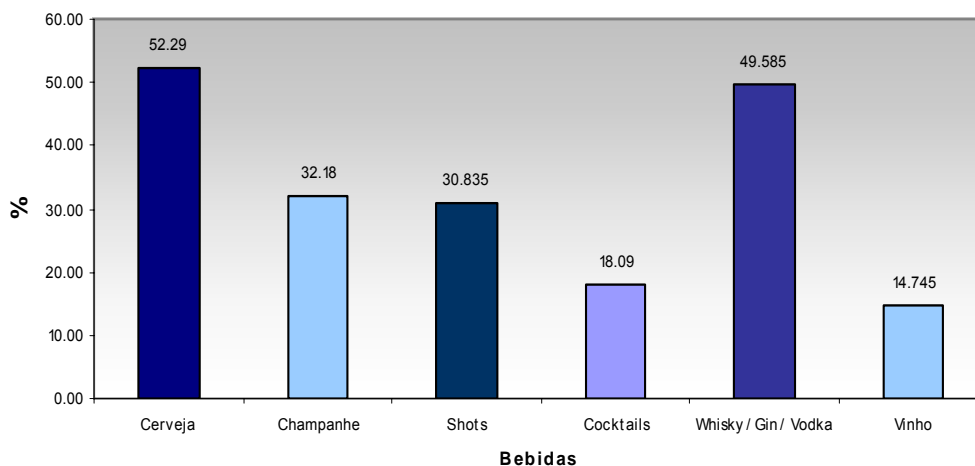


Gráfico 21. Bebidas alcoólicas preferidas para consumo

➤ Opinião sobre o acto de beber

A maioria dos jovens considera as bebidas alcoólicas *agradáveis* (46,28%) e cerca de 31% não as acham *nem agradáveis nem desagradáveis*.

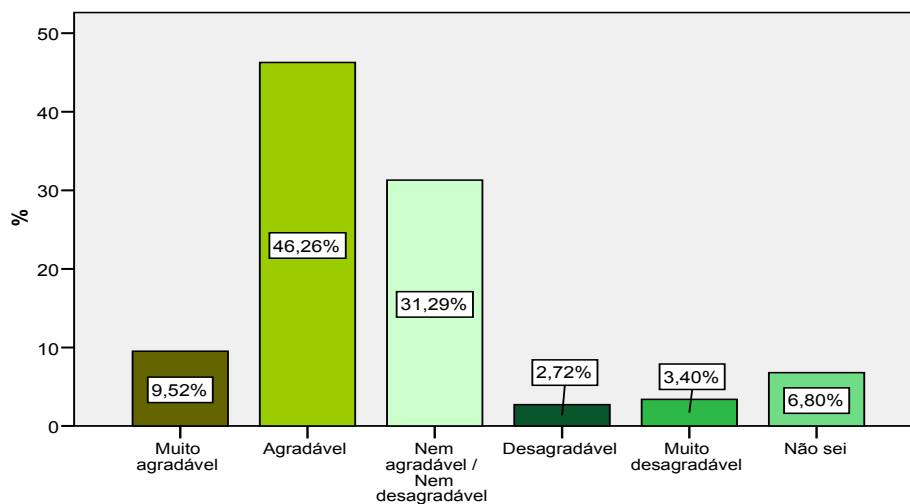


Gráfico 22. Opinião sobre o acto de beber

➤ **Em que circunstâncias os teus pais aceitam que tu bebas**

Segundo os jovens inquiridos, 55,03% dos pais não aceitam que os seus filhos bebam em casa sozinhos e 39,59% aceitam que eles bebam em casa com a família. No entanto, 30,87% não permitem. A maioria concorda que os filhos bebam numa festa em casa, numa festa com os amigos ou numa discoteca (45,63%, 50,33%, 50,33 respectivamente) (tabela 3).

Tabela 3. Situações em que os pais aceitam que os filhos bebam bebidas alcoólicas

	Sim (%)	Não (%)	Não Sei (%)	
Pai	Sozinho em casa	8.05	55.03	27.51
	Em casa com a família	39.59	30.87	21.47
	Com amigos em casa	23.48	40.26	26.84
	Numa festa em casa	45.63	26.84	19.46
	Numa festa com os amigos	50.33	23.48	18.79
	Nas discotecas	50.33	18.79	24.83
	Mãe	Sozinho em casa	6.04	62.41
Em casa com a família		35.57	38.25	19.46
Com amigos em casa		20.13	48.32	24.83
Numa festa em casa		40.93	30.87	22.81
Numa festa com os amigos		50.33	25.50	20.13
Nas discotecas		48.99	24.16	21.47

Em relação às mães a situação é semelhante apesar dos números serem um pouco diferentes. A grande maioria das mães não permite que os filhos bebam em casa sózinhos ou com os amigos (62,41% e 48,32%). Cerca de metade compreende que os filhos bebam bebidas alcoólicas em festas ou em discotecas (50,33% e 48,99%, respectivamente) (tabela 3).

➤ **Quantas pessoas conheces que bebem**

Pelo gráfico 23 conclui-se que 35,57% dos jovens afirmam que a maioria das pessoas que conhecem bebem, 30,20% diz que mais de metade das pessoas que conhece bebe, 20,81% diz que metade das pessoas que conhece bebe e apenas 1,34% dos inquiridos conhece poucas pessoas que bebem.

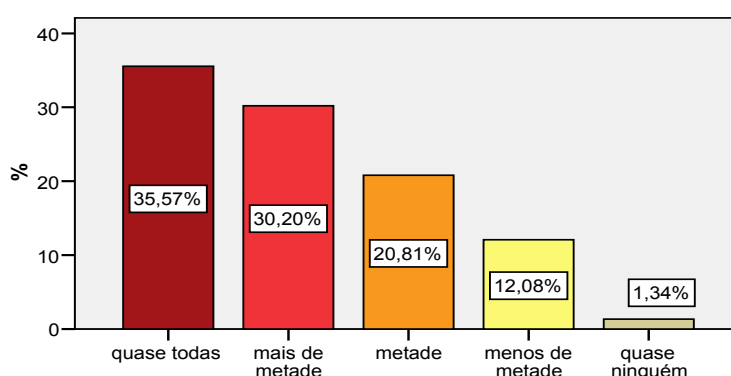


Gráfico 23. Número de pessoas conhecidas que bebem bebidas alcoólicas

➤ **Em que situações te sentes capaz de não beber?**

Pela análise da tabela 4 conclui-se que 55,03% dos jovens têm a certeza que não bebem quando estão com pessoas que bebem e apenas 4,7% têm a certeza que bebem nessa situação.

Quando estão com amigos que estão a beber, 36,91% têm a certeza que não bebem, 23,49% têm alguma certeza que não bebem e 5,37% têm a certeza que bebem.

Quando lhes oferecem uma bebida, 40,27% têm a certeza que não bebem e 3,34% têm a certeza que bebem.

Quando saem com os amigos à noite 30,87% têm a certeza que não bebem, 27,52% têm alguma certeza que bebem e 14,10% têm a certeza que bebem.

Quando estão numa discoteca 30,2% têm a certeza que não bebem, 25,50% têm alguma certeza que bebem e 14,10% têm a certeza que bebem e quando saem com os amigos à tarde a grande maioria tem a certeza que não bebe (74,51%).

Tabela 4. Situações onde os adolescentes se sentem capazes de não beber

	Tenho a certeza que não bebo	Tenho alguma certeza que não bebo	Não sei	Tenho alguma certeza que bebo	Tenho a certeza que bebo
Quando estás com pessoas que bebem és capaz de não beber?	55.03%	14.77%	10.1%	15.44%	4.70%
Quando estás com amigos que estão a beber és capaz de não beber?	36.91%	23.49%	13.4%	20.81%	5.37%
Quando te oferecem um copo és capaz de não beber?	40.27%	18.8%	21.5%	16.11%	3.34%
Quando saís com os teus amigos à noite és capaz de não beber?	30.87%	17.45%	10.1%	27.52%	14.10%
Quando estás na discoteca com os teus amigos és capaz de não beber?	30.2%	18.79%	11.4%	25.50%	14.10%
Quando saís com os teus amigos à tarde és capaz de não beber?	74.51%	11.41%	7.38%	6.04%	0.00%

➤ Opinião sobre consequências do consumo de álcool

De acordo com a tabela 5, a maioria dos jovens conhece as consequências do consumo de álcool. Por um lado, verifica-se que, relativamente às crenças negativas, a maioria *concorda totalmente/concorda* que o álcool pode:

- ✓ Provocar quedas com maior ou menor gravidade (93,92%);
- ✓ Provocar comportamentos sexuais de risco (85,91%);

- ✓ Provocar dependência (64,86%);
- ✓ Provocar o coma (97,30%);
- ✓ Provocar alterações de memória significativas (77,86%);
- ✓ Provocar a morte (79,19%);
- ✓ Provocar aumento da incidência de gravidez (65,99%);
- ✓ Prejudicar o fígado (95,97%);
- ✓ Causar atropelamentos (91,95%);
- ✓ Provocar agressividade (92,62%);
- ✓ Provocar acidentes de viação (91,95%);
- ✓ Prejudicar o cérebro (87,24%);

Por outro lado, relativamente a crenças positivas, a maioria *concorda totalmente/concorda* que o álcool:

- ✓ Ajuda a ficar-se mais animado (78,87%);
- ✓ Tem um sabor bom/agradável (79,16%);

Verifica-se também, que 46,31% dos jovens *concorda totalmente/concorda* que ajuda a ficar mais sociável e 45,20% que ajuda a ficar mais confiante.

Por fim, é de salientar que, há jovens que referem discordar/discordar totalmente que o álcool possa:

- ✓ Provocar comportamentos sexuais de risco (14,10%);
- ✓ Poder provocar o aumento da incidência de gravidez na adolescência (34,01%);
- ✓ Provocar dependência (34,46%);
- ✓ Provocar a morte (34,01%);
- ✓ Provocar alterações de memória significativas (21,47%).

Tabela 5. Opinião sobre afirmações comuns acerca do consumo de álcool

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
A bebida ajuda a ficar-se mais sociável	10.74%	35.57%	29.53%	24.16%
As bebidas alcoólicas podem provocar quedas com maior ou menor gravidade	35.81%	58.11%	5.41%	0.68%
As bebidas alcoólicas podem provocar comportamentos sexuais de risco	38.93%	46.98%	10.07%	4.03%
Beber faz um indivíduo sentir-se mais homem/mulher	2.68%	8.72%	50.34%	38.26%
As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro	12.93%	29.25%	47.62%	10.20%
As bebidas alcoólicas ajudam a acalmar	4.05%	20.27%	39.86%	35.81%
Quem bebe corre o risco de ficar dependente e de se tornar alcoólico	26.35%	38.51%	27.03%	7.43%
As bebidas alcoólicas podem provocar o coma	52.03%	45.27%	2.70%	0.00%
As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado	32.89%	45.98%	12.08%	1.34%
As bebidas alcoólicas podem provocar alterações de memória significativas	20.81%	57.05%	19.46%	2.01%
As bebidas alcoólicas podem provocar a morte	31.54%	47.65%	16.78%	4.03%
As bebidas alcoólicas ajudam a sentir-se mais confiante	7.53%	37.67%	34.93%	19.18%
As bebidas alcoólicas provocam aumento de incidência da gravidez na adolescência	21.09%	44.90%	30.61%	3.40%
As bebidas alcoólicas podem prejudicar o fígado	65.10%	30.87%	2.01%	1.34%
As bebidas alcoólicas podem causar atropelamentos	41.61%	50.34%	7.38%	0.00%
Quem bebe pode ficar mais agressivo e envolver-se em brigas	45.64%	46.98%	6.71%	0.00%
É bom/ agradável o sabor das bebidas alcoólicas	21.48%	51.68%	14.76%	8.05%
As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a fazer e a dizer coisa que não queria	21.48%	57.71%	16.11%	1.34%
As bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposta	14.10%	36.91%	40.94%	6.04%

As bebidas alcoólicas podem causar acidentes de viação	56.38%	35.57%	3.36%	2.68%
As bebidas alcoólicas alimentam	4.03%	8.72%	34.90%	51.00%
As bebidas alcoólicas podem prejudicar o cérebro	43.62%	43.62%	9.40%	2.68%

➤ **APGAR Familiar**

Tabela 6. Classificação do tipo de família através do questionário APGAR familiar

Pontuação	Frequência relativa
Família severamente disfuncional (7 a 10 pontos)	2,0%
Família moderadamente funcional (4 a 6 pontos)	20,1%
Família com alto teor funcional (0 a 3 pontos)	74,5%

A análise da tabela 6 permite verificar que a maioria das famílias apresenta um alto teor funcional (74,5%). Com uma percentagem de 20,1% encontram-se as famílias que apresentam um nível funcional moderado. Ainda que com um valor pequeno, existem 2% de famílias disfuncionais.

➤ **Influência dos pais, pares e *media* sobre consumo de álcool**

Alguma vez te sentiste pressionado pelos teus amigos para beber?

Pelo gráfico 24 a maioria dos inquiridos nunca se sentiu pressionada pelos amigos para beber (cerca de 52%) e 29,53% sentiram-se raras vezes.

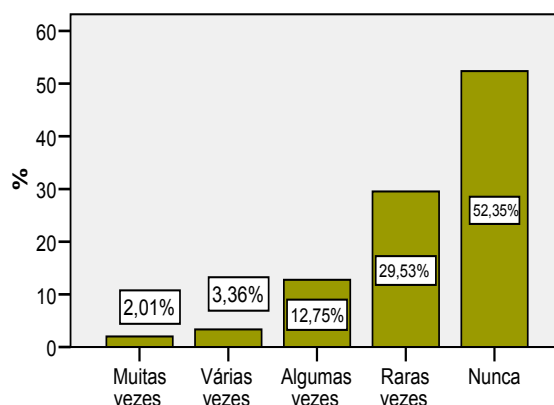


Gráfico 24. Opinião sobre a influência dos amigos no consumo de álcool

Alguma vez te sentiste pressionado pela publicidade para beber?

Pelo gráfico 25, conclui-se que são poucos os adolescentes que já se sentiram pressionados pela publicidade a beberem (apenas 0,67%), enquanto que 74,50% nunca se sentiram pressionados.

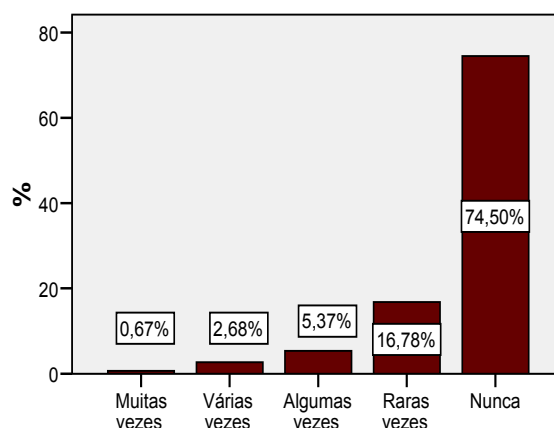


Gráfico 25. Opinião sobre a influência da publicidade no consumo de álcool

Alguma vez te sentiste pressionado pelos teus pais para beber? (numa comemoração por exemplo)

De acordo com o gráfico 26, 76,51% nunca sentiram pressão por parte dos pais para beberem bebidas alcoólicas e apenas 2,01% já se sentiram pressionados.

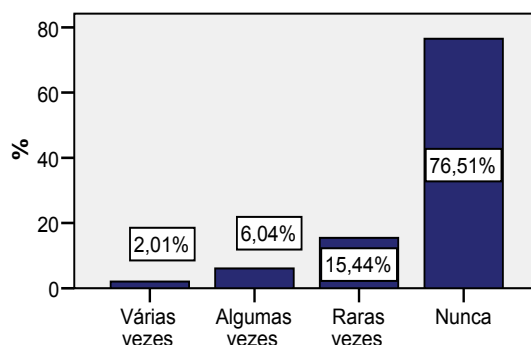


Gráfico 26. Opinião sobre a influência dos pais no consumo de álcool

➤ **Estilos de vida/comportamentos saudáveis:**

Pensas que seria útil existir uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"?

De acordo com o gráfico 27, 46,26% dos jovens inquiridos consideram pertinente que seja integrado no currículo escolar uma disciplina sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" e 53,74% não vêem utilidade na frequência dessa disciplina.

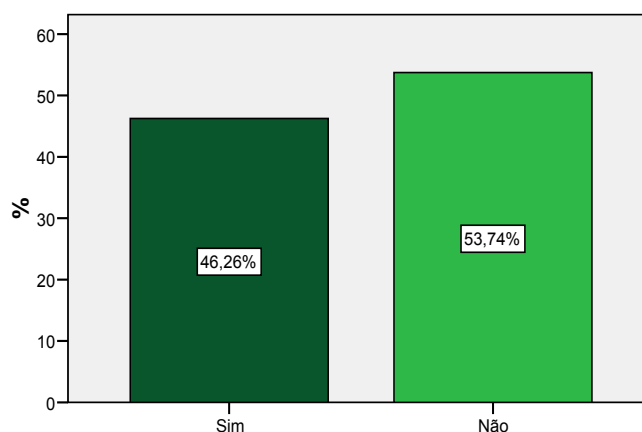


Gráfico 27. Opinião sobre a utilidade de existir uma disciplina integrada no currículo escolar

Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar

Pelo gráfico 28, percebe-se que, para 18,31% dos jovens, é muito importante que haja a disciplina “estilos de vida/comportamentos saudáveis”. 67,61% consideram-na importante e apenas 8,45% não a consideram necessária.

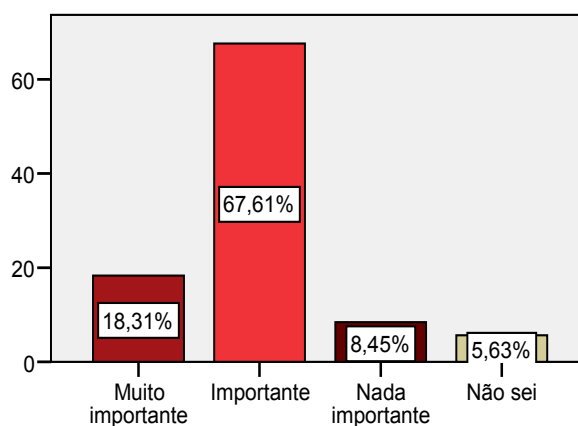


Gráfico 28. Opinião sobre o nível de importância da disciplina

Quais as temáticas que deveriam ser abordadas?

Existe uma grande variedade de assuntos que os alunos gostariam de ver tratados na disciplina “estilos de vida/comportamentos saudáveis”.

A maioria dos alunos mostra bastante interesse em falar sobre bebidas alcoólicas (14,09%), 12,08% dos alunos inquiridos gostariam de falar sobre a sexualidade e 10,07% acham que as drogas são um tema pertinente.

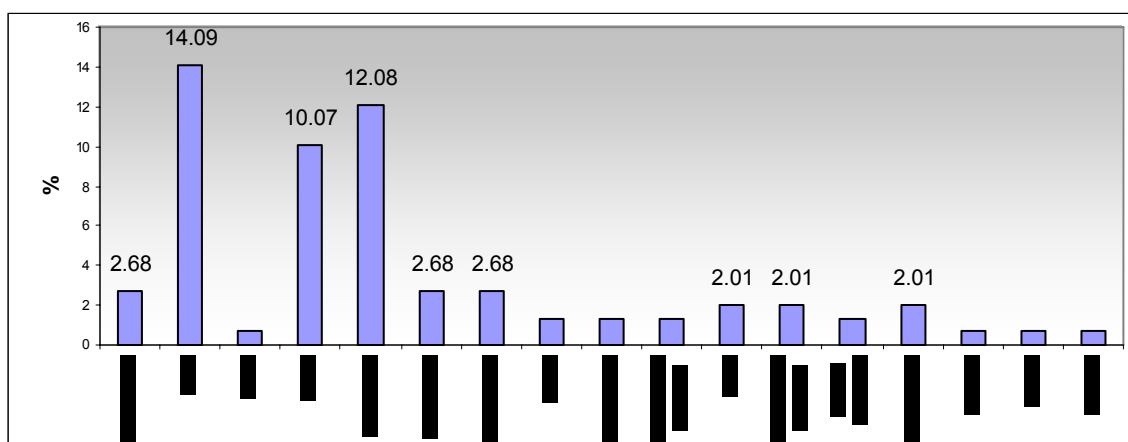


Gráfico 29. Opinião sobre as temáticas a abordar

3.3. INFERÊNCIA ESTATÍSTICA

Hábitos pessoais e o Ano lectivo

Pela análise do gráfico 30, pode concluir-se que, no total dos alunos do 10º ano, 51,9% dos inquiridos bebem em festas/comemorações, 31,6% bebem apenas 1 ou 2 vezes, 8,9% nunca bebem e 3,8% bebem todas as semanas.

No grupo do 11º ano, 69% bebem em festas/comemorações, 11,9% bebem todas as semanas, 9,5% bebem 1 ou 2 vezes e 4,8% nunca beberam.

Por fim, no grupo do 12º ano, 50% bebem em festas/comemorações, 17,9% bebem todas as semanas. Também 17,9% beberam apenas 1 ou 2 vezes e 7,1% nunca beberam.

Da análise dos gráficos pode inferir-se que os alunos do 11º ano bebem mais em festas ou comemorações. Há uma subida gradual (do 10º ano para o 12º ano) do número de alunos que bebe todas as semanas e a percentagem de alunos que bebeu apenas 1 ou 2 vezes é maior no 10º ano.

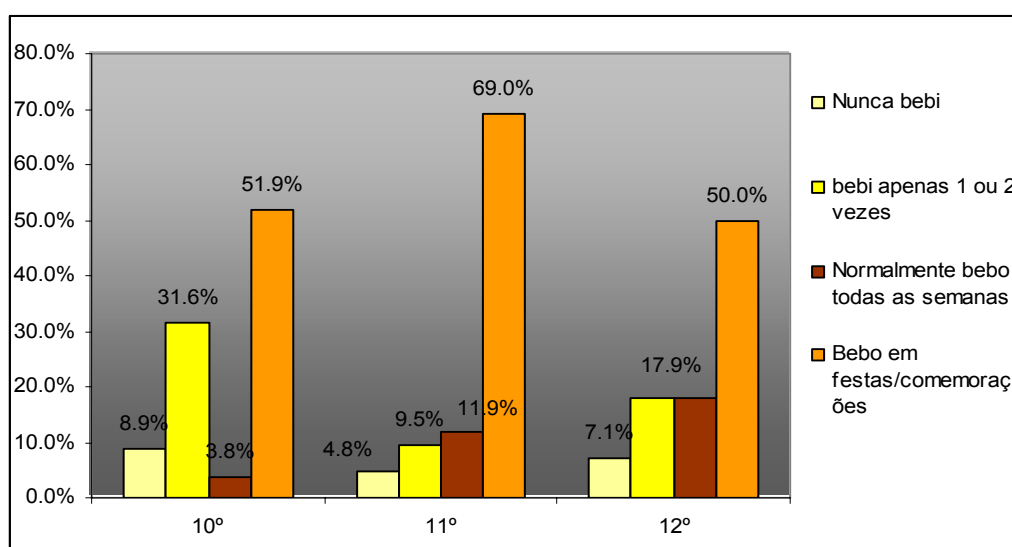


Gráfico 30. Hábitos pessoais de consumo e o Ano lectivo

Para verificar se existem diferenças significativas entre os vários anos, no que respeita os hábitos pessoais, aplicou-se o *teste de Kruskal Wallis*, pois cada um dos grupos não apresenta normalidade dos dados (tabela 1, Anexo 4).

O resultado do teste ($p\text{-value} = 0,069 > 0,05$) permite concluir que não existem diferenças significativas entre grupos. Os hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas são semelhantes para o 10º, 11º e 12º anos.

Tabela 7. Resultado do teste de Kruskal Wallis: Hábitos pessoais – Ano lectivo

	Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas
p-value	,069

Hábitos pessoais e o Sexo

A observação do gráfico 31 permite verificar que dos rapazes inquiridos, 57,4% bebem em festas/comemorações, 20,2% beberam apenas 1 ou 2 vezes, 9,6% bebem todas as semanas e 7,4% nunca beberam.

No que diz respeito às raparigas, 54,5% bebem em festas/comemorações, 27,3% beberam 1 ou 2 vezes, 7,3% nunca beberam e 7,3% bebem todas as semanas.

Pode, assim, dizer-se que percentagem de rapazes que bebe em festas ou comemorações é maior que a de raparigas. Relativamente às afirmações “Nunca bebi” e “Normalmente bebo todas as semanas”, as percentagens de rapazes e raparigas que concordaram com as afirmações são semelhantes.

Por fim a percentagem de raparigas que diz que beberam apenas 1 ou 2 vezes é maior.

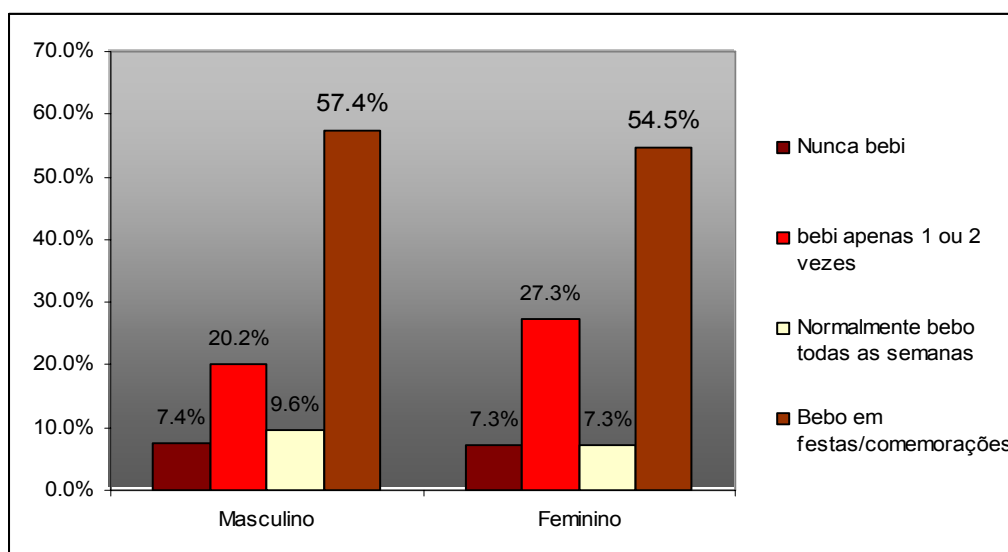


Gráfico 31. Hábitos pessoais de consumo e o Sexo

Em relação aos hábitos pessoais e o sexo, o teste adequado é o *teste-t*, uma vez que as duas amostras a comparar têm uma dimensão suficientemente grande.

Pelo resultado do teste de homogeneidade de variâncias verifica-se que as variâncias de cada grupo são homogéneas ($0,480 > 0,05$). Assim, pode concluir-se que não existem diferenças significativas entre os sexos no que respeita os hábitos pessoais de consumo. Isto acontece porque o *p-value* = 0,572 é superior ao nível de significância e, portanto não se rejeita a hipótese nula (Amostras com igual média e, portanto, sem diferenças).

Tabela 8. Resultado do teste t : Hábitos pessoais – Sexo

		Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
		p-value	p-value
Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas	Equal variances assumed	,480	,572
	Equal variances not assumed		,575

Hábitos pessoais e o Tipo de Família

Pela análise do gráfico 32 pode dizer-se que dos jovens que vivem numa família intacta 59,4% bebem em festas/comemorações, 20,8% beberam apenas 1 ou 2 vezes, 8,5% nunca beberam e 6,6% bebem todas as semanas.

No caso dos jovens provenientes de famílias monoparentais, 51,7% dos inquiridos bebem em festas/comemorações, 27,6% beberam apenas 1 ou 2 vezes, 6,9% nunca bebem e também 6,9% bebem todas as semanas. Em relação aos jovens inquiridos, que têm uma família reconstituída, 57,1% bebem em festas/comemorações, 28,6% beberam 1 ou 2 vezes e 14,3% bebem todas as semanas.

Apesar de nas famílias intactas a percentagem de jovens que bebe em festas ser maior do que nas restantes famílias, a quantidade é semelhante nos três grupos (cerca de 50%). Pode concluir-se que nos três casos a maioria dos jovens bebe apenas em festas ou comemorações. É de salientar que nas famílias reconstituídas a percentagem de jovens que nunca bebeu é nula.

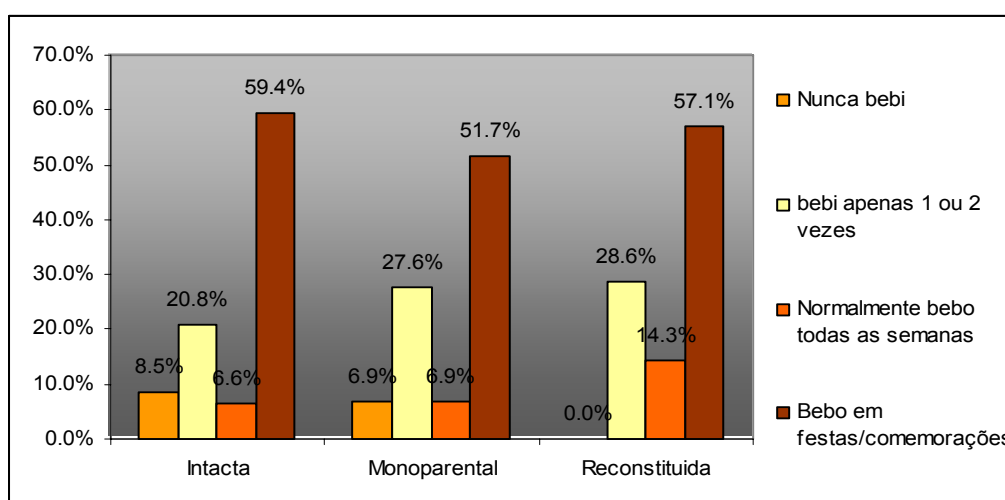


Gráfico 32. Hábitos pessoais de consumo e Tipo de família

Uma vez que as amostras referentes a cada tipo de família não apresentam normalidade (tabela 2, Anexo 4), para verificar se existem diferenças significativas o teste a utilizar é o *teste de Kruskal Wallis*, apresentado na tabela 9.

Tabela 9. Resultado do teste de Kruskal Wallis : Hábitos pessoais – Tipo de família

	Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas
p-value	,853

O p-value obtido com este teste ($0,853 > 0,05 = \alpha$) demonstra que não existem diferenças significativas entre os hábitos pessoais de estudantes provenientes de tipo de famílias diferentes.

Idade de início e o Ano lectivo

Através da análise do gráfico 33 pode dizer-se que, a percentagem de alunos que começou a beber aos 12 anos é superior no grupo dos alunos do 11º ano.

A percentagem de inquiridos que começou a beber aos 13 anos é superior nos alunos do 10º ano e é a mesma nos grupos do 11º ano e 12º ano.

A percentagem de adolescentes que começou a beber aos 14 anos é superior nos alunos do 10º ano, mas muito próxima da dos alunos do 11º ano.

A percentagem de jovens que começou a beber aos 15 anos é superior nos alunos do 11º ano e é muito semelhante nos alunos do 10º e 12º anos.

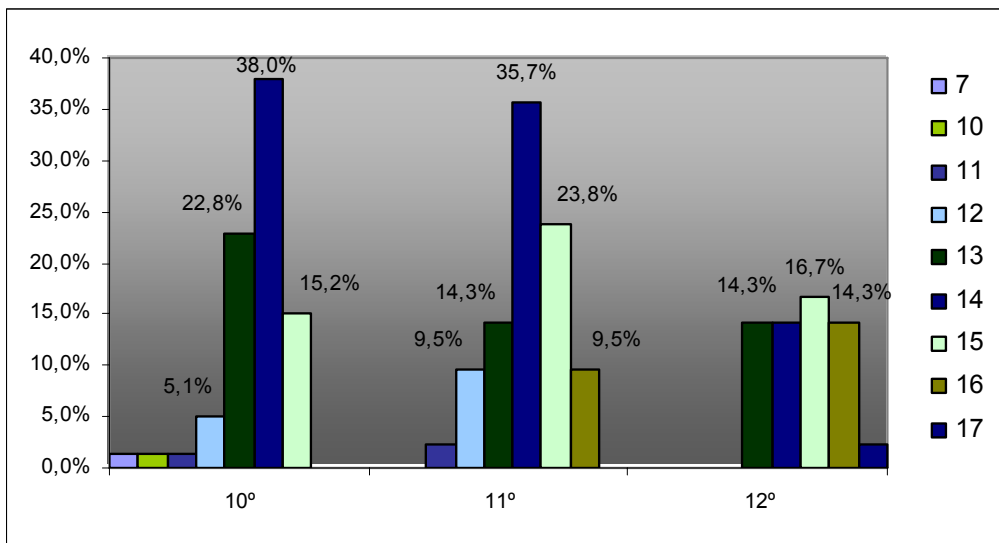


Gráfico 33. Idade de início de consumo e o Ano lectivo

Através do teste de Kolmogorov Smirnov, (tabela 3, Anexo 4) confirma-se não existe uma distribuição normal nos diferentes grupos.

Desta forma, o resultado obtido na tabela 10, permite concluir que existem diferenças significativas na idade de início de consumo de bebidas alcoólicas. Através das médias dos ranks do teste de Kruskal Wallis (tabela 4, Anexo 4) partir dos quais se conclui-se que os estudantes do 10º ano começaram a beber mais cedo que os estudantes do 11º e 12º anos.

Tabela 10. Resultado do teste de Kruskal Wallis : Idade de início – Ano lectivo

	Com que idade começaste a beber?
p-value	,001

Idade de início e o Sexo

A análise do gráfico 34 revela que, relativamente aos jovens do sexo masculino, 6,4% dos jovens começaram a beber bebidas alcoólicas aos 12 anos, 24,5% aos 13 anos, 18,1% aos 15 anos e 7,4% aos 16 anos.

Em relação às raparigas, cerca de 7% começou a beber antes dos 13 anos, 9,1% aos 13 anos, cerca de 60% aos 14 anos, 21,8% aos 15 anos e 5,5% aos 16 anos.

Verifica-se que a percentagem de rapazes que começou a beber aos 13 anos é bastante maior que a de raparigas. Nenhum rapaz começou a beber aos 14 anos e a grande maioria de raparigas começou nessa idade.

A quantidade de rapazes e raparigas que começaram a beber bebidas alcoólicas aos 15 e 16 anos é sensivelmente semelhante.

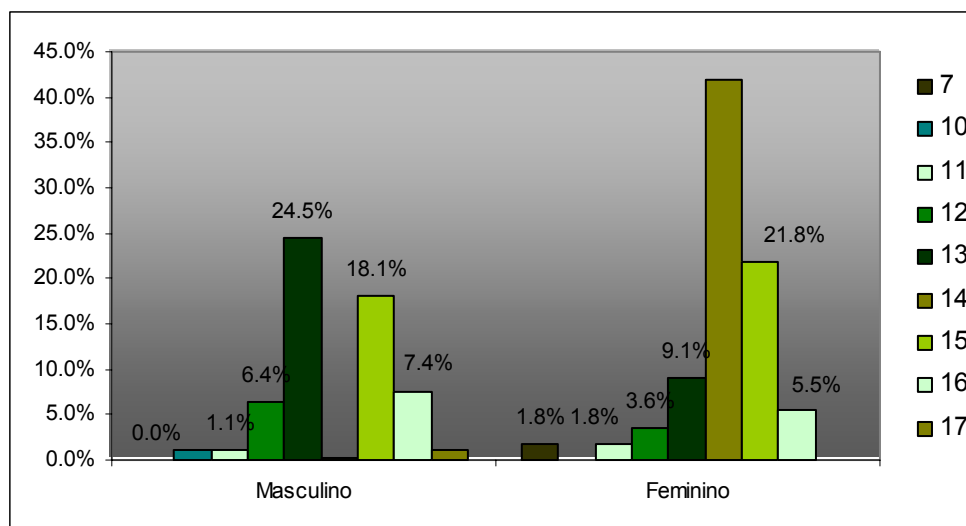


Gráfico 34. Idade de início de consumo e o Sexo

A existência de diferença entre os sexos no que respeita a idade de início do consumo de bebidas alcoólicas, pode ser avaliada através da realização do teste *t*.

De acordo com a tabela 11 pode verificar-se que existe homogeneidade entre os grupos (masculino e feminino) e que o p-value ($0,756 > 0,05 = \alpha$) revela que as diferenças não são significativas.

Tabela 11. Resultado do teste t : Idade de início – Sexo

		Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
		p-value	p-value
Com que idade começaste a beber?	Equal variances assumed	,458	,756
	Equal variances not assumed		,767

Idade de início e o Tipo de Família

Através da observação do gráfico 35, verifica-se que a percentagem de jovens que começou a beber aos 14 anos é maior nas famílias reconstituídas.

A percentagem de jovens que começou a beber aos 13 anos é superior nas famílias monoparentais. A percentagem de adolescentes que começou a beber aos 15 anos é semelhante nas famílias intactas e monoparentais e superior nas famílias reconstituídas.

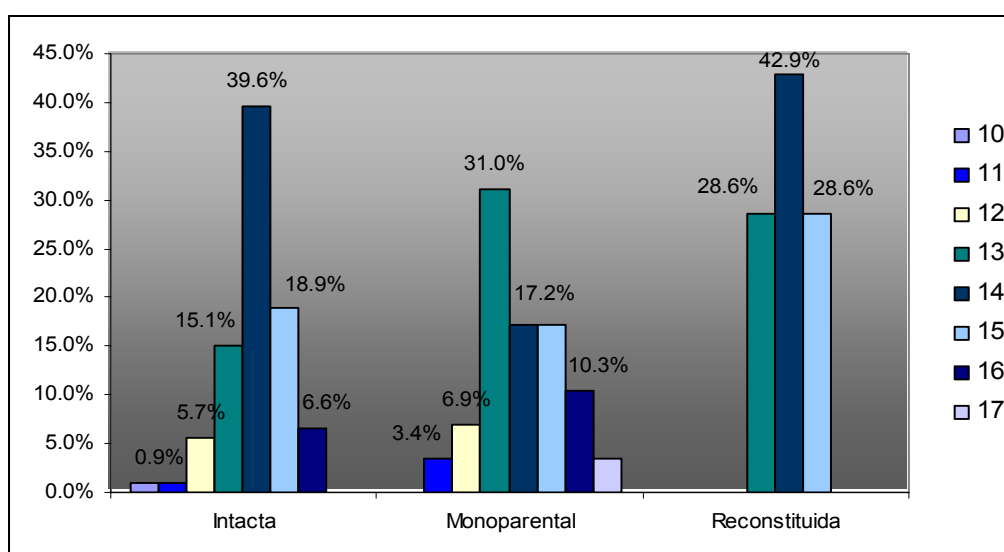


Gráfico 35. Idade de início de consumo e o Tipo de família

Os três grupos, no que diz respeito ao tipo de família, não apresentam todos uma distribuição normal (tabela 5, Anexo 4), pelo que a verificação de diferenças na idade de início, segundo o tipo de família, é verificada através do *teste de kruskal Wallis*.

Tabela 12. Resultado do teste de Kruskal Wallis : Idade de início – Tipo de família

	Com que idade começaste a beber?
p-value	,839

O p-value apresentado na tabela anterior permite tirar a conclusão de que a idade de início ($0,839 > 0,05 = \alpha$) não difere significativamente consoante o tipo de família.

Frequência de consumo durante o fim-de-semana e o Ano lectivo

Pode dizer-se, pela análise do gráfico 36, que a percentagem de alunos que não bebem bebidas alcoólicas é superior nos alunos do 10º ano.

A percentagem de jovens que bebe entre 1 a 2 copos é bastante superior nos alunos do 11º ano. A percentagem de alunos que bebe entre 3 a 5 copos é superior nos alunos do 12º ano.

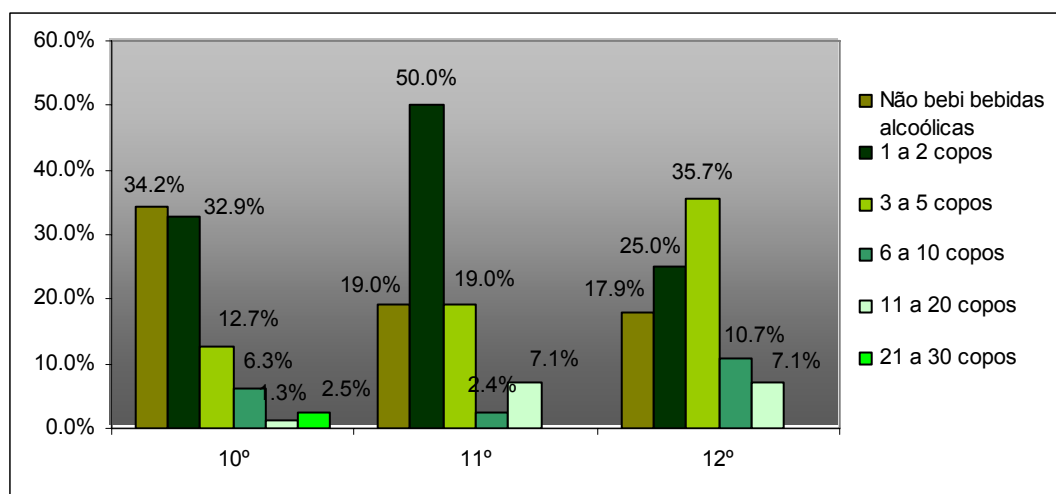


Gráfico 36. Frequência de consumo durante o fim-de-semana e o Ano lectivo

A aparente diferença existente entre os vários anos pode ser confirmada com a realização do teste de *Kruskal Wallis* (rejeitada a normalidade dos grupos, tabela 6, Anexo 4).

Tabela 13. Resultado do teste de Kruskal Wallis : Freqüência de consumo – Ano lectivo

	Entre Sexta e Domingo (fins de semana), em média quantos copos de bebidas alcoólicas bebes?
p-value	,026

Os resultados apresentados na tabela 13 ($\alpha = 0,05 > p\text{-value} = 0,026$) levam à conclusão que a diferença, na freqüência de consumo nos vários anos, é significativa.

A análise da tabela 14 permite então concluir que os alunos do 12º ano são os que bebem mais, seguidos dos alunos do 11º ano e por fim encontram-se os alunos do 10º ano.

Tabela 14. Ranks do teste de Kruskal Wallis: Freqüência de consumo – Ano lectivo

	Ano	N	Mean Rank
Entre Sexta e Domingo (fins de semana), em média quantos copos de bebidas alcoólicas bebes?	10º	71	62,54
	11º	41	72,68
	12º	27	85,56
	Total	139	

Freqüência de consumo durante o fim-de-semana e o Tipo de família

Através da análise do gráfico 37, a percentagem de alunos que não bebe bebidas alcoólicas é superior nas famílias monoparentais (apesar de ter uma diferença mínima relativamente às famílias intactas) e é nula nas famílias reconstituídas.

As percentagens de jovens que bebem entre 1 a 2 copos e que bebem entre 3 a 5 copos são bastante superiores nas famílias reconstituídas. O grupo que tem as percentagens mais baixas é o das famílias monoparentais.

A percentagem de jovens que bebe entre 6 a 10 copos é superior nas famílias reconstituídas, sendo o grupo das famílias intactas o que tem uma percentagem menor.

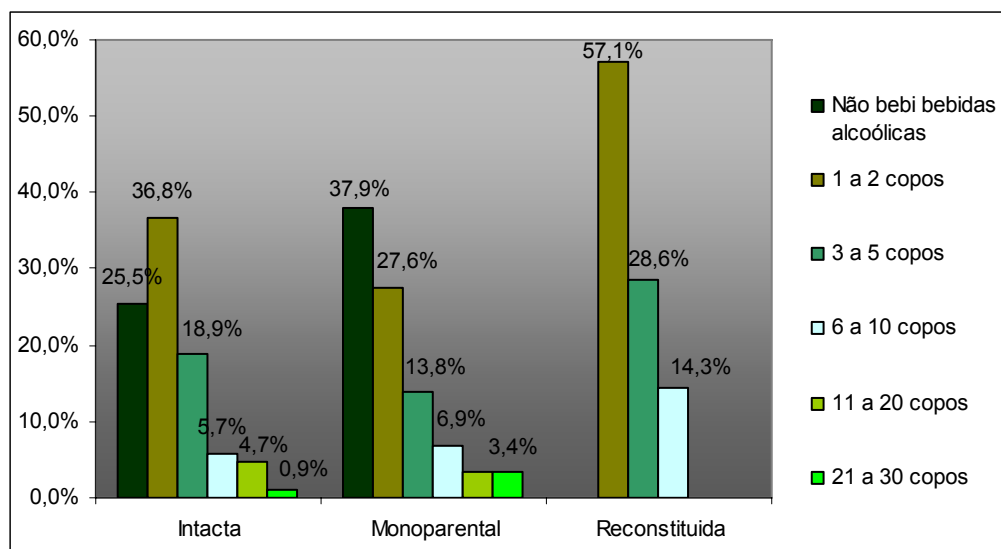


Gráfico 37. Frequência de consumo durante o fim-de-semana e o Tipo de família

As amostras consideradas (tipo de família) não apresentam uma distribuição normal (tabela 7, Anexo 4).

A realização do *teste de Kruskal Wallis* permite concluir que o tipo de família não influencia, de forma significativa, a frequência de consumo (p-value = 0,340 > $\alpha = 0,05$).

Tabela 15. Resultado do teste de Kruskal Wallis : Frequência de consumo – Tipo de família

	Entre Sexta e Domingo (fins de semana), em média quantos copos de bebidas alcoólicas bebes?
p-value	,340

Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" e o Ano lectivo

Pela análise do gráfico 38, da totalidade dos alunos do 10º ano, 54,4% acham que deve haver uma disciplina sobre “estilos de vida/comportamentos saudáveis”. Apenas 31% dos alunos inquiridos do 11º ano e 42,9% dos alunos do 12º ano concordam.

Pode dizer-se que a percentagem de alunos que concorda com a integração no currículo escolar de uma disciplina sobre “estilos de vida/comportamentos saudáveis” é maior nos alunos do 10º ano e é menor nos alunos do 11º ano.

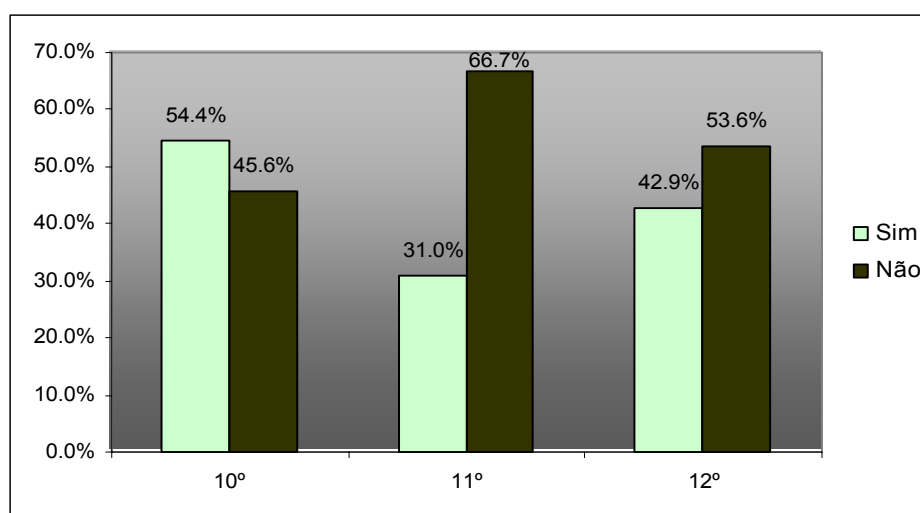


Gráfico 38 Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" e o Ano lectivo

A análise da tabela 8 (Anexo 4) permite visualizar que, a normalidade dos dados é rejeitada.

Para verificar possíveis diferenças, entre os vários anos, em relação à existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" realiza-se o teste de *Kruskal Wallis*.

Tabela 16 Resultado do teste de Kruskal Wallis : Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar – Ano lectivo

	Pensas que seria útil existir uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"?
p-value	,060

O resultado obtido com este teste (p-value = 0,06 > α = 0,05) permite a conclusão que não existem diferenças significativas nas opiniões dos alunos pertencentes aos diferentes anos.

Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" e o Sexo

A observação do gráfico 39, permite constatar que, no que respeita aos alunos do sexo masculino, 44,7% concordam com a integração no currículo escolar de uma disciplina sobre “estilos de vida/comportamentos saudáveis”. A percentagem de raparigas que concordam é de 47,3%.

É semelhante a percentagem de alunos do sexo masculino e feminino que acham importante ter uma disciplina que trata comportamentos saudáveis.

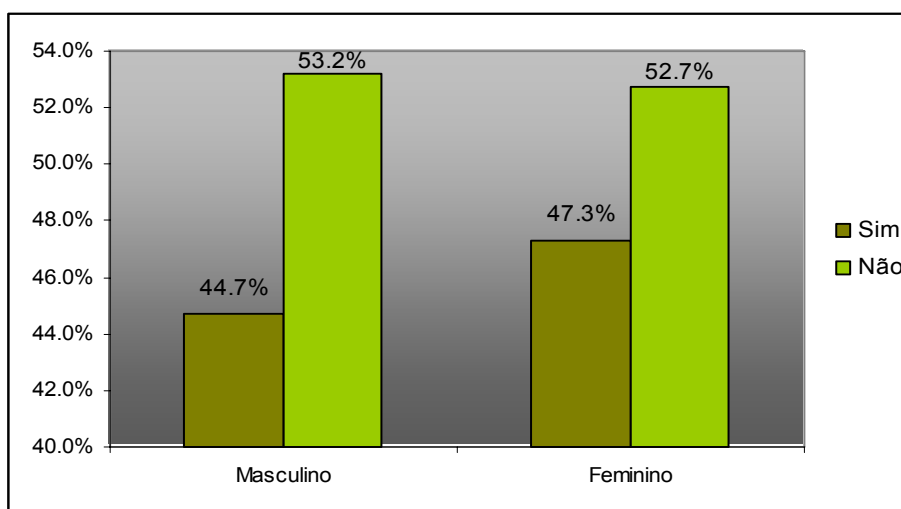


Gráfico 39 Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" e o Sexo

De facto, com a realização do teste *t* confirma-se que não existem diferenças significativas entre os sexos na opinião sobre a existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis".

A tabela 17 apresenta o p-value obtido com o teste, que permite tirar esta conclusão ($p\text{-value} = 0,850 > \alpha = 0,05$)

Tabela 17 Resultado do teste t : Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar – Sexo

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pensas que seria útil existir uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"?	Masculino	92	1,5435	,50084	,05222
	Feminino	55	1,5273	,50386	,06794

Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" e o Tipo de Família

Pode dizer-se, pela análise do gráfico 40, que a percentagem de alunos que concorda com a existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis", aparenta ser maior nos alunos que têm uma família reconstituída e menor nos alunos que têm uma família monoparental.

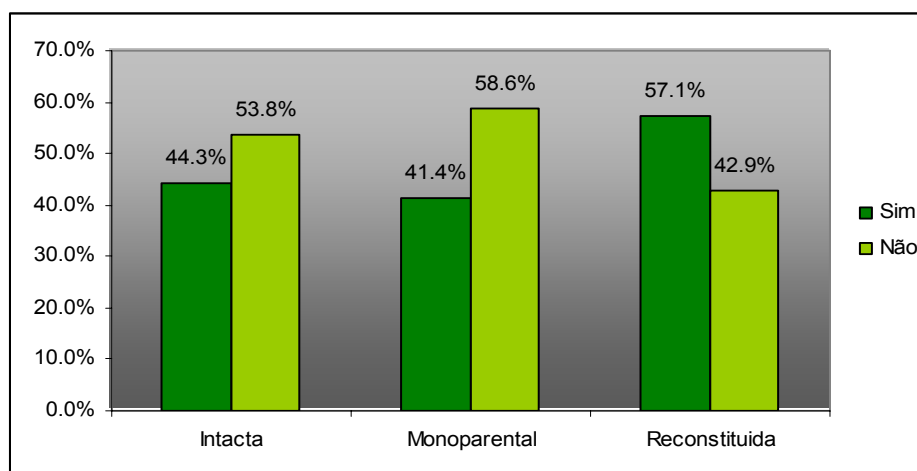


Gráfico 40 Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis" e o Tipo de família

Uma vez que os dados não apresentam normalidade (tabela 9, Anexo 4), a utilização do *teste de Kruskal wallis* é a mais indicada.

A observação da tabela 18 permite verificar que o p-value obtido é igual a 0,753. Como $\alpha = 0,05$ é menor que o p-value, pode concluir-se que o tipo de família não influencia a opinião da existência de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis".

Tabela 18 Resultado do teste de Kruskal Wallis : Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar – Tipo de família

	Pensas que seria útil existir uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"?
p-value	,753

Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar e o Ano lectivo

Pela análise do gráfico 41, pode dizer-se que 32,9% dos alunos inquiridos do 10º ano acham importante a existência de uma disciplina sobre estilos de vida, 13,9% acha muito importante e 5,1% nada importante.

Dos alunos inquiridos do 11º ano, 26,2% acham importante a existência dessa disciplina e 2,4% muito importante.

Quanto aos alunos do 12º ano, 39,3% acham importante ter uma disciplina sobre estilos de vida, 7,1% nada importante e 3,6% muito importante.

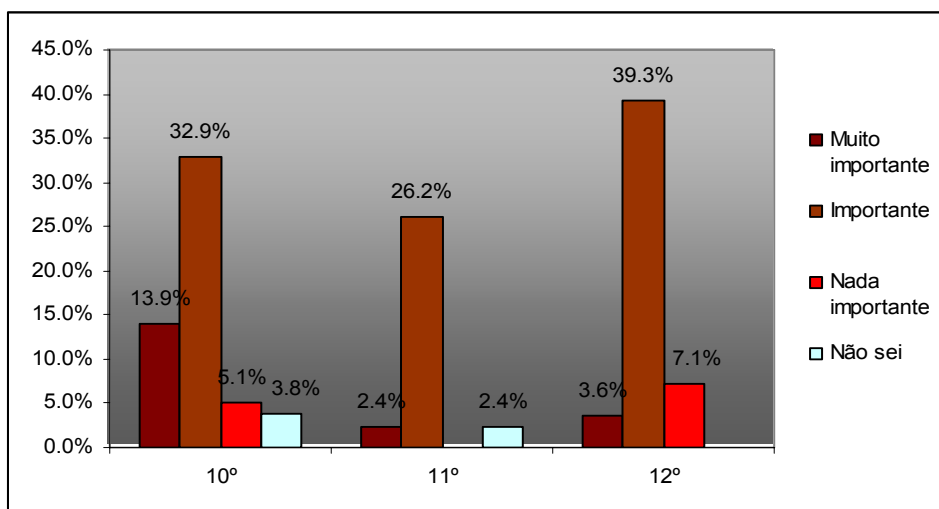


Gráfico 41 Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar e o Ano lectivo

A não normalidade dos dados implica a utilização do *teste de Kruskal Wallis* (tabela 10, Anexo 4).

O resultado obtido a partir deste teste, $p\text{-value} = 0,626 > \alpha = 0,05$, indica-nos que a importância atribuída a esta disciplina não difere significativamente consoante o ano lectivo.

Tabela 19 Resultado do teste de Kruskal Wallis : Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar – Ano lectivo

	Que grau de importância lhe atribuirias?
p-value	,626

Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar e o Sexo

Pode dizer-se pela análise do gráfico 42, que as percentagens de alunos que acham importante ou muito importante ter a integração no currículo escolar de uma disciplina sobre estilos de vida e comportamentos saudáveis são semelhantes.

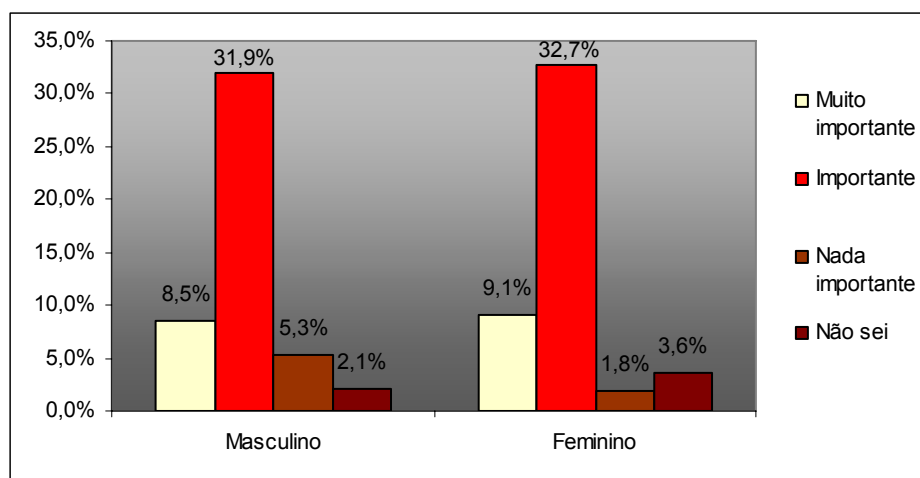


Gráfico 42 Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar e o Sexo

A análise da tabela 20 permite concluir que existe homogeneidade das variâncias ($p\text{-value} = 0,954 > \alpha = 0,05$) e o valor do $p\text{-value}$ (0,127) permite concluir que não existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas, no que respeita o grau de importância atribuído à disciplina.

Tabela 20 Resultado do teste t : Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar – Sexo

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		p-value	p-value
Que grau de importância lhe atribuirias?	Equal variances assumed	,954	,900
	Equal variances not assumed		,902

Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar e o Tipo de família

Pode concluir-se através da análise do gráfico 43, que a percentagem de alunos que acha importante ter uma disciplina sobre “estilos de vida/comportamentos saudáveis” é maior nos alunos que vivem com uma família reconstituída e é semelhante nos restantes casos.

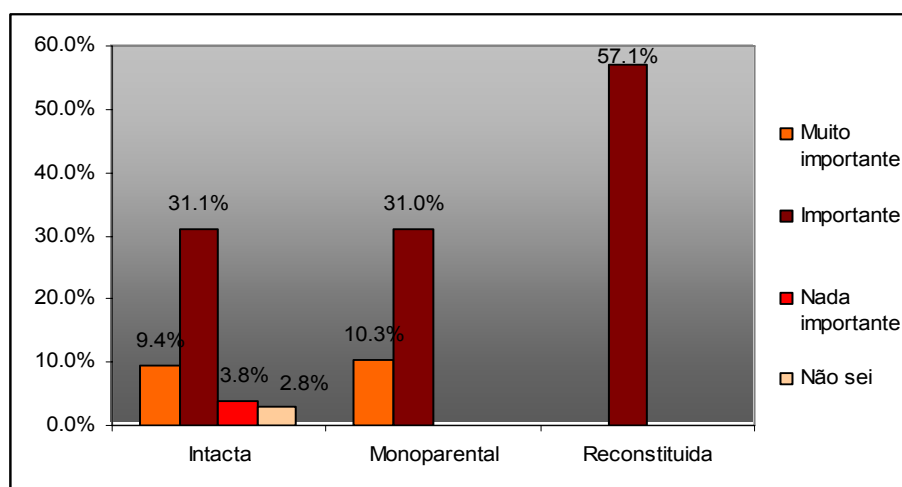


Gráfico 43 Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar e o Tipo de família

Uma vez que os alunos pertencentes a famílias reconstituídas responderam todos de igual forma, este tipo de família fica fora da comparação.

Assim, a comparação é feita entre dois grupos - família intacta e família monoparental – que não apresentam uma distribuição normal. (tabela 11, Anexo 4).

Nesta situação, o teste mais adequado é o teste de Mann Whitney, que apresenta um p-value igual a 0,315. Como $p\text{-value} = 0,315 > \alpha = 0,05$, conclui-se que o grau de importância atribuído à disciplina não apresenta diferenças significativas consoante o tipo de família a que pertencem os estudantes.

Tabela 21 Resultado do teste de Mann Whitney : Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar – Tipo de família

	Que grau de importância lhe atribuirias?
p-value	,315

Relação entre a frequência de consumo e a importância atribuída a uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"

Neste caso, o teste adequado é um teste de correlação de Pearson.

Tabela 22 Correlação de Pearson entre Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas e Grau de importância da disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"

		Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas	Que grau de importância lhe atribuirias?
Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas	Pearson Correlation	1	-,118
	p-value		,344
Que grau de importância lhe atribuirias?	Pearson Correlation	-,118	1
	p-value	,344	

O p-value que se observa na tabela é de 0,344. Como $p\text{-value} = 0,344 > \alpha = 0,05$, a hipótese nula não é rejeitada, ou seja, não existe associação entre as duas variáveis.

Assim pode dizer-se que a correlação na tabela é negativa (-0,118), mas não é, significativamente diferente de zero. Isto permite concluir que, a importância atribuída à disciplina não está directamente ligada com a frequência de consumo.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez analisados os dados, estatisticamente, pode agora fazer-se a sua interpretação e discussão, de acordo com as hipóteses formuladas e o enquadramento teórico apresentado. Por fim serão apresentadas as conclusões.

A primeira hipótese deste estudo foi:

“Será que o consumo dos adolescentes se diferencia em função de factores pessoais e familiares?”.

Entende-se por factores pessoais o sexo, o ano lectivo, a idade de início de consumo e o número de retenções. Em relação aos factores familiares temos o nível sócio-económico, o tipo de família, a funcionalidade da família, o consumo familiar, a percepção da aceitabilidade dos pais, relativamente ao consumo dos filhos.

O estudo realizado por Feijão & Lavado (2003), em Portugal, com adolescentes, alunos do ensino público, no âmbito do projecto *“Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga”* “ECATD” concluiu que não existem diferenças entre géneros em relação ao consumo de álcool.

Também Calafat (2002), refere o aumento do consumo de álcool na última década, principalmente no sexo feminino, o que faz com que deixem de existir diferenças significativas entre géneros.

No nosso estudo verificou-se que não há diferenças significativas no consumo de álcool entre os géneros. Relativamente ao ano lectivo, verifica-se que existem diferenças significativas, no que respeita à frequência de consumo. São os estudantes do 12º ano que consomem mais álcool, seguidos dos alunos do 11º ano e 10º ano, respectivamente.

No que respeita a idade de início, os estudantes do 10º ano começaram a beber mais cedo que os estudantes do 11º ano e 12º anos. Isto significa um contacto, cada vez mais precoce, com as bebidas alcoólicas. O primeiro contacto com o álcool é referido, por 38.93% dos jovens, como tendo sido aos 14 anos e por 21,37% aos 13 anos. Segundo a OMS (1993), nos últimos anos o consumo de álcool tem aumentado, quer em quantidade, quer em frequência, diminuindo a idade de iniciação ao consumo.

Verifica-se um padrão de consumo de fim-de-semana. Embora os jovens bebam mais, 78,46% destes referem não consumir álcool durante os dias de semana.

Relativamente à associação entre a taxa de reprovações e o consumo de álcool, esta não pode ser considerada devido ao facto de existir um número bastante reduzido de insucesso escolar.

Os factores familiares englobam o Estatuto sócio-económico, o Tipo de família, o Apgar familiar e Hábitos familiares de consumo.

É de referir, que, segundo Calafat (2002), o nível sócio económico elevado pode contribuir para um elevado consumo de álcool, uma vez que o poder de compra é superior e existem menos limitações relativamente ao que se pode gastar.

No entanto, relação ao estatuto sócio-económico, neste estudo verifica-se que 96% da população pertence a um nível Alto e Médio Alto. Não se pode, deste modo, tirar conclusões relativamente à influência desta variável no consumo destes jovens.

O tipo de família, nesta amostra, não influencia, de forma significativa, a frequência do consumo. Não existem diferenças evidentes na frequência do consumo de álcool, por parte dos jovens, nas famílias intactas, nas monoparentais, ou nas reconstituídas.

Wagner (1999) conclui no seu estudo que, a qualidade do relacionamento entre os membros da família, independentemente da configuração familiar, é o factor que determina a maior ou menor possibilidade de bem-estar, de apoio, protecção e responsabilidade perante os jovens.

Uma família intacta, mas conflituosa e tensa, pode ter menos possibilidade de ser um ambiente que propicie saúde aos seus filhos, do que um ambiente mais estável, independentemente da sua configuração (Feres & Carneiro, 1992, cit em Wagner, 1999).

Também Sancho (2003) refere a relação conflituosa entre a família, como factor de risco para possíveis comportamentos de consumo, por parte dos jovens. Não sendo, porém o único, pode confluir com outros de ordem individual ou social.

Assim, verifica-se uma ligação estreita entre o tipo de família e a sua funcionalidade. Esta última é avaliada pelo Apgar Familiar.

Relativamente ao Apgar familiar verifica-se, neste estudo, que 74,5% das famílias apresentam alto teor funcional e 20,1% um nível funcional moderado.

De acordo com a maioria das investigações, a disfuncionalidade da família está relacionada com uma maior susceptibilidade relativamente ao início, à manutenção e à frequência dos comportamentos de consumo por parte dos jovens (Steinberg, 2002; Hundleby & Mercer, 1987; Glynn & Needle, 1983; Conger, 1994; Glynn & Haenlei, 1988, cit. em Frazão, 2004). Esta relação não pode ser comprovada nesta amostra.

Os Hábitos familiares de consumo, considerando os hábitos de consumo do pai e da mãe, são na sua predominância, hábitos de consumo moderados e não reflectem uma associação com a frequência de consumo dos jovens.

Na segunda hipótese:

“Será que os adolescentes consideram a pressão exercida pelos pais, pares ou *media* um factor predisponente ao consumo de bebidas alcoólicas?”

Interessa verificar a própria opinião dos adolescentes. Perceber se estes percebem a influência destes factores como reais. Assim, devem ser analisadas as perguntas referentes ao questionário sobre influência dos pais, pares e *media* sobre consumo de álcool.

O consumo de álcool é, geralmente, um comportamento social. O álcool ajuda a gerir as relações sociais, ajuda a ser aceite no grupo de pares, permitindo uma integração mais completa, como referem Freyssinet-Domijon & Wagner (2006:174), “*O consumo de álcool desempenha um papel central na formação e organização dos grupos, é regido por controlos colectivos*”. Estas autoras referem, ainda, o papel que o consumo de álcool tem na diferenciação dos grupos sociais. Os locais de saída e as formas de beber podem ser muito diferentes e são valorizados de diferentes maneiras, nas várias classes sociais. Os jovens são os próprios a fazer a sua selecção, evitando as festas em que predomina uma forma de beber e de divertimento que não é a aceite pelo grupo. Esta necessidade de identificação e aceitação, por parte do grupo, constitui uma forma de pressão que pode não ser assumida como tal, por parte dos jovens.

Assim, no nosso estudo, no que respeita à pressão exercida pelos amigos, 81,88% dos estudantes responderam que *nunca* ou *raras vezes* se sentem pressionados para beber.

É de realçar que 12,75% dos jovens já se sentiram, algumas vezes, pressionados pelos amigos para consumir álcool.

A percepção da pressão exercida pelos *media*, terá essencialmente a sua base na forma como a publicidade é efectuada. Como referem Freyssinet-Domijon & Wagner (2006), de forma subtil, aliada a mensagens de prazer, valorizando sempre a bebida através de imagens cheias de cor, de alegria, de frescura, de poder. Também na rádio, através dos sons, e directamente nos locais de diversão, com promoções de marcas de bebidas alcoólicas, ofertas publicitárias e outros mecanismos de marketing, dirigidos muitas vezes os jovens.

Em relação aos *media*, é de 91,28% a percentagem dos adolescentes que expressaram não se sentirem pressionados. Isto significa que os jovens não sentem que a publicidade os influencie relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas.

Finalmente, tal como se constatou, 91,95% dos jovens referem que *nunca* ou *raras vezes* se sentiram pressionados pelos pais no que respeita o consumo de álcool.

Podemos, assim constatar que, a percentagem de jovens que se sente pressionado pelos amigos, desce em relação aos pais e publicidade, ou seja, a percentagem de adolescentes que já se sentiu pressionado pelos amigos é bastante superior à obtida em relação aos pais e à publicidade.

Pode concluir-se que os jovens não percebem a influência exercida pelos pais, *media* e amigos como significativa. O grupo dos pares foi o sentido, como, aquele que exerce maior pressão.

Na terceira hipótese:

“Será que os adolescentes têm conhecimentos sobre as consequências e riscos que advêm do consumo excessivo de álcool?”

Verifica-se que, de uma forma geral, os alunos conhecem os perigos relativos ao excesso de álcool.

Verifica-se ainda que, a maioria dos jovens consideram que as bebidas alcoólicas os ajudam a ficarem mais animados, mais confiantes e têm um sabor agradável.

É relevante, relativamente à questão “As bebidas alcoólicas provocam aumento de incidência da gravidez na adolescência”, referir que 34,01% dos jovens discordam ou discordam totalmente, desta afirmação.

Na última hipótese:

“Será que os adolescentes consideram importante a promoção da saúde, integrada no seu currículo escolar?”

Matos et al.(1998), concluíram no seu estudo, realizado sobre a saúde dos adolescentes portugueses, que os resultados sustentam a utilidade dos programas de prevenção do consumo de álcool.

Também Harrel, Deng, Webb, e Bradley (1998, cit. por Matos et al, 1998), evidenciaram no seu estudo, sobre iniciação tabágica precoce, a necessidade de programas de prevenção sobre tabagismo nas escolas.

Para St. Leger (2001), o papel da escola é determinante, na aquisição de literacia na saúde. Este autor, defende a necessidade de praticas de sucesso neste âmbito, referindo a escola como um contributo essencial para o aumento do nível da saúde da população.

Hagquist & Starrin (1997), ao referirem as escolas como um local privilegiado para intervenção em promoção da saúde, junto dos jovens, sublinham a necessidade de optar programas que combinem o conhecimento, a responsabilização pela própria saúde e o treino de competências sociais.

O investimento em promoção da saúde, na escola, é segundo a UNESCO, um investimento no futuro de um país, na capacidade de os indivíduos progredirem e da sociedade se desenvolver.

Verifica-se neste estudo que, embora 53,74%, não considere que a existência de uma disciplina que vise a promoção da saúde, tenha utilidade no seu currículo escolar, há uma percentagem muito significativa de alunos que a acham pertinente (46,26%).

Verifica-se, também, que não há uma relação significativa entre os jovens que não consideram esta disciplina importante e o ano lectivo, o sexo, o tipo de família e a frequência de consumo.

É importante salientar as diferentes áreas temáticas sugeridas pelos jovens, tais como, *adolescência, álcool, futuro, drogas, sexualidade, alimentação, estilos de vida, tabaco, comunicação, problemas da juventude, problemas da sociedade, relações pais/filhos, saídas à noite, gravidez, civismo, violência*.

Esta diversidade de temas, propostos pelos jovens, vem sublinhar a necessidade de intervir em promoção da saúde, no contexto escolar.

Neste estudo, estivemos perante uma amostra com um perfil muito homogéneo, quer relativamente aos factores pessoais, quer aos factores familiares. Jovens entre os 14 e os 18 anos, com bom aproveitamento escolar, pertencentes a um nível sócio-económico alto e médio alto, com famílias com alto nível de funcionalidade. A percentagem de jovens que afirma já ter consumido bebidas alcoólicas é de 92,25%, a idade de início do consumo é cada vez mais precoce e há uma aproximação generalizada de consumo entre os géneros. Verifica-se um padrão de consumo, limitado ao fim-de-semana, às saídas à noite com os amigos, por vezes abusivo.

O consumo de bebidas alcoólicas está associado a uma série de riscos e consequências que os adolescentes, de uma maneira geral, conhecem, mas, como já foi referido anteriormente, o facto de se acharem imunes, e

pensarem que nada os pode atingir, característica que é própria da adolescência, faz com que não se sintam motivados para alterarem o seu comportamento. A tolerância social, associada ao consumo de álcool, promove, também, a generalização deste consumo, favorecendo a imagem de que consumir álcool, é norma social.

Seria importante intervir nesta área da modelação de comportamentos e atitudes, uma vez que os adolescentes no meio de um processo de desenvolvimento e transição para a idade adulta e na procura da sua autonomia, estão sujeitos a uma diversidade de factores que os podem influenciar a assumir determinados comportamentos e atitudes em detrimento de outros. Os adolescentes têm características próprias, encontram-se inseridos em famílias, comunidades, grupos sociais e diferentes culturas. É preciso considerar todos estes factores quando se pensa intervir junto destes grupos. Para intervir em Promoção da Saúde, tem de se contemplar estas premissas, uma vez que elas comportam necessidades diferentes.

Neste estudo houve uma percentagem significativa de jovens que concordaram com a importância de uma disciplina integrada no currículo escolar sobre promoção da saúde, apontando uma diversidade de temas que gostariam que fossem apresentados, o que de alguma modo traduz a sua necessidade em complementar os conhecimentos que têm e esclarecer as dúvidas e incertezas próprias da sua idade.

5. CONCLUSÃO

Na última década, verificaram-se mudanças muito significativas no consumo de álcool. Estas traduzem-se, quer na quantidade consumida, quer no padrão de consumo, mas também no significado que se associa ao seu consumo. O facto de afectar, principalmente, a população jovem aumenta a preocupação relativamente a esta questão.

Também na última década, se verificou, uma maior preocupação com a saúde e o bem-estar, com os estilos de vida e os comportamentos saudáveis, sendo estes os principais determinantes para uma sociedade moderna saudável.

No entanto, os estilos de vida, não dependem unicamente da vontade de cada indivíduo, sofrem influências e estão em estreita ligação com as condições de vida, o nível sócio-económico, a família, a comunidade e os factores culturais.

A educação para a saúde surge como um agente de mudança e de promoção de saúde.

Os hábitos e comportamentos do indivíduo são adquiridos desde a infância. Por exemplo, a idade crítica para a experimentação de álcool e outras drogas, situa-se entre os 12 e os 15 anos. Este é um consumo que acontece em contexto de grupo ou social. O jovem comporta-se como os outros esperam que se comporte e necessita do grupo, para que o seu consumo faça sentido.

“O primeiro consumo não é fruto de uma decisão pessoal assumida de forma ajuizada e com pleno conhecimento de causa” (NIDA,2003:52).

Deste modo, a escola, sendo ainda o local onde os jovens passam grande parte da sua vida, surge como o local de eleição para se intervir em promoção de saúde. As escolas são instituições que podem desempenhar um papel fundamental na influência dos comportamentos saudáveis e estilos de vida WHO (1985).

A intervenção na escola com programas continuados, integrados no contexto curricular, que promovam a participação dos adolescentes, que lhes forneçam as competências sociais e os conhecimentos para saberem decidirem quais os comportamentos que querem ter, de forma consciente, adequados às diversas circunstâncias, de modo a que possam actuar de forma consciente e não de forma automática, em função do grupo ou da programação social.

“Conseguir diminuir os factores de risco que tenham sido identificados como influentes sobre o consumo de álcool de um determinado grupo de jovens, ao mesmo tempo que se aumenta na medida do possível os factores de protecção, é, dito de uma forma simples e clara, fazer prevenção” (National Institute on Drug Abuse-NIDA,2003:44).

Fazer prevenção, através da intervenção em promoção da saúde, na escola, deve então, como é referido em NIDA (2003), ser um projecto educativo, abrangente e introduzido como um tema transversal no currículo, direccionado para o treino de competências sociais gerais.

Devem ser elaboradas outras estratégias de prevenção, tais como, a prevenção da oferta, diminuindo a quantidade de álcool disponível aos jovens. Esta medida pode traduzir-se, no aumento dos preços, proibição de venda a menores, limitação das mensagens publicitárias, maior fiscalização dos locais de diversão.

Também facultar informação pertinente e convincente, mas não alarmista e de acordo com a realidade. Se os jovens não se identificarem com a realidade transmitida, não a consideram credível.

Ao terminar, fica o sentimento de que seria interessante a realização de estudos noutros contextos, aprofundando as questões associadas a esta área problemática, não só, aos factores de risco, mas também, aos factores protectores, associando outros contextos sócio-económicos, com diferentes relações familiares, diferentes tipos de família, uma vez que ajudaria a perceber melhor esta fase da vida que é a adolescência e quais as implicações que estas diferenças podem suscitar.

Também o sentimento de que é preciso agir nesta área, mesmo consciente das dificuldades e de que é uma luta contra a corrente....

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares (3ªed). Coimbra: Editora Quarteto
- Araújo, L. B. & Gomes, W. B. (1998). Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (1).
- Avanzini, G.(1978). O tempo da adolescência. Lisboa: Edições 70.
- Azevedo, M. (2001). Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares. Sugestões para estruturação da escrita (2ªed). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Bauman, K. E. & Ennett, S. T. (1996). Addiction: On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Fev*, 91 (2), pp 185-198.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14 (1), pp 317-335.
- Camacho, I. & Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2005). *Aventura Social nas Famílias*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Campos, B. P. (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação dos Jovens*, vol.2. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998), *Metodologia de Investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castanheira, J.L. (2006) – *Modelação de atitudes e comportamentos*. Slides apresentados na Unidade Curricular Educação para a Saúde do Mestrado em Comunicação em Saúde.

Chipkevitch, E. (1995). Puberdade e Adolescência. Aspectos Biológicos, Clínicos e Psicossociais (1ªed). São Paulo: Editora Roca Lda.

Costa, I. C. (s.d.). A Família com filhos com necessidades educativas especiais. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, pp 74-100

Delgado, P (2004). A Família – Novos Riscos, Novos Desafios. Disponível em: www.cnis.pt/documentos/familia_novos_riscos_desafios.ppt Consultado a 11 de Dezembro de 2006.

Dessen, M. A.(2000). Questões de Família e Desenvolvimento e a Prática de Pesquisa. Psicologia: Teor. e Pesq., Brasília, Set-Dez, 16 (3), pp 191-292.

Dias, M. R. et al (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica* 3 (22) pp: 463-473.

Direcção Geral da Saúde (2002) - Projecto-Vida Activa Saudável no Local de Trabalho. Lisboa: Divisão de Promoção e Educação para a Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2005). Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Direcção Geral de Viação (2006). Sinistralidade Rodoviária 2005. Elementos Estatísticos. Ministério da Administração Interna.

Domijon, J.F. & Wagner,A.C. (2006). Os Estudantes e o Álcool. Formas de beber da nova juventude estudantil (1ªed). Coimbra: Editora Quarteto.

Erikson, E. H. (1972). Identidade Juventude e Crise (s/ed). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

ESPAD (2003). The ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.

Estrela, E. & Soares, M.A. & Leitão, M. J. (2006). Saber Escrever uma Tese e outros Textos (1ªed). Lisboa: Publicações D. Quixote.

Feijão, F.& Lavado, E. (2003). Os Adolescentes e o Álcool: Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público (ECATD). Lisboa: IDT.

Fleming, M. (1995). Família e Toxicodependência (s.ed.).Porto: Edições Afrontamento.

Fleming, M. (2004). Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais, (3ªed), Porto: Edições Afrontamento.

Fonseca, H. (2005). Compreender os Adolescentes. Um desafio para pais e educadores. 4ªed. Lisboa: Editorial Presença.

Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Frazão, A. A. (2004). Consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco na população adolescente. Factores pessoais e familiares predictores do consumo. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Aberta.

UNESCO- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2004). Fresh Tools for Effective School Health. Disponível em: <http://www.unesco.org/education/fresh> Consultado em 05/09/2006.

Freyssinet-Dominjon, J. & Wagner, A.C. (2006). Os Estudantes e o Álcool (1ªed). Coimbra: Editora Quarteto.

Gameiro, J. (1997). Os Meus, os Teus, e os Nossos. Novas formas de família (1ªed). Lisboa: Terramar.

Gazzinelli, M. F. *et al.* (2005). Health education: knowledge, social representation, and illness. *Cad. Saúde Pública*, Jan./Feb., 21 (1), pp.200-206.

Geldard, K.; Gerald, D. (1999). *Counselling Adolescents: The Pró-Active Approach*. London, SAGE Publications.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gil, A. C. (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (4ªed). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Goulão, M. F. (2006). Família. Slides apresentados na Unidade Curricular Novas Configurações Familiares do Mestrado em Comunicação em Saúde.

Grossman, E. (1998). A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latinoamericana* 1 (2), pp 68-74.

Hagquist, C. & Starrin, B. (1997). Health education in schools – from information to empowerment models “Health Promotion International”, Great Britain, Oxford University Press, 12 (3), pp 225-232.

Henderson, A. & Champlin, S. & Evashwick, W. (1998). *Promoting Teen Health. Linking Schools, Health Organizations and Community* (s.ed.). London: Sage Publications.

Hill, M.M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário (2ªed)*, Lisboa: Edições Sílabo.

Hiller-Sturmhofel, S. & Swartzwelder, S. (s/d). Alcohol's Effects on the Adolescent Brain- What can be learned from animal models. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications>. Consultado em 30 de Outubro de 2006.

Kickbush I. (1997). Think health: what makes the difference? "Health Promotion Internacional", Great Britain, Oxford University Press, 12(4), pp 265-272.

Kickbush I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. "Health Promotion Internacional", Great Britain, Oxford University Press, 16(3), pp 289-297.

LaFramboise, L. N. (1998). Adolescent perspectives on risky driving. Tese de Doutoramento. University of Colorado.

Lynagh, M. et al (1997). School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. "Health Promotion Internacional", Great Britain, Oxford University Press, 12(1), pp 43-60.

Maher, J. J. (1997). Exploring Alcohol's Effects on Liver Function. "Alcohol Health & Research World", 21 (1), pp. 5-12.

Major, A.J.T. (2002). *Estilos de Vida e Comportamentos de Promoção de Saúde dos Adolescentes. Um Estudo de Caso*. Universidade Aberta. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Matos, M. & Simões, C. & Canha, L. & Fonseca, S. (1996). Aventura Social e Saúde. Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses. Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HB.SC/OMS.

Matos, M. & Simões, C. & Carvalhosa, S. F. & Reis, C. (1998). A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (s/ed). Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação Para Todos-Saúde.

Matos, M. & Simões, C. & Carvalhosa, S. (2000). Desenvolvimento de competências de vida na prevenção de desajustamento social (s/ed). Faculdade de Motricidade Humana/Instituto de Reinserção Social-Ministério da Justiça.

Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. "Análise Psicológica" 3 (22), pp 449-462.

McKinney, J. P. (1986). Psicologia do desenvolvimento. O adolescente e o adulto jovem (s.ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus, Lda.

Mello, M. L. & Barrias, J. & Breda, J. (2001). Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal (s.ed.). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010. Mais Saúde para Todos.

Mendes, V. & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. Revista Toxicodependências 13 (2), pp 25-40.

Miriam, B. E. (2000). The effects of television on child health: implications and recommendations, ADC, U.S.A., "bmjjournal", 83, pp 289-292.

Monti, P. et al (s/d). Drinking Among Young Adults- Screening, Brief Intervention, and Outcome.

Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications>. Consultado em 08 de Novembro de 2006.

Nabais, L.O. (2005). Os Jovens e o Álcool na Sociedade Contemporânea. Estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa. Universidade Aberta. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.

NIAAA-National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2004). Understanding Underage Drinking. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov> Consultado a 8 de Novembro de 2006.

NIDA- National Institute on Drug Abuse (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A research-based guide for Parents, Educators, and Community leaders (2ªed). Disponível em: <http://www.drugabuse.gov>.

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 13 (1), pp27-44.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 13 (4), pp 349-364.

Nutbeam, D. (1999). The challenge to provide "evidence" in health promotion "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 14 (2), pp 99-101.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century, "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 15 (3), pp 259-267.

Nutbeam, D. & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 15 (3), pp 183-184.

Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma Ata. 18pp.

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Canadá, 17-21 Novembro.

Organização Mundial de Saúde (1997). Declaração de Jacarta. Promoção da Saúde no Século XXI, 21-25 Julho.

Origlia, D., Ouillon, H. (1964). A adolescência: o crescimento - a formação da personalidade - a vocação profissional - a sexualidade - o senso moral - a influência do meio e da escola (3^aed). Lisboa: Livraria clássica editora.

Pechansky, F. et al (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e factores etipatogénicos. Revista Psiquiatria 26 (Supl I),pp 14-17.

Pereira, A. & Poupa, C. (2004). Como escrever uma tese monografia ou livro científico usando o Word. (3^a ed) Lisboa: Edições Sílabo.

Phaneuf, M. (2005) – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Polit, D. F.& Beck, C.T. & Hungler, B. P. (2004), Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (5^aed.). Porto Alegre: Artemed.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003), Manual de investigação em ciências sociais (2^a ed.). Lisboa: Gradiva.

Ramalho, A. (s.d.). Redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem Metanálise, Coimbra: Formasau.

Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: Para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), pp 155-178.

Ramos, N. (2003). *Interculturalité, communication et education*, Bucuresti, Milena Press.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família – Das avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (1), pp 195-216.

Raphael, D. (2000). The question of evidence in health promotion. "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 15 (4), pp 355-367.

Ratzan, S.C. (2001). Health literacy: communication for the public good "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 16 (2), pp 207-267.

Ribeiro, J.L.P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), pp 179-191.

Ribeiro, J.L.P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), pp 387-397.

Ribeiro, J.L.P. (2005). Introdução à Psicologia da Saúde (1ªed.) Quarteto Editora, Coimbra.

Sampaio, D. (1993). Vozes e Ruídos, Diálogos com Adolescentes (9ªed). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1997). A Cinza do Tempo (2ªed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1998). Vivemos Livres numa Prisão (s.ed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1999). A Arte da Fuga (3ªed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2003). Vagabundos de nós (1ªed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2006). Lavrar o Mar. Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos (1ªed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sancho, J. L. (2003). Família, adolescentes e consumo de drogas. Disponível em: http://www.alcoholinformate.org.mx/portal_jovenes/home.cfm?familia
Consultado a 05 de Dezembro de 2006.

Schoen-Ferreira, T. H. & Aznar-Farias, M. & Silveiras, E. F. M. (2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. Estudos de Psicologia, 8 (1), pp. 107-115.

Silva, A.M. (2004). Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes (1ªed). Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, L.F. (sd). Sócio-Antropologia da Saúde. Sociedade, cultura e saúde/doença. Universidade Aberta.

Simons-Morton, B. G. et al (1999). Student school bonding and adolescent problem behaviour. Health Education Research, Great Britain, Oxford University Press, 14 (1), pp 99-107.

Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2003). Middle Range theory for Nursing. New York: Springer Publishing Company, Inc..

St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 16 (2), pp 197-205.

Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). Psicologia Social e Saúde (s.ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Tapert, S. & Caldwell, L. & Burke, C. (2004/2005). Alcohol and Adolescent Brain- Human Studies.

Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/205-212.htm>
Consultado em 30 de Outubro de 2006.

The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century "Health Promotion International", Great Britain, Oxford University Press, 12 (4), pp 261-264.

Transtornos Mentais Relacionados ao Uso de Substâncias – DSM. IV, disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/subst.html> Consultado a 03 de Março de 2007.

Traverso-Yépez, M ; Pinheiro, V.S. (2002). Adolescência, Saúde e Contexto Social: Esclarecendo Práticas. Psicologia e Sociedade, 14 (2), pp 133-147.

UNICEF, (2002). A Voz dos Adolescentes. Disponível em: <http://www.unicef.org> Consultado em Novembro de 2006.

Wagner, A. et al (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1).

Wagner, A. et al, (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em estudo*, 7(1), Jan/Jun, pp 75-80.

Wagner, A. et al, (2005). Estratégias de Comunicação Familiar: A Perspectiva dos Filhos Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, 18(2), pp 277-282.

Williams, C. L. & Perry, C. L. (1998). Lesson From Project Northland: Preventing Alcohol Problems During Adolescence. *Alcohol and Youth*, 22(2), pp 107-116

World Health Organization (2002). Gender and Road Traffic Injuries. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85576.pdf>. Consultado a 02 de Maio de 2006.

World Health Organization (2006). What is a health promoting school? Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/print.html. Consultado a 26 de Abril de 2006.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA AO COLÉGIO

Exmº Sr Director do Conselho Pedagógico do Colégio Valsassina

Dr. João Valsassina

Assunto: Pedido de autorização.

Maria Teresa França Salvador, mestranda em Comunicação em Saúde, vem por este meio solicitar a V.Exª autorização para realizar nesse Colégio um estudo sobre "Percepção das consequências do consumo de álcool em adolescentes de um Colégio particular em Lisboa", que constituirá a sua tese de Mestrado.

Esse estudo irá implicar a participação dos alunos do Ensino Secundário, aos quais será aplicado questionário como instrumento de colheita de dados.

A data prevista para aplicação do questionário será Setembro de 2007, garantindo-se o anonimato do mesmo.

Agradeço desde já a vossa disponibilidade e apresento os melhores cumprimentos,

Teresa Salvador

Lisboa, 5 de Março de 2007

Autorizado, a 7/3/07
João Valsassina

Anexo 2

QUESTIONÁRIO

Percepção do Consumo de Álcool e suas Consequências

Questionário

O questionário que se segue faz parte integrante dum estudo de investigação sobre consumo de álcool e as suas consequências na população adolescente.

Os dados que forem recolhidos, de carácter pessoal ou familiar, sobre hábitos de consumo ou de opinião, só interessam para a investigação que estamos a desenvolver e nunca em termos individuais.

O que se pretende é que preenchas todo o questionário **com rigor e sinceridade** e sem qualquer tipo de receio uma vez que os dados são **CONFIDENCIAIS**.

O preenchimento não é demorado e é importante que respondas de forma espontânea. Não é um teste, não há respostas certas ou erradas.

Para responder à maioria das questões basta escolher a hipótese de resposta e marcar com um “X” o círculo correspondente.

Obrigada pela tua colaboração.

Podes começar.

Algumas perguntas sobre ti e sobre a tua família:

1. Idade: ____

2. Sexo: Fem...0
Masc. 0

3. Já reprovaste algum ano?
Sim O Não O

4. Se respondeste **sim**, em que ano reprovaste e quantas vezes?

Ano de escolaridade	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Nº de reprovações												

5. Como são os teus resultados escolares, comparando com os teus colegas de turma?

Estou na melhor terça parte da minha turma	O
Estou na terça parte mediana da minha turma	O
Estou na terça parte inferior da minha turma	O

6. Quem vive contigo na tua casa?

Pai	O
Mãe	O
Padrasto/companheiro da mãe	O
Madrasta/companheira do pai	O
Um irmão(ã)	O
Dois irmãos(ãs)/ou mais	O
Avô/Avó	O

Outros(especifica): _____

7. Não vivo com o pai ou a mãe porque:

Estão divorciados/separados	O
Está emigrado(a)	O
Faleceu	O
Outra situação	O
Qual? _____	

8. O teu pai trabalha:

A tua mãe trabalha:

Por conta própria	O	O	Por conta própria
Por conta de outrém	O	O	Por conta de outrém

Em que actividade: _____

Em que actividade: _____

9. Indica o nível de escolaridade dos teus pais:

Pai	Escolaridade	Mãe
<input type="radio"/>	1ºciclo / 4ºano de escolaridade	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	2º ciclo / 6ºano de escolaridade	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	3ºciclo / 9ºano de escolaridade	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Secundário / 12ºano de escolaridade	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Curso médio	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Curso superior	<input type="radio"/>

10. Hábitos familiares de consumo de bebidas alcoólicas:

	Pai	Mãe	Irmão(ã)
Bebe sempre à refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe às vezes à refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe a seguir às refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe só em festas/ou quando vai sair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não bebe/ Deixou de beber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas:

Nunca bebi	<input type="radio"/>
Bebi apenas uma ou duas vezes	<input type="radio"/>
Normalmente bebo todas as semanas	<input type="radio"/>
Bebo em festas/comemorações	<input type="radio"/>

12. Com que idade começaste a beber? _____ anos

13. Assinala os dias em que normalmente bebes:

Seg. ; Ter. ; Quar. ; Qui. ; Sex. ; Sáb. ; Dom. ;

14. Se pensares nos fins de semana (entre Sexta-feira e Domingo) e nas semanas (entre Segunda e Quinta-feira), em média, quantos copos de bebidas alcoólicas bebes?

	Durante o fim de semana	Durante a semana
Não bebi bebidas alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 ou 2 copos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 a 5 copos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 a 10 copos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 a 20 copos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 a 30 copos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Que bebidas costumavas beber? (podes assinalar várias opções):

Vinho	<input type="radio"/>
Cerveja	<input type="radio"/>
Whisky / Gin / Vodka	<input type="radio"/>
Shots	<input type="radio"/>
Cocktails	<input type="radio"/>
Champanhe	<input type="radio"/>

16. Se eu beber, acho que é:

Muito agradável	<input type="radio"/>
Agradável	<input type="radio"/>
Nem agradável/nem desagradável	<input type="radio"/>
Desagradável	<input type="radio"/>
Muito desagradável	<input type="radio"/>
Não sei	<input type="radio"/>

Lê cada uma das frases e marca com uma cruz, à esquerda relativamente ao Pai e à direita relativamente à Mãe, o que melhor corresponde ao teu caso:

17. Em que circunstâncias achas que os teus pais aceitam que tu bebas:

O meu pai aceita que eu beba:

A minha mãe aceita que eu beba:

Sim	Não	Não sei		Sim	Não	Não sei
			Sozinho em casa			
			Em casa com a família			
			Com amigos em casa			
			Numa festa em casa			
			Numa festa com os amigos			
			Nas discotecas			

18. Alguma vez te sentiste pressionado pelos teus amigos para beber?

muitas vezes	várias vezes	algumas vezes	raras vezes	nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Alguma vez te sentiste pressionado pela publicidade para beber?

muitas vezes	várias vezes	algumas vezes	raras vezes	nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Alguma vez te sentiste pressionado pelos teus pais para beber? (numa comemoração por exemplo)

muitas vezes	várias vezes	algumas vezes	raras vezes	nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Quantas pessoas conheces que bebem?

quase todas	mais de metade	metade	menos de metade	quase ninguém
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Pensas que és capaz de não beber nas seguintes situações:

	Tenho a certeza que <u>não bebo</u>	Tenho alguma certeza que <u>não bebo</u>	Não sei	Tenho alguma certeza que <u>bebo</u>	Tenho a certeza que <u>bebo</u>
Quando estás com pessoas que bebem és capaz de não beber?					
Quando estás com amigos que estão a beber és capaz de não beber?					
Quando te oferecem um copo és capaz de não beber?					
Quando saís com os teus amigos à noite és capaz de não beber?					
Quando estás na discoteca com os teus amigos és capaz de não beber?					
Quando saís com os teus amigos à tarde, és capaz de não beber?					

23. A seguir são apresentadas afirmações mais ou menos comuns acerca do consumo de álcool. Indica em que medida concordas com cada uma delas, fazendo uma cruz nas colunas que melhor correspondem à tua opinião.

1= Concordo totalmente; 2= Concordo; 3= Discordo; 4= Discordo completamente

	1	2	3	4
A bebida ajuda a ficar-se mais sociável				
As bebidas alcoólicas podem provocar quedas com maior ou menor gravidade				
As bebidas alcoólicas podem provocar comportamentos sexuais de risco				
Beber faz um indivíduo sentir-se mais homem/mulher				
As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro				
As bebidas alcoólicas ajudam a acalmar				
Quem bebe corre o risco de ficar dependente e de se tornar alcoólico				
As bebidas alcoólicas podem provocar o coma				
As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado				
As bebidas alcoólicas podem provocar alterações de memória significativas				
As bebidas alcoólicas podem provocar a morte				
As bebidas alcoólicas ajudam a sentir-se mais confiante				
As bebidas alcoólicas provocam aumento de incidência da gravidez na adolescência				
As bebidas alcoólicas podem prejudicar o fígado				
As bebidas alcoólicas podem causar atropelamentos				
Quem bebe pode ficar mais agressivo e envolver-se em brigas				
É bom/ agradável o sabor das bebidas alcoólicas				
As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a fazer e a dizer coisa que não queria				
As bebidas alcoólicas põem um pessoa mal disposta				
As bebidas alcoólicas podem causar acidentes de viação				
As bebidas alcoólicas alimentam				
As bebidas alcoólicas podem prejudicar o cérebro				

24. Lê atentamente cada uma das afirmações e assinala a resposta correcta para ti:

	Quase sempre	Por vezes	Quase nunca
Agrada-me a ajuda que recebo dos meus pais quando tenho algum problema			
Agrada-me a forma como os meus pais conversam comigo os assuntos de interesse comum e partilham a resolução dos problemas			
Os meus pais aceitam o meu desejo de fazer coisas novas e diferentes ou de fazer mudanças no meu estilo de vida			
Agrada-me o modo como os meus pais expressam o afecto que têm por mim			
Agrada-me o tempo que eu e os meus pais passamos juntos			

25. Pensas que seria útil existir uma disciplina integrada no currículo escolar sobre “estilos de vida /comportamentos saudáveis”?

Sim Não

26. Se respondeste sim que grau de importância lhe atribuirias?

Muito importante ;Importante ;Nada importante ;Não sei

27. Em caso afirmativo que temáticas deveriam ser abordadas?
(indica pelo menos 2)

FIM

AVALIAÇÃO DO ESTATUTO SÓCIO-ECONÓMICO

AVALIAÇÃO DO ESTATUTO SÓCIO-ECONÓMICO

OCUPAÇÃO	FORMAÇÃO	NÍVEL
Altos cargos do Estado ou da administração/direcção de grandes empresas; profissões liberais exigindo formação superior; Industriais e proprietários de grande dimensão.	Formação superior dos dois, ou de um exercendo função altamente remunerada. Secundário ou menos se proprietário de grande dimensão.	5.ALTO
Professores, engenheiros, arquitectos, técnicos com posições destacadas, notários, médicos, militares de carreira; Empresários; Funções directivas em empresas ou instituições; Profissões liberais não manuais.	Superior; 12ºano.	4.MÉDIO-ALTO
Empresário/ empreiteiro/ construtor civil/ comerciante/ militar de carreira/ proprietário/industrial/ comercial/ exploração agrícola/ agro-pecuárias de média dimensão/ chefias médias/ operários altamente especializados/ gerente de pequena empresa/ empregados de escritório e funcionários públicos com funções exigindo pelo menos o 3º ciclo/ trabalhadores especializados por conta própria.	1º ciclo (empresários/ comerciante com estabelecimento próprio) 2º/ 3º ciclo/ secundário	3.MÉDIO
Operários, empregados de pequeno comércio/ balcão/ mesa/ cozinha/ bate-chapas/ motorista de pequena empresa/ trabalhador agrícola/ trabalhador da construção civil/ soldado das F. Segurança/ canteiro/ canalizador/ electricista	2º ciclo ou 3º (mas monoparental/ desempregado)	2. MÉDIO-BAIXO
Profissões não especializadas/ serviços de limpeza/ auxiliares/ desempregados/ pensionistas	1º ciclo, 2º ciclo (monoparental/ desempregado)	1.BAIXO

Partindo do quadro apresentado, considerou-se sempre o elemento (pai ou mãe) com mais formação académica e o exercício de funções consideradas mais elevadas. Teve-se ainda em consideração o facto de os rendimentos familiares provirem dos dois pais, ou de um não trabalhar, não existir ou ter falecido.

Tabela adaptada de Frazão (2004).

TABELAS

Tabela 1. Teste de normalidade: Hábitos pessoais – Ano lectivo

	Ano	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas	10º	76	,000	76	,000
	11º	40	,000	40	,000
	12º	26	,000	26	,000

Tabela 2. Teste de normalidade: Hábitos pessoais – Tipo de família

	Tipo_de_familia	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas	Intacta	101	,000	101	,000
	Monoparental	27	,000	27	,000
	Reconstituída	7	,012	7	,008

Tabela 3. Teste de normalidade: Idade de início – Ano lectivo

	Ano	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Com que idade começaste a beber?	10º	67	,000	67	,000
	11º	40	,000	40	,010
	12º	24	,074	24	,043

Tabela 4. Ranks do teste de Kruskal Wallis: Idade de início – Ano lectivo

	Ano	N	Mean Rank
Com que idade começaste a beber?	10º	67	56,26
	11º	40	68,71
	12º	24	88,67
	Total	131	

Tabela 5. Teste de normalidade: Idade de início – Tipo de família

	Tipo_de_familia	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Com que idade começaste a beber?	Intacta	93	,000	93	,000
	Monoparental	26	,008	26	,176
	Reconstituída	7	,200	7	,144

Tabela 6. Teste de normalidade: Frequência de consumo – Ano lectivo

	Ano	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Entre Sexta e Domingo (fins de semana), em média quantos copos de bebidas alcoólicas bebes?	10º	71	,000	71	,000
	11º	41	,000	41	,000
	12º	27	,015	27	,020

Tabela 7. Teste de normalidade: Frequência de consumo – Tipo de família

	Tipo_de_familia	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Entre Sexta e Domingo (fins de semana), em média quantos copos de bebidas alcoólicas bebes?	Intacta	98	,000	98	,000
	Monoparental	27	,000	27	,000
	Reconstituída	7	,015	7	,020

Tabela 8. Teste de normalidade: Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar – Ano lectivo

	Ano	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Pensas que seria útil existir uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"?	10º	79	,000	79	,000
	11º	41	,000	41	,000
	12º	27	,000	27	,000

Tabela 9. Teste de normalidade: Existência de uma disciplina integrada no currículo escolar – Tipo de família

	Tipo_de_familia	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Pensas que seria útil existir uma disciplina integrada no currículo escolar sobre "estilos de vida/comportamentos saudáveis"?	Intacta	104	,000	104	,000
	Monoparental	29	,000	29	,000
	Reconstituída	7	,007	7	,001

Tabela 10. Teste de normalidade: Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar – Ano lectivo

	Ano	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Que grau de importância lhe atribuirias?	10º	44	,000	44	,000
	11º	13	,000	13	,000
	12º	14	,000	14	,000

Tabela 11. Teste de normalidade: Grau de importância atribuído à disciplina integrada no currículo escolar – Tipo de família

	Tipo_de_familia	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		N	p-value	N	p-value
Que grau de importância lhe atribuirias?	Intacta	50	,000	50	,000
	Monoparental	12	,000	12	,000

