



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

THAIS OLIVEIRA SANTOS

**FATORES RELACIONADOS AO USO PRECOCE DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS POR ADOLESCENTES DO DISTRITO DE MIRITITUBA,
NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Itaituba – PA

2021

THAIS OLIVEIRA SANTOS

**FATORES RELACIONADOS AO USO PRECOCE DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS POR ADOLESCENTES DO DISTRITO DE MIRITITUBA,
NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Juliane de Almeida Lira

Itaituba - PA

2021

THAIS OLIVEIRA SANTOS

**FATORES RELACIONADOS AO USO PRECOCE DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS POR ADOLESCENTES DO DISTRITO DE MIRITITUBA,
NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Juliane de Almeida Lira

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof^a Ma. Juliane de Almeida Lira Nota: 10,0
Prof. Nome, titulação

Avaliador (a): Prof. Esp. Silvio Jadão Fernandes Nota: 9,9
Prof. Nome, titulação

Avaliador (a): Prof. Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues Nota: 9,9
Prof. Nome, titulação

Resultado: APROVADA Média: 9,9

Data: 28 de Abril de 2021

Aos meus genitores por todo esforço para que eu chegasse até aqui, ao meu avô Manoel Sampaio e ao meu filho José, por todo o amor que me ofereceram. Com gratidão dedico-lhes essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas bênçãos e proteção e em especial pela realização deste sonho e ainda pelo sustento dado a mim e a minha família no decorrer dessa jornada de cinco anos.

De maneira especial, agradeço minha mãe, Francisca Santos por ser meu alicerce, por me servir como exemplo de mulher, mãe e profissional, pelo apoio e encorajamento e também pelo amor incondicional. Da mesma forma agradeço ao meu pai, Zedequias Perim, pelos conselhos, apoio financeiro, pelos cuidados e dedicação para que eu alcançasse esse objetivo.

Agradeço meu filho José por está comigo a todo instante me ouvindo mesmo sem me entender, e apesar dos prejuízos foi o melhor presente que a vida me deu em 2019.

Meu namorado Ariel Lira por sempre está ao meu lado, me dando todo o apoio necessário além de acreditar em meu potencial e em minha capacidade.

Aos colegas de classe, que se tornaram pra mim exemplos de superação, força, coragem, determinação, garra e persistência o que somou efetivamente em minha vida pessoal e acadêmica.

Em especial agradeço meus colegas e companheiros de estágio supervisionado I e II, Ana Larissa, Amanda Karinne, Antônio Estêvão, Andressa Silva, Jéssica Matos, Lúcia Dione, Marco Aurélio, Raimundo Arlos e Shirley Pimentel pela parceria, força e amizade na reta final de nossa jornada. Além destes agradeço aos supervisores de estágio os quais são colaboradores direto de nossa conquista e ainda a todos aqueles que por algum motivo precisaram ficar no meio do caminho.

Aos meus professores, mestres e doutores pelos ensinamentos, paciência, dedicação e por partilhar de seus conhecimentos a fim de contribuir no processo de formação profissional.

Em especial à minha orientadora Juliane de Almeida Lira por acreditar em minha capacidade e por me servir de exemplo como enfermeira.

Às minhas irmãs do peito, Ariane Teixeira e Riândria Maia, pelas conversas, conselhos, cuidados e por estarem comigo nos altos e baixos, me reerguendo e ajudando a seguir em frente.

A toda a minha família, por me servir de incentivo e inspiração.

Agradeço ainda aqueles que estiveram presentes em minha vida em algum momento somando de forma significativa bem como meus amigos Tauan Renan,

Kalebe Sousa, Cayque Lima e Matheus Gomes os quais me ensinaram muito além de me incentivar, cuidar, ajudar, aconselhar, me fazer rir e me proporcionar bons momentos cheios de diversão e descontração.

Enfim, agradeço a todos os colegas e amigos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, seja com uma palavra de incentivo, apoio, uma conversa nos momentos de desespero em meio às madrugadas ou por uma simples carona para a faculdade. Sem todos, eu certamente não teria chegado até aqui.

Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos.

(Paulo Freire)

RESUMO

O álcool por ter seu uso aceito pela sociedade tornou-se uma substância de fácil acesso fazendo parte de inúmeros eventos, porém seu uso frequente e exagerado tornou-se um problema de saúde pública, principalmente quando seu uso é feito de forma precoce. A adolescência por sua vez, é considerada a fase em que o indivíduo se encontra mais vulnerável e aberto a novas práticas, por está no período de grandes descobertas e desafios. Diante este cenário objetiva-se de forma geral identificar os fatores relacionados ao uso precoce de bebidas alcoólicas por adolescentes do distrito de Miritituba, Pará e especificamente mensurar a quantidade de adolescentes do distrito que fazem uso de bebidas alcoólicas, conhecer a idade predominante no consumo inicial de álcool e especificar as bebidas mais consumidas pelos adolescentes. Conforme a metodologia trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de levantamento, com estudo do tipo teórico empírico, de abordagem quantitativa, com aplicação de questionário estruturado a adolescentes com residência fixa no distrito de Miritituba, do município de Itaituba, Pará. No estudo participaram 417 adolescentes, predominando os do sexo masculino (53,4%), em sua maioria de cor parda (78,0%) e com renda familiar prevalente entre 1 e 2 salários mínimos (56,0%). Dos participantes, 191 afirmam fazer uso de bebidas alcólicas, a maioria com frequência de mais de uma vez por mês (50,2%), tendo como lugar preferencial a casa de amigos (47,6%), sendo mais da metade (48,6%) com permissão dos responsáveis. Constatou-se ainda que a maioria dos adolescentes (53,9%) começou beber com idade entre 13 e 14 anos, tendo como bebida preferida a cerveja (48,1%) e a influência recebida por parentes e amigos (31,9%) é considerada o principal fator que leva os adolescentes a ingerirem bebidas alcoólicas precocemente. Destaca-se, a importância dos profissionais de enfermagem aliados à Atenção Básica de Saúde, que por estarem mais próximos à sociedade e em contato frequente com os problemas vivenciados por grupo, tornam-se a peça primordial para o acesso, comunicação e transmissão de informação aos adolescentes envolvidos em situações que à saúde e aos demais âmbitos da vida.

Palavras – chave: Alcoolismo. Saúde Pública. Adolescência.

ABSTRACT

Because its use has been accepted by society, it has become an easily accessible substance as part of numerous events, but its frequent and exaggerated use has become a public health problem, especially when it is used early. Adolescence, in turn, is considered the phase in which the individual is most vulnerable and open to new practices, because it is in the period of great discoveries and challenges. Given this scenario, the general objective is to identify the factors related to the early use of alcoholic beverages by adolescents in the district of Miritituba, Pará and specifically to measure the number of adolescents in the district who use alcoholic beverages, to know the predominant age in initial consumption of alcohol and specify the drinks most consumed by teenagers. According to the methodology, this is a descriptive and exploratory survey, with an empirical theoretical study, with a quantitative approach, with the application of a structured questionnaire to adolescents with fixed residence in the district of Miritituba, in the municipality of Itaituba, Pará. 417 adolescents participated, predominantly male (53.4%), mostly brown (78.0%) and with a family income prevailing between 1 and 2 minimum wages (56.0%). Of the participants, 191 say they use alcoholic beverages, most of them more than once a month (50.2%), with friends (47.6%) being the preferred place, with more than half (48.6%) with the permission of those responsible. It was also found that the majority of adolescents (53.9%) started drinking between the ages of 13 and 14, with beer (48.1%) and the influence received by relatives and friends (31.9%) is considered the main factor that leads adolescents to drink alcohol early. It stands out, the importance of the nursing professionals allied to the Primary Health Care, that because they are closer to society and in frequent contact with the problems experienced by the group, they become the primordial piece for the access, communication and transmission of information to adolescents involved in situations that affect health and other areas of life.

Keywords: Alcoholism. Public health. Adolescence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	- Caracterização dos participantes da pesquisa e especificação por gênero dos adolescentes que ingerem bebidas alcóolicas do Distrito de Miritituba, Município de Itaituba, Pará.....	37
Tabela 02	- Representação por faixa etária dos participantes da pesquisa.....	38
Tabela 03	- Representação por raça/cor e renda familiar dos envolvidos na pesquisa que fazem consumo de bebidas alcoólicas.....	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	- Correlação entre a idade e sexo dos participantes que fazem o consumo de álcool.....	38
Gráfico 02	- Grau de escolaridade dos participantes da pesquisa que fazem uso de bebidas alcoólicas.....	40
Gráfico 03	- Bebidas de preferência dos participantes envolvidos na pesquisa.....	41
Gráfico 04	- Fatores relacionados à precocidade no consumo de bebidas alcoólicas pelos participantes da pesquisa.....	42
Gráfico 05	- Faixa etárias correspondentes a inicialização do consumo de bebidas alcoólicas pelos participantes da pesquisa.....	43
Gráfico 06	- Frequência no consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes envolvidos na pesquisa.....	44
Gráfico 07	- Lugares frequentemente usados para ingestão de álcool.....	45
Gráfico 08	- Índice dos adolescentes que possuem permissão dos pais/responsáveis para uso de bebidas alcoólicas.....	46
Gráfico 09	- Índice de adolescentes que fizeram compra de bebidas alcoólicas sem documento de identidade.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	-	antes de Cristo
CAPS AD	-	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
CH ₃ CH ₂ OH	-	Álcool
CO ₂	-	Dióxido de Carbono
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	-	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONG	-	Organizações não Governamentais
SNC	-	Sistema Nervoso Central
SPA	-	Substância Psicoativa
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	PROCESSO HISTÓRICO DAS BEBIDAS ALCÓOLICAS.....	16
2.1.1	Bebidas destiladas e o alambique	18
2.1.2	Excesso no uso de bebidas alcóolicas.....	19
2.1.3	O álcool e a Revolução Industrial	20
2.2	O ALCOOLISMO.....	21
2.3	ADOLESCENCIA.....	22
2.4	CONSEQUÊNCIAS DO USO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS NA ADOLESCÊNCIA.....	24
2.4.1	Riscos sexuais.....	25
2.4.2	Uso de bebidas alcóolicas e o envolvimento em acidentes de trânsito....	25
2.4.3	Consequências sobre o âmbito escolar.....	26
2.4.4	Consequências sobre a saúde.....	26
2.4.5	Risco de dependência na vida adulta.....	28
2.5	POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO USO DO ÁLCOOL.....	28
2.5.1	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD).....	30
2.6	PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	31
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2	LOCAL DE ESTUDO	33
3.3	PERÍODO DE ESTUDO E POPULAÇÃO AMOSTRA.....	34
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	35
3.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
3.7	ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.....	35
3.8	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5	CONCLUSÃO.....	48

REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	58
APÊNDICE A.....	58
APÊNDICE B.....	60
ANEXOS.....	63
ANEXO A.....	63
ANEXO B.....	77

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é classificada como a fase da vida humana que compreende a diversas mudanças, das psicossociais às biológicas, onde a vulnerabilidade do indivíduo encontra-se em alta, e a curiosidade, desejo e busca por experiência tendem a ser mais intensas além de ser considerado como o período da procura pela identidade própria e demonstração de autonomia do ser humano (MALTA *et al.*, 2014).

As mudanças físicas e psicológicas por sua vez podem levar o indivíduo a um processo de grandes descobertas e por ser uma fase em que o indivíduo é considerado influenciável, os adolescentes tornam-se propensos a práticas perigosas, que podem refletir negativamente na vida social, familiar e escolar desse grupo (VIEIRA *et al.*, 2008).

Destaca-se, portanto que a procura por novas experiências e sensações pode está associada à busca precoce dos adolescentes por substâncias lícitas e ilícitas. Tais procuras podem está ligadas direta ou indiretamente a qualidade e estilo de vida dos adolescentes, levando em consideração os fatores individuais da vida destes, seja ele micro ou macrosocial (BRITO *et al.*, 2015).

Diante do contexto de mudanças comportamentais e das curiosidades despertadas, aumentam-se também as preocupações nesta fase da vida, visto que a adolescência é o período mais propício a ingestão de bebidas alcólicas e utilização de outras drogas que podem causar modificações neurofisiológicas gerando efeitos graves à memória, inteligência e aprendizagem (PIEROBON *et al.*, 2013).

O consumo de bebidas alcólicas, intensificou-se ao longo dos anos, sendo inserido na maioria das culturas, utilizada comumente em festividades, cerimônias, ocasiões sociais e corriqueiramente associado aos momentos de diversão e lazer dos seres humanos. No entanto, o seu consumo frequente é considerado um problema de saúde pública por apresentar experimentação cada vez mais precoce, na fase da adolescência (BRASIL, 2011).

O álcool é conhecido por ser uma droga legalizada, classificado como a substância psicoativa mais usada por crianças e adolescentes em âmbito mundial, aumentando significativamente as preocupações voltadas a seu consumo, uma vez que seu uso frequente e intenso pode gerar diversos danos à

vida do adolescente, seja ele a curto ou a longo prazo, pois gera prejuízos à saúde, tais como: alterações neurológicas, e uma série de problemas sociais, como os riscos de envolvimento em acidentes de trânsito, violência, gravidez precoce, transmissão de IST's, evasão escolar, risco de dependência alcóolica na vida adulta, além de representar a porta de entrada para uso de drogas ilícitas (COUTINHO *et al.*, 2016).

Apesar de existirem leis de punição a indivíduos que de alguma forma fornecem bebidas alcóolicas a adolescentes e também da proibição de venda a menores de 18 anos, mostra-se elevado o índice de adolescentes que ingerem bebidas alcóolicas a nível mundial, tornando o consumo precoce um desafio à saúde pública, visto que o adolescente não encontra-se preparado psicologicamente e fisiologicamente para a ingestão do álcool (LEPRE; MARTINS, 2007). Diante do exposto vislumbra-se como questão norteadora: Quais os fatores desencadeantes da busca precoce por bebidas alcóolicas na adolescência?

A relevância deste estudo está na escassez de pesquisas que buscam conhecer os fatores que contribuem para o desenvolvimento do hábito de ingestão de bebidas alcóolicas em adolescentes da região do Tapajós. De tal forma o estudo proporcionará informações a acadêmicos e a profissionais da área da saúde sobre a temática, além de contribuir para a elaboração e execução de projetos e ações que visem prevenção ao uso precoce do álcool, este que está intrinsecamente ligado a diversos desequilíbrios socioeconômicos e culturais.

O estudo apresentado tem como objetivo geral identificar os fatores relacionados à precocidade no consumo de bebidas alcóolicas por adolescentes do Distrito de Miritituba, Pará, e especificamente mensurar a quantidade de adolescentes do distrito que fazem o uso de bebidas alcóolicas, conhecer a idade predominante no consumo inicial de álcool e especificar as bebidas mais consumidas pelos adolescentes.

A metodologia utilizada neste estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de levantamento, com estudo do tipo teórico empírico, de abordagem quantitativa, com aplicação de questionário estruturado a 417 adolescentes com residência fixa no distrito de Miritituba, do município de Itaituba, Pará.

O trabalho apresenta-se disposto em cinco capítulos, sendo o primeiro denominado introdução, seguido respectivamente por fundamentação teórica, metodologia, resultados e discussão e conclusão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PROCESSO HISTÓRICO DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS

De acordo com Standage (2005), a água sempre foi o líquido essencial para manter com vida os seres humanos desde relatos de seu surgimento, porém as novas descobertas, as mudanças dos hábitos dos povos pré-históricos e as alterações no estilo de vida fizeram com que novas bebidas derivadas basicamente do processo de fermentação fossem inseridas na sociedade e adotadas pelos seres humanos.

Sobre o processo de fermentação, Milan e Ketcham (1986) exemplificam que um fungo denominado levedura ao se alimentar de alimentos doces, cereais, frutas ou até mesmo batata, libera uma enzima capaz de transformar o açúcar presente nesses materiais em dióxido de carbono (CO_2) e álcool ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$), sendo o álcool etílico, etanol ou conhecido popularmente como álcool, resultado do excremento de leveduras.

Segundo Bertoni (2006), achados arqueológicos mostram que na China por volta do ano 8.000 a. C foi preparada a primeira porção contendo álcool na história da humanidade, reforçando a ideia de que o álcool está presente na sociedade desde a época Pré-histórica.

Pesquisas apontam também que há evidências do consumo de álcool durante o período Neolítico sendo interligado a adoção da agricultura, período na história da humanidade que marcou a mudança do estilo de vida nômade para um mais fixo, formando assim as primeiras cidades e consequentemente as primeiras civilizações (STANDAGE, 2005).

Villen (2002) retrata em seus estudos a respeito de um período em que a fermentação de grãos de cereais para a produção de bebidas alcólicas era utilizada por povos sumérios e babilônios antes do ano 6.000 a.C, tempos depois há relatos também dos povos egípcios realizando tal prática, datando por volta de 2.000 a.C, fortalecendo os fatos de que o álcool está inserido no meio da sociedade desde a antiguidade.

Existem ainda traços da produção de bebidas alcólicas, por exemplo, realizada pelos povos egípcios em objetos usados na época que demonstram todas as fases que vão desde a fabricação das bebidas, por meio da fermentação dos produtos agrícolas à comercialização e consumo de vinho e cervejas, que na época

eram bem menos sofisticadas que atualmente, porém foi apenas na Idade Média que as bebidas alcóolicas tornaram-se mais conhecidas, mais presentes em diferentes tipos de ocasiões o que as levou a serem comercializadas em escala maior (FLANDRIN; MONTANARI, 1998).

Além da comercialização em alta escala de vinho e cerveja durante a Idade Média, cresceu também sua regulamentação, e logo na Idade Moderna durante a Renascença iniciou-se efetivamente a fiscalização de cabarés e tabernas para que seu horário de funcionamento fosse estipulado, estes eram considerados na época como o local onde as pessoas faziam o uso do álcool livremente, manifestavam seus pensamentos e realizavam debates políticos (GARATTONI, 2008).

Flandrin e Montari (1998) afirmam ainda que na cultura ocidental, especificamente entre os Romanos e Egípcios o álcool alcançou uma posição de destaque no meio da sociedade, principalmente o vinho que na época além de ser essencial no meio socioeconômico e religioso, também era importante e conhecido por suas propriedades curativas, servindo até para o tratamento de doenças agudas e crônicas, atividade tal qual é atribuída a Hipócrates.

Há relatos mais recentes sobre o uso do álcool entre os povos africanos e ameríndios que antes dos europeus chegarem à América já faziam uso e fabricavam bebidas alcóolicas, principalmente cachaça, produção na qual já era bem acentuada, embora o teor do álcool estivesse diminuído por ser obtido de frutas, sementes e raízes (ALENCASTRO, 2000).

Por este e outros fatos, no Brasil por um curto período na história da humanidade reinou um preconceito acerca do consumo de cachaça, que apesar de ser apreciada por pessoas de diferentes segmentos sociais, em sua maior parte o consumo estava ligado a camada mais pobre da sociedade, representada por pessoas negras, fazendo com que no século XX fosse classificada como uma bebida quase exclusivamente de negros (ALENCAR, 2008).

Braudel (1970) afirma que o consumo do álcool independente da quantidade ingerida, da especificidade da época, povos e contexto, apresenta seu significado dentro de cada cultura, podendo agregar valores a ela desde que sejam obedecidas as regras de consumo e comportamentos priorizando os espaços e as situações adequadas nas quais a bebida é preconizada.

Ressalta-se que desde a fermentação das primeiras bebidas alcóolicas, seu uso está quase que inteiramente voltado às festas, comemorações em família ou em

grupo principalmente por seu efeito de embriagues que faz com que o indivíduo se sinta mais livre e desinibido, tornando as festividades mais divertidas, porém os motivos que levam os indivíduos a beber pode variar, por isso o uso do álcool nem sempre foi discriminado (SALES, 2010).

2.1.1 Bebidas destiladas e o alambique

Além das bebidas fermentadas, foram desenvolvidas também as destiladas, que séculos atrás eram chamadas de aguardentes. Em sua maioria até o século XV eram produzidas em pequena escala por médicos e boticários servindo como base para a produção de poções terapêuticas as quais eram usadas no combate a doenças, cicatrização de feridas e úlceras, alívio rápido e eficiente de dores, porém era uma bebida rara e com o custo mais elevado por sua grande serventia (BRAUDEL, 1970).

No entanto, no final do século XV e início do século XVI, o que antes era produzido em pouca escala apenas por médicos da época e boticários passa a ser produzido também por comerciante, ou seja, daí dá-se início a industrialização dos destilados, aumentando sua produção e conseqüente reduzindo os preços, resultando assim no consumo por pessoas de todas as classes sociais (SALES, 2010).

Segundo Braudel (1970), a chegada das bebidas destiladas na América se deu por volta dos últimos anos do século XVI aos primeiros anos do século XVII, juntamente com o alambique que de acordo historiadores proporcionou aos europeus superioridade sobre todos os povos, uma vez que era possível através deste obter bebidas como: rum, uísque, Kornbrand, vodca, calvados, bagaceira, aguardente, gim, com alto teor alcóolico, diferente das fabricadas anteriormente.

Tendo como matéria-prima o elemento conhecido popularmente como cobre por apresentar características especiais e vantajosas, o alambique foi criado com o objetivo de facilitar e melhorar a fermentação de produtos e grãos para a obtenção das bebidas alcóolicas de uma forma mais eficiente, e com um teor alcóolico mais elevado do que o que se tinha até então naquele século (CARDOSO, 2013).

Segundo Costa-Filho (1963), conforme se intensificava o processo de industrialização, mais evidente ficava a importância econômica do álcool. Na segunda metade do século XVII, por exemplo, a indústria de destilados foi a única a continuar de pé em meio a uma crise agrícola que pôs abaixo os preços de produtos

como trigo e centeio, onde mais uma vez facilitou seu acesso à população mais pobre, seja ela do campo ou meio urbano.

Contudo o consumo de bebidas fermentadas por ameríndios e africanos entrou em declínio, dando espaço as bebidas destiladas e ao alambique, causando impacto ético destes povos, e uma vez que interferiu na cultura e costumes tornou-se comum o aparecimento de intoxicação proveniente do consumo de álcool, visto que se tratava de uma novidade em seu meio, até então tendo seus efeitos desconhecidos (ALENCASTRO, 2000).

2.1.2 Excesso no uso de bebidas alcóolicas

Sendo o consumo dos novos tipos de bebidas alcóolicas desassociado dos costumes tradicionais que antes eram preservados por ameríndios e africanos e realizada a adesão de bebidas com maior teor de alcóolico, o alcoolismo propriamente dito tornou-se cada vez mais frequente. A igreja Católica por sua vez defendia a ingestão do vinho e julgava outros tipos de bebida, inclusive a cachaça por permitir drásticas mudanças comportamentais em quem as consumia (MEIRA, 2010).

O consumo do álcool que antes estava ligado a rituais tradicionais e afirmação cultural de grupo passou a ser então a ser consumido de forma exagerada e relacionado ao alcoolismo, tendo como seus contribuintes o acesso fácil às bebidas e às cidades onde sua venda era realizada. Uma vez deixados de lado os costumes de determinada população, dá-se espaço a deterioração das relações do indivíduo com a sociedade, promovendo a perda de vínculos com suas raízes (ACSELRAD *et al.*, 2012).

Ainda nesta período, parte da população indígena fez relação do uso de bebidas alcóolicas da época - vinho, cachaça, uísque e conhaque - ao descontrole, visto que as pessoas que se embriagavam se envolviam mais fácil em brigas e conflitos familiares, acidentes, praticavam atos de violência com maior frequência, além da perda cultural e baixa produtividade no trabalho (FIDELIS-DIAS, 2008).

Esse uso exagerado de álcool passou a ser visto como uma doença, sendo classificada na época como uma das enfermidades mais comuns no meio de indígenas e ameríndios, ligado às mudanças culturais e alterações no estilo de vida de grande parte destes povos (GUIMARAES; GRUBITS, 2007).

Savater (2000) discorre a respeito da história evolutiva das bebidas alcóolicas e destaca que o álcool é tão antigo quanto à existência da própria sociedade, além disso, afirma que todas as sociedades tiveram acesso ou fizeram uso em algum momento de substâncias capazes de alterar as percepções da realidade, seja por curiosidade, por hábitos culturais ou simplesmente pelo desejo de se abster da realidade, mesmo que por um curto período de tempo.

2.1.3 O álcool e a Revolução Industrial

É notória a contribuição da Revolução Industrial para o aumento da fabricação e industrialização de bebidas alcóolicas a qual trouxe inovações dotadas de modernidade tanto para as práticas de produção das bebidas quanto para a diminuição do seu valor no mercado favorecendo o uso generalizado do álcool (SALES, 2010).

Para Gigliottie e Bessa (2004), esse processo de industrialização proporcionou modificações, modernização e inovação tanto para a sociedade em geral, quanto isoladamente para a produção de bebidas alcóolicas, o que fez crescer significativamente a sua qualidade e também consumo, porém a partir da elevação do teor de álcool nessas bebidas aumentam-se também os problemas relacionados à saúde além de favorecer a sua dependência.

O etanol conhecido como o álcool presente nas bebidas alcóolicas consumidas pelos humanos é definido por Santos (1998), como uma substância psicoativa, ou seja, uma substância química capaz de agir principalmente no Sistema Nervoso Central (SNC), podendo alterar funções cerebrais e causar modificações comportamentais fornecendo um prazer temporário, e caso utilizado em grandes quantidades e em longos períodos de tempo, pode até mesmo levar o indivíduo à dependência.

Frente às consequências neurológicas e a forte influência no desenvolvimento de transtornos mentais, no ano de 1967 após uma reformulação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou à classificar o alcoolismo como doença, incluindo-o à Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e recomendando que as autoridades mundiais encarassem o assunto em questão como um problema de saúde pública (OMS, 2003).

2.2 O ALCOOLISMO

De acordo com a OMS (2003), o alcoolismo é classificado como uma doença, a qual se caracteriza pela alta ingestão de álcool com frequência que pode resultar na dependência alcóolica além de causar danos, seja ele social, biológico ou psicológico.

O alcoolismo é definido ainda por Monteiro (2007) como uma doença de alta complexidade e amplitude a qual necessita de grande atenção e requer um tratamento específico, seja ele profilático ou com apoio psicológico, seja em curto ou por um longo período de tempo.

Para Oliveira e Cobucci (2012), seja o alcoolismo na adolescência, na vida adulta ou em qualquer fase da vida, é capaz de causar diversos danos a vida do indivíduo, seja na vida profissional, social, econômica e familiar, como por exemplo, no caso da geração de desemprego, desvio de conduta, atrito familiar, episódios de violência, além de diminuir a autoestima, causar medo, ansiedade, solidão e angústia.

Os autores reforçam ainda que o alcoolismo além de gerar sérios prejuízos à saúde, em alguns casos irreversíveis, o mesmo serve de desagregador de laços sociais, causador de desordem pública, gerador de conflitos familiares, influenciador de abuso de menores, além de gerar problemas financeiros e ocupacionais (OLIVEIRA; COBUCCI, 2012).

Assim como outras doenças classificadas como crônicas, o alcoolismo por sua vez, também pode ser evitado, desde que sejam utilizadas estratégias eficazes de sensibilização como por exemplo, por meio da educação em saúde, evidenciando de forma clara e concisa os malefícios acarretados pelo consumo extenso e excessivo do álcool (CANDEIAS, 1997).

Além de constituir um grave problema de saúde pública, acredita-se que o álcool é a droga lícita mais usada e acessível em todo mundo e além disso está entre as primeiras escolhas no consumo de crianças e adolescentes o qual gera um grande número de consequências indesejáveis (JESUS *et al.*, 2011).

Por oferecer uma vasta variação de valores, formulas, sabores e tipos, as bebidas alcóolicas se fazem presente em diversos tipos de ocasiões, sendo no Brasil considerado uma droga lícita, proveniente de produtos naturais ou sintéticos

capaz de causar alterações comportamentais podendo ser encontrada na forma de fermentados ou destilados (BERTONI, 2007).

Por ser uma droga legalizada, o álcool é aceito em diversas culturas do mundo e faz-se presente em diversas ocasiões, sendo apreciado por pessoas de todos os grupos sociais, gêneros, raça, cor e faixa etária, além disso, são diversos fatores que contribuem para que as pessoas façam o uso desse produto, principalmente quando se diz respeito ao consumo na fase da adolescência, podendo se destacar a influência familiar, influência também dos ciclos de amigos e questões sociais (DÉA *et al.*, 2004).

Pechamsky (2001) reforça que os jovens buscam a cada dia mais imitar os comportamentos e hábitos dos adultos principalmente no diz respeito ao uso de substâncias, pois a percebem como forma de expressão, independência e autonomia. Diante essa busca pela sensação de maturidade os adolescentes passam a experimentar o álcool, cigarro e até mesmo drogas ilícitas.

2.3 ADOLESCÊNCIA

A fase da vida conhecida como adolescência inicia-se com a puberdade, onde começa no indivíduo o processo de mudanças corporais e termina quando o mesmo finaliza seu crescimento e obtém personalidade própria, é compreendida como o período de transição entre a infância e a vida adulta do ser humano, sendo representada pelo ápice dos desenvolvimentos físico, mental, emocional, sexual e social (TANNER, 1962).

A adolescência é ainda definida por Calligaris (2000) como uma condição imposta pelos adultos onde a criança se integra a sua cultura e aprende seus valores dando ênfase aos aspectos em destaque em uma sociedade, como a vida amorosa, financeira e social, ou seja, o adolescente é aquele que assimilou os valores de uma sociedade, cujo corpo e a mente chegaram à maturação.

As alterações físicas, hormonais e mentais sofridas na adolescências são capazes de causar mudanças no modo de agir e pensar do indivíduo, o que levam a reflexões sobre o papel social do adolescente, sendo elas sobre o futuro a seguir ou sobre a brusca passagem da infância para a vida adulta (BESERRA; SOUSA; ALVES, 2014).

Para Aberastury e Knobel (1992), a puberdade representa uma nova experiência ao indivíduo e acaba se tornando capaz de gerar sentimento de

insatisfação e estranheza no adolescente, resultando em alguns casos em uma “crise existencial” que resulta na instabilidade emocional do indivíduo, gerando por sua vez ansiedades e angústias próprias dessa fase de vida.

Em decorrência a essas mudanças, de acordo com o psicanalista Erikson (1972), o indivíduo pode ainda desenvolver uma “crise de identidade”, como resultado da busca pelo “eu”, somando a essa fase revolta, angústia, dificuldade de relacionamento e até mesmo conflito de valores, por sua vez, levando o adolescente à busca por escape.

Em relação à idade referente à adolescência, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei 8.069, de 1990, define como adolescente o indivíduo com faixa etária de 12 a 18 anos de idade como disposto no artigo 2º, e, em casos mais específicos e se disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade, sendo representado nos artigos 121 e 142 da lei em questão (BRASIL, 1990).

A adolescência é ainda marcada pela transitoriedade, onde o indivíduo constrói sua identidade sendo estimulado pelos valores culturais, familiares e também do ambiente onde se encontra inserido. Nesse contexto surgem as influências e as novas experiências, que podem incluir o uso de drogas lícitas e ilícitas como fatores de socialização e expressão (MICHAUD, 2001; SCHENKER; MINAYO, 2003).

De acordo com Scivolletto e Giusti (2007), os adolescentes são donos de uma curiosidade natural, além de buscarem por realizações imediatas o que pode levá-los em grande parte a experimentação de novas substâncias para o alcance do prazer almejado, que é o proporcionado pelo uso de álcool e outras drogas.

Blackson e Tarter (1994) afirmam que além da curiosidade e sensação de prazer, o uso do álcool e drogas tornou-se um dos fatores determinantes diante a necessidade de inserção e aceitação dos adolescentes em grupos, o que resulta em um maior índice de uso precoce de bebidas alcólicas.

Becker (1997) corrobora afirmando que o adolescente ao se inserir em determinado grupo é capaz de encontrar conforto, padronizando suas ideias e atitudes, vigorando certa conformidade de comportamento, hábitos e pensamentos que proporciona ao jovem uma identidade coletiva.

O álcool é considerado por diversos estudiosos como a Substância Psicoativa (SPA) mais utilizada no meio dos adolescentes e seu uso está associado à

morbimortalidade mundial tanto relacionado à Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), quanto à causas externas, por essa e outras razões faz-se referência à importância da família para serem evitados comportamentos sociais de risco por parte dos adolescentes (BUNING; OLIVEIRA, 2004; VÉRONNEAU; TREMPÉ; PAIVA, 2014).

Além de ser considerado um problema de saúde pública, o uso de bebidas alcoólicas por adolescentes pode acarretar sérios riscos à saúde, além de está relacionado a acidentes de trânsito, violência, conflitos familiares, dependência alcoólica na vida adulta, baixo empenho escolar, comportamento sexual de risco e aos altos índices de gravidez indesejada (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007; STOLLE; SACK; THOMASUS, 2009; MCCOY *et al.*, 2010).

Osório (1989) em um de seus estudos explica que o adolescente equivoca-se em relação ao uso do álcool, pois sofre a ilusão de que o álcool é capaz de disponibilizar liberdade e expressão, quando na verdade pode escravizá-lo podendo até mesmo levá-lo a ter outros interesses, como é o caso do uso de drogas ilícitas.

2.4 CONSEQUÊNCIAS DO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA ADOLESCÊNCIA

Até início da década de 70 eram mínimas as taxas de consumo de álcool entre adolescentes, porém, levantamentos realizados por volta de 1987, constataram o aumento no seu consumo. Diante a necessidade de dados para controle e possíveis intervenções, no Brasil, desde então são realizados os estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes, onde as bebidas alcoólicas e o tabaco são os usados com mais frequência e em maior quantidade pelos integrantes dessa faixa etária, seguidos pelo uso de: maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e cocaína (CEBRID, 2010).

De acordo com Simões; Matos e Batista-Foguet (2006), a preferência dos adolescentes pelo consumo de bebidas alcoólicas se dá em grande parte pela sensação de prazer, satisfação e bem-estar que a bebida proporciona, servindo em muitos casos como fonte de alívio, sem considerar as consequências sociais, físicas e mentais.

As preocupações a cerca do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência estão intimamente ligadas à exposição a situações de risco por esses indivíduos, visto que a precocidade na sua ingestão pode elevar as chances de abuso sexual, iniciação precoce da vida sexual, prática de sexo sem preservativo, existência de

múltiplos parceiros sexuais, gravidez indesejada, embriagues, utilização de outras drogas, dependência na vida adulta, envolvimento em acidentes de trânsito, brigas, problemas de saúde, além de gerar conflitos familiares. De tal maneira o ideal é que o hábito de beber se dê apenas na fase adulta a fim evitar a exposição a esses riscos (STUEVE, 2005).

2.4.1 Riscos sexuais

Sobre o aumento do risco de abuso sexual na adolescência relacionado ao uso de bebidas alcólicas, estudos feitos por Dimeff *et al.*, (2002) apontam que a capacidade física e verbal do indivíduo é diminuída tornando principalmente as meninas mais vulneráveis a agressões e abusos sexuais, visto que o álcool interfere no reconhecimento de sinais que as alertam para intenções sexuais sem consentimento.

Em conformidade, o álcool contribui ainda para a prática sexual sem o uso de preservativos, tornando-o mais propenso a contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis, os quais com o passar dos anos recebem destaque no meio dos adolescente, além disso, o adolescente também está exposto à gravidez ou paternidade no período indesejado e inadequado (HUIZINGA; LOEBER; THORNBERRY, 1993).

2.4.2 Uso de bebidas alcólicas e o envolvimento em acidentes de trânsito

Yi; Williamms e Dufour (2001), apontam que o número de mortes relacionadas a adolescentes causadas pelo uso de álcool é maior que as taxas representadas pelo uso de todos os outros tipos de drogas, comprova-se a partir dos números de óbitos resultantes de acidentes automobilísticos envolvendo adolescentes sob efeito de álcool com idade de 16 a 18 anos em sua maior parte.

Estima-se, por exemplo, que pelo menos 18% dos adolescentes de todo o mundo com faixa etária entre 16 a 20 anos dirigem ou já dirigiram embriagados, sendo um comportamento mais presente no meio dos jovens, que de adultos visto que os índices de mortalidade entre os adolescentes são maiores que o dobro dos acidentes fatais sofridos por adultos alcoolizados (MCKINNON *et al.*, 2004).

Em uma análise feita no Brasil, entre os anos 1996 a 2015 constatou-se que entre os dados de mortalidade resultante dos acidentes de trânsito, 36% fazem referência a pessoas com idade entre 10 a 29 anos sob efeito de bebidas alcólicas,

estima-se ainda que por dia pelo menos 36 jovens venham a óbito no Brasil inteiro (BRASIL, 2016).

2.4.3 Consequências sobre o âmbito escolar

Brown *et al.*, (2000) afirma que o uso do álcool está associado a uma série de prejuízos acadêmicos em decorrência ao déficit de memória causado pela dependência alcóolica ou simplesmente pelo uso ininterrupto de bebidas alcoólicas, que faz com que o adolescente apresente dificuldade para lembrar-se de palavras, fórmulas e até mesmo figuras geométricas se comparado a adolescentes que não ingerem bebidas alcóolicas.

Precioso *et al.*, (2014) apontam que o álcool usado na adolescência pode causar problemas irreversíveis a nível cerebral, por sua vez a maturação cerebral sendo prejudicada, o processo de aprendizado, atenção e memória também são afetados, promovendo dificuldade no desenvolvimento escolar do adolescente.

Sendo o processo de aprendizagem interferido, tem-se como resultado a queda no rendimento escolar que por sua vez pode levar o adolescente a redução da autoestima, sendo este um dos fatores que levam ao consumo do álcool contribuindo para ingestões maiores e possíveis dependências na adolescência ou mais à frente na fase adulta (BROWN *et al.*, 2000).

Zago (2011) ressalta que o uso de bebidas alcóolicas por adolescentes em idade escolar aliado a outros fatores como por exemplo, reprovações sucessivas, tempo escolar, pouco incentivo familiar, necessidade de trabalho, localização da escola e excesso de atividades escolares podem resultar no abandono ou até mesmo na evasão escolar.

2.4.4 Consequências sobre a saúde

Estudos feitos por Déa *et al.*, (2004) apontam que de toda a população mundial 10 a 12% é representado por pessoas dependentes do uso de bebidas alcóolicas, reforçando mais uma vez a questão do alcoolismo como um grande problema de saúde pública a ser enfrentado, principalmente no que diz respeito aos efeitos do uso prolongado do álcool sobre a saúde do indivíduo, podendo afetar órgãos e até sistemas completos do corpo humano.

De acordo com Ferreira (2013), entre os sistemas afetados está o Sistema Nervoso, o qual pode sofrer degenerações em seus tecidos ao longo do tempo além

de levar à morte dos neurônios causando prejuízos ao cérebro que vão de quadros simples de amnésia ao comprometimento da mobilidade do indivíduo.

Brasil (2004) afirma que o Sistema Digestivo também pode ser afetado, seja ele por pequenas lesões, inflamações na faringe, laringe e boca, úlceras gástricas, pancreatite e até mesmo com câncer em órgão que formam o sistema. O mesmo é formado por: boca, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso e ânus, além das glândulas anexas representadas por fígado, pâncreas e glândulas salivares que participam também do processo de transformação dos alimentos (MIRANDA-NETO, 2006).

Por sua vez, o fígado é o órgão do corpo responsável por metabolizar as substâncias no organismo, no caso da ingestão de bebidas alcóolicas, é o encarregado por metabolizar o etanol tornando-o propenso a danos e doenças graves que podem levar à morte, como é o caso da cirrose (MIRANDA-NETO, 2006).

Por sua vez o uso corriqueiro de álcool pode causar doenças também no Sistema Respiratório, prejudicando as vias aéreas e aumentando a possibilidade do desenvolvimento de doença respiratória aguda grave através de irritações causadas aos componentes do sistema através da eliminação do álcool pelos pulmões e brônquios (SANTOS, 2009).

O sistema Circulatório, formado por coração e vasos sanguíneos, pode sofrer com o descontrole da pressão arterial que por sua vez eleva-se de acordo com a quantidade e tempo que o álcool é ingerido, favorecendo a incidência de doenças cardíacas e até anemias (BRASIL, 2004).

Conhecidos como linfócitos, as células responsáveis pela defesa do organismo humano também podem ter suas atividades comprometidas pelo excesso do uso do álcool, comprometendo o Sistema Imunológico e facilitando o aparecimento de doenças infecciosas, sejam elas causadas por bactérias, vírus ou pelos demais microrganismos (SANTOS, 2009).

A fertilidade e reprodução masculina e feminina também podem ser afetadas pelo uso intensivo de bebidas alcóolicas. Nos homens, por sua vez, o álcool pode causar a diminuição da produção do hormônio masculino conhecido como testosterona e também a redução na produção dos espermatozoides (BERNARDO, 2013).

Nas mulheres consumidoras frequentes de álcool, além da redução dos hormônios, pode ser comum a inadequação no desempenho dos ovários e irregularidade do ciclo menstrual, o que pode resultar nos problemas de infertilidade impossibilitando a reprodução (FERREIRA, 2013).

Estudos comprovam ainda que as gestantes que possuem maior probabilidade de sofrerem abortos, partos prematuros e complicações gestacionais são aquelas que fazem uso de bebidas alcóolicas, pois o álcool além de causar alterações mentais e comportamentais na mãe, também afeta o feto dentro da placenta (BRASIL, 2004).

Para Bertolote (1997) os efeitos do consumo abusivo de álcool podem ser devastadores à saúde humana, e por levar o indivíduo a desenvolver diversos problemas relacionados à saúde o coloca em terceiro no lugar no ranking de maiores causadores de doenças do mundo.

2.4.5 Risco de dependência na vida adulta

Ainda que as consequências da relação entre o uso do álcool e a idade de início de consumo do indivíduo não sejam bem definidas, presume-se que quanto mais cedo o indivíduo faz o uso de substâncias psicoativas, maiores são as chances do consumo tornar-se abusivo e provavelmente resultar em dependência alcóolica na vida adulta, principalmente quando o adolescente alia o uso do álcool a situações vivenciadas no dia a dia, como forma de escape ou simplesmente pelas sensações por ele oferecidas (PRECIOSO *et al.*, 2014).

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO USO DO ÁLCOOL

Babor e Caetano (2005) definem políticas públicas sobre o uso de bebidas alcóolicas como o conjunto de medidas adotadas pelo governo ou por organizações não governamentais (ONG) que tem como intuito prevenir ou diminuir os problemas associados ao uso de álcool.

O governo brasileiro, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou em 2005, em Brasília a Primeira Conferência Pan Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, a qual finalizou com a recomendação da criação de políticas públicas e estratégias para a redução no consumo de bebidas alcóolicas em todos os países das Américas (BRASIL, 2007).

As políticas referentes ao álcool são divididas em duas categorias, que são elas: alocatória, também chamada de estratégia de redução de danos e a regulatória, conhecida também por proibicionista. As políticas alocatórias ou redutoras de danos têm por objetivo assistenciar grupos ou organizações que buscam promover campanhas educativas como prevenção ao uso de bebidas alcólicas e tratamento de pessoas dependentes (LARANJEIRA; ROMANO 2004; ALVES, 2009).

Por sua vez, as políticas regulatórias ou proibicionistas servem para a criação de leis ou adoção de condutas de fiscalização a fim de garantir o bem comum, tendo como exemplos a proibição total ou parcial de propagandas sobre bebidas alcólicas, regulação no preço e imposição da idade mínima para compra de bebidas e a limitação no horário de funcionamento de bares (BIRCKMAYER, 2004).

Dentre as estratégias usadas para minimizar o consumo de bebidas alcólicas por adolescentes estão o aumento no preço das bebidas, a regulação da disponibilidade física do álcool, a fiscalização do beber e dirigir, estratégias educacionais, tratamento e intervenções breves (EDWARDS, 1994; BABOR 2004; LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Sobre a estratégia do aumento no preço das bebidas, pesquisadores apontam que concerne em uma decisão altamente eficaz, principalmente por resultar na redução do consumo e diminuição de problemas corriqueiros que afetam em maior parte a classe mais vulnerável representada por adolescentes (BIRCKMAYER, 2004; EDWARDS, 1994; ROOM; BONDY; FERRIS, 1995).

Dentre as leis federais brasileiras de regulamentação destaca-se a proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90 e Lei das Contravenções Penais, artigo 63), além desta, o Estatuto da Criança e do adolescente através da Lei 13.106/2015, dispõe a respeito da conduta de pessoas que porventura venham a vender, fornecer, ministra ou entregar bebidas alcoólicas e outros produtos capazes de causar dependência física ou psíquica em crianças ou adolescentes, classificando quaisquer desses atos, um crime, no entanto o aval de familiares, o apoio social e a ineficiência nas fiscalizações do cumprimento da lei, são fatores que tornam tais práticas muito frequentes no meio da sociedade (BRASIL, 1990; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Silva *et al.*, (2007) apontam que além da existência de leis, é necessário que haja uma efetivação por meio de fiscalizações para assegurar suas disposições e também uma rigorosa visão a respeito da importância das políticas públicas, que por sua vez visam a prevenção de ações que causam danos ao indivíduo.

2.5.1 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)

Através de dados obtidos por pesquisas feitas entre os anos de 2000 a 2003 a respeito do uso de álcool e drogas nas capitais brasileiras, pôde-se observar um elevado índice no uso destas substâncias, o que resultou em uma reformulação nos serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os quais passaram a atender pessoas com transtornos advindos do uso de substâncias lícitas e ilícitas, sendo uma nova modalidade se tratando do uso de álcool e drogas, fazendo parte da atenção primária ofertada pelo SUS (SOUZA *et al.*, 2007).

Souza *et al.*, (2007) discorrem ainda que, para a obtenção de bons resultados, os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) contam com uma equipe formada por profissionais competentes e qualificados, dentre eles estão os técnicos em enfermagem, enfermeiros, psicólogos, assistente sociais dentre outros profissionais, a depender da situação vivenciada pelo indivíduo. Destaca-se ainda que essa nova modalidade de cuidados, ampliou o campo de atuação dos profissionais de enfermagem, favorecendo a realização de seus serviços.

Torna-se necessário destacar que o CAPS AD, na maioria dos casos, funciona na cede do CAPS convencional, ou seja, em um único centro são prestados serviços a diversas necessidades e ainda ressalta-se que a assistência não é exclusiva a dependentes químicos, mas a todo e qualquer usuário que faz uso da saúde pública (MINTO, 2007).

Quanto às atribuições do CAPS, seja ele relacionado ao cuidado de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias ou distúrbios mentais diversos, este tem como funções a dispensa de medicamentos previamente receitados além de envolver os usuários em atividades que sirvam como terapia e desenvolver projetos junto a equipe de Estratégia de Saúde da Família para envolvimento comunitário visando o bem estar mental dos indivíduos (SUPERA, 2006).

Kantorski *et al.*, (2009) reforça que o acompanhamento de profissionais especializados nas dependências do CAPS fornece ao indivíduo maior segurança

em si mesmo, contribui para a diminuição de crises psicológicas além de promover momentos de socialização e expressão entre os pacientes, favorecendo a melhora e contribuindo com o bem estar do indivíduo.

2.6 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

A enfermagem é conhecida como a profissão que se dedica no cuidar dos seres humanos, porém depende de habilidades e conhecimentos próprios para a excelência no atendimento aos indivíduos, seja ele ao promover, prevenir, recuperar ou reabilitá-lo. Além disso, a enfermagem atua sob diversos aspectos buscando em suma o bem-estar físico e mental do indivíduo (BRASIL, 2003).

Brasil (2011) ressalta ainda que o enfermeiro e/ou a equipe de enfermagem como um todo possuem suas atribuições comuns, porém destacam-se quando impostas suas atribuições específicas que dizem respeito a ações dirigidas ao indivíduo, sua família e a sociedade em geral objetivando o bem coletivo, alcançando todas as fases do desenvolvimento humano, seja o trabalho assistencial como o prestado nas consultas de enfermagem ou mais direto com atendimentos a domicilio e ainda trabalhos em grupo como ações comunitárias.

Gelbcke e Padilha (2004) defendem que os profissionais de enfermagem como os principais agentes modificadores no processo de transformação social do país, visto que estão na linha de frente na implantação, execução de projetos e programas que visam o bem-estar do ser humano, além de trabalharem com intervenções de promoção e prevenção ao uso abusivo tanto do álcool quanto de outras drogas.

Quanto à assistência de enfermagem ligada ao uso de bebidas alcoólicas, faz-se necessário o desenvolvimento de ações que sirvam para inclusão dos adolescentes, para favorecer o trabalho do enfermeiro através da criação de laços com os indivíduos a fim de melhor atendê-los e desenvolver com maior eficácia as ações educativas (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

É de extrema importância que sejam realizadas ações que visem a promoção de saúde para a adoção de mecanismos que sirvam para a diminuição da vulnerabilidade dos adolescentes aliado a promoção de igualdade e equidade, que são adquiridos através de políticas públicas visando a qualidade de vida e a diminuição de riscos atribuídos ao uso de bebidas alcoólicas (LIMA *et al.*, 2009; BRASIL, 2010).

O enfermeiro por ser um profissional capacitado precisa está atento e possuir um olhar clínico capaz de identificar sinais emitidos por adolescentes que demonstrem seu envolvimento precoce com o álcool e outras drogas a fim de sensibilizá-lo a respeito das consequências das substâncias a curto, médio e longo prazo, e em casos de dependência o enfermeiro é o responsável pelas orientações para a busca alternativa para a realização de tratamento (BRASIL, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho se caracteriza por uma pesquisa descritiva e exploratória de levantamento, com estudo do tipo teórico-empírico, de abordagem quantitativa, utilizando como meio de coleta de dados um questionário estruturado. Utilizou-se como bases literárias para a fundamentação do estudo, livros e artigos científicos a fim de nortear a proposta exposta.

Prodanov e Freitas (2013) classificam a pesquisa descritiva como o meio aderido pelo pesquisador que visa deixar claro os dados encontrados sem a necessidade de interferir neles, além de obter uma forma padrão para a coleta dos dados almejados, sendo o questionário um dos instrumentos mais utilizados e apropriado.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem dentre seus objetivos fornecer de modo geral uma visão a respeito de determinado fato, é o escolhido na maioria das vezes quando o pesquisador busca estudar assuntos que são pouco explorados em determinada região para se obter uma visão atual sobre a temática abordada.

A pesquisa de levantamento é a mais utilizada quando se trata de estudos descritivos e exploratórios, através dele é possível ter conhecimento direto da realidade de determinada população, além da possibilidade de agrupamento de dados conseguidos, em forma de tabelas e gráficos, enriquecendo os resultados do pesquisador (FONSECA, 2002; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Por sua vez, o estudo teórico-empírico pode ser classificada como o método de pesquisa onde utiliza-se a coleta de dados como fortalecimento às argumentações expostas no estudo (DEMO, 2012).

A abordagem quantitativa pode ter os seus resultados quantificados, envolvendo estatísticas, diferenciando-se da abordagem qualitativa, em geral a amostra é bem representativa, assim sendo constitui quase que um retrato real da população alvo da pesquisa (FONSECA, 2002).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Distrito de Miritituba-PA, localizado às margens do Rio Tapajós, na Mesorregião do Sudoeste Paraense, com população estimada em

10 mil habitantes, pertencente ao Município de Itaituba no estado do Pará (IBGE, 2018).

3.3 PERÍODO DE ESTUDO E POPULAÇÃO AMOSTRA

Para se realizar uma pesquisa é necessário obter-se uma amostra, a qual faz referência a um grupo presente em uma sociedade que representa toda a população ao tratar-se de pesquisas que buscam alguma informação a respeito de dada sociedade (BUSSAB; BOLFARINE, 2005).

Dentre os tipos de amostra destaca-se a abordagem não probabilística, definida por Castanheira (2013) como o meio de pesquisa que não necessita do conhecimento prévio da amostra disponível, sendo que os resultados obtidos não possuem margem de erro nem podem ser considerados confiáveis, por não abordar o universo como um todo, apenas parte dele, o que não permite afirmar com precisão que os dados coletados representam determinada sociedade.

Neste sentido, o presente estudo, realizado no distrito de Miritituba, do Município de Itaituba, estado do Pará, ocorreu através de uma amostra do tipo não probabilística, pois o convite foi lançado aos adolescentes e a partir daí a participação no estudo se deu por livre e espontânea vontade além de contar com a aprovação dos pais ou responsáveis. Conforme uma amostra do perfil populacional fornecido através das matrículas escolares distritais de 2020 (ANEXO A), o distrito possui 639 adolescentes. No entanto a coleta de dados foi feita com 417 adolescentes, sendo eles do sexo masculino e feminino, com idade entre 12 e 18 anos que residem atualmente no distrito.

O questionário estruturado foi aplicado nos turnos matutino e vespertino em todos os bairros do Distrito de Miritituba (União, Incra, DNER, Rockinrio, Alto Bonito, Jardim do Édem, Nova Miritituba e Nossa Senhora de Aparecida), em todas as ruas e residências que possuem como moradores adolescentes que obtiveram o consentimento dos pais ou responsáveis para a participação na pesquisa a qual foi realizada no período de 01 a 30 de Dezembro de 2020.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a execução desta pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado, que de acordo com Marconi e Lakatos (2003), é uma forma de coletar dados objetivos a respeito de determinado assunto em

questão, formado por perguntas ordenadas que são respondidas de forma objetiva pelo participante da pesquisa.

Quanto à tipologia das perguntas presentes no questionário deste estudo, foram utilizadas treze perguntas fechadas, que como discorre Vieira (2009), são perguntas que possuem opções de respostas já previamente estabelecidas. Além de limitar a quantidade de possíveis respostas, facilita a análise destas podendo ser ainda de três diferentes formas, que são elas: questão de identificação, seleção ou sim/não (PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Através do programa Microsoft Excel 2010, os dados obtidos no presente estudo, feito com aplicação de questionário estruturado, foram tabulados, mostrando seus resultados em forma de gráficos e tabelas, onde se destacam a idade, raça, sexo, renda familiar mensal e grau de escolaridade de cada adolescente consultado, além das devidas respostas destes, a respeito da ingestão de bebidas alcoólicas.

A fase de análise dos dados propicia ao pesquisador a compreensão destes, que confirma ou não o pressuposto da pesquisa e responde as questões formuladas, além de ampliar o campo de conhecimento do pesquisador sobre o assunto em questão (MINAYO, 1992).

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa os adolescentes com idade entre 12 e 18 anos do sexo masculino e feminino que deram seu consentimento e obtiveram a permissão dos pais ou responsáveis para a participação na pesquisa, além de conseguirem responder sozinhos ao questionário.

Foram excluídos os adolescentes que se arrependeram de participar da pesquisa, necessitaram de auxílio para responder ao questionário ou não aceitaram participar do estudo.

3.7 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

O presente estudo tem como benefícios um apanhado de informação e conhecimento, além de contribuir para a criação de políticas públicas que visem à prevenção na ingestão precoce de bebidas alcólicas, a atualização tanto dos profissionais da saúde quanto de outros segmentos e a atuação na prevenção de

doenças, além disso, traz consigo seus riscos que envolvem basicamente a perda de sigilo e constrangimento por parte dos participantes da pesquisa.

3.8 ASPÉCTOS ÉTICOS

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e diante do exposto ficou claro os objetivos do trabalho, sendo informado aos participantes e responsáveis que os dados obtidos seriam somente para a pesquisa e as informações não trariam nenhum risco ou prejuízo, ficando guardado somente com o pesquisador. Nessa pesquisa todos os responsáveis e adolescentes leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinaram e guardaram consigo uma cópia (APÊNDICE A).

Quanto à identidade dos participantes ou as informações que indiquem as suas participações não foram e nem serão liberados sem permissão. Sendo garantido que não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve a participação de 417 adolescentes, sendo 53,4% (n=223) representado por adolescentes do sexo masculino e 46,6% (n=194) pelo sexo feminino. Contatou-se também que 45,9% (n=191) dos adolescentes fazem uso de bebidas alcóolicas, tendo uma prevalência no consumo por adolescentes do sexo masculino, representado por 67,1% (n=128) dos adolescentes, seguido por 32,9% representado pelo sexo feminino (Tabela 01).

Tabela 01 – Caracterização dos participantes da pesquisa por sexo e a correlação dos adolescentes que ingerem bebidas alcóolicas.

MASCULINO		BEBEM	
Nº	%	Nº	%
223	53,4%	128	67,1%
FEMININO		BEBEM	
Nº	%	Nº	%
194	46,6%	63	32,9%
TOTAL	417	191	100%

O estudo feito por Gosta *et al.*, (2007), obteve dados semelhantes aos desta pesquisa, em relação ao sexo, prevaleceu os adolescentes do sexo masculino, destacando-se também em relação aos maiores consumidores de bebidas alcóolicas da pesquisa, já o estudo feito por Malta *et al.*, (2014), obteve resultados diferentes, sendo o consumo do álcool mais frequente pelo sexo feminino.

Ghandour (2015) afirma que a prevalência no consumo de bebidas alcóolicas por adolescentes do sexo masculino se dá pela facilidade deste em adquirir o que deseja, além de está mais ligado a grupos que fazem o uso do álcool como diversão ou forma de expressão. Quando a precocidade no consumo do álcool está associada ao sexo feminino, pesquisadores apontam que é devido à maturidade mais rápida entre as meninas (SCHULTE; RAMO; BROWN, 2009).

Em relação à faixa etária, os participantes possuem entre 12 e 18 anos de idade, sendo os de sexo masculino com idade de 12 anos representado por 15,6% (n=35) dos participantes, os de 13 anos somam 15,6% (n=35), os adolescentes com 14 anos representam o total de 9,4% (n=21), os de 15 anos 11,0% (n=27), 16 anos 21,4% (n=42), os com idade de 17 anos 15,6% (n=35) e os meninos de 18 anos representam 11,4% (n=28) dos participantes. Já no sexo feminino têm-se 14,9%

(n=29) com 12 anos, 18,5% (n=36) com idade de 13 anos, 11,4% (n=22) com 14 anos, 21,6% (n=42) com 15 anos de idade, 11,4% (n=22) com 16 anos, 12,4% (n=24) com 17 anos e as adolescentes com 18 anos representam 9,8% (n=19) dos participantes do estudo como exposto na tabela 02.

Fez-se ainda uma correlação utilizando a idade e o sexo dos participantes da pesquisa que fazem uso de bebidas alcoólicas, onde nota-se o maior consumo por parte dos meninos de 16 anos com 18,8% (n=33) e meninas com 15 anos representadas por 8,9% (n=18) dos participantes (Gráfico 01).

Tabela 02 – Representação por faixa etária dos participantes da pesquisa.

FAIXA ETÁRIA	SEXO MASCULINO		SEXO FEMININO	
	Nº	%	Nº	%
12	35	15,6%	29	14,9%
13	35	15,6%	36	18,5%
14	21	9,4%	22	11,4%
15	27	11,0%	42	21,6%
16	42	21,4%	22	11,4%
17	35	15,6%	24	12,4%
18	28	11,4%	19	9,8%
TOTAL	223	100%	194	100%

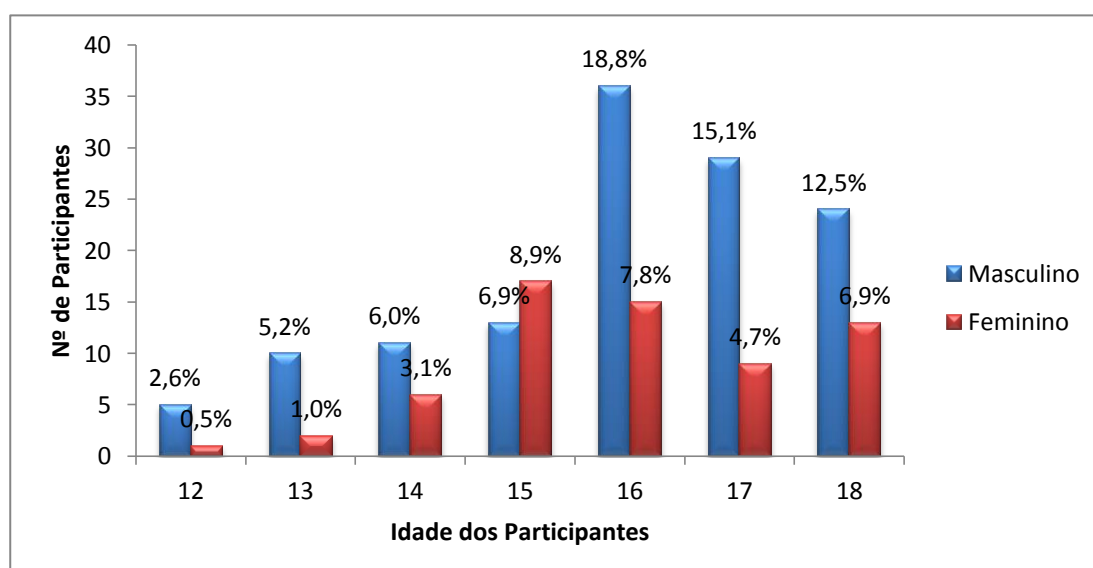


Gráfico 01 – Correlação entre a idade e o sexo dos participantes que fazem o consumo de álcool.

Os dados obtidos através desta pesquisa se igualam aos estudos feitos por Aleixo (2018), onde além de apresentar uma frequência maior no consumo de álcool por adolescentes do sexo masculino e o consumo elevado por meninos com idade de 16 anos, obteve-se ainda um consumo frequente por meninas que apesar de possuir suas variações, mostrou-se presente em todas as faixa etárias.

Baus; Kupek e Pires (2002) exemplificam que a prevalência no consumo de bebidas alcóolicas por meninos se deve dentre outros fatores à questão de independência precoce que a maioria dos meninos obtém a partir do momento que começam a trabalhar, podendo utilizar o dinheiro ganho na compra de bebidas além do fácil acesso a locais onde é comum o ato de beber.

Quanto ao consumo feito frequentemente por meninas, este pode está inteiramente ligado à conquista de espaço das mulheres na sociedade, se igualando cada vez mais aos homens, seja no trabalho, na vida social ou simplesmente por poder frequentar os mesmos lugares, o que facilita o contato com bebidas alcoólicas, principalmente em ambientes festivos (MARTINS, 2013).

Em relação à cor da pele dos participantes, predominaram os adolescentes pardos 78,0% (n=149), seguido por 9,4% (n=18) adolescentes que se consideram brancos, 7,8% (n=15) negros e 4,8% (n=09) representado por indígenas. Quanto a renda familiar dos adolescentes que participaram no estudo obteve-se a prevalência de 56,0% (n=107) que sobrevivem com renda familiar avaliada entre um e dois salários mínimos, seguido por 20,4% (n=39) com renda abaixo de um salário mínimo, 18,8% (n=36) que vivem com dois a três salários e por último 74,8% (n=09) que possuem renda mensal maior que quatro salários mínimos como mostra a tabela 03.

Tabela 03 – Representação por raça/cor e renda familiar dos envolvidos na pesquisa que fazem consumo de bebidas alcoólicas.

RAÇA/COR	Nº	%	RENDA FAMILIAR	N	%
Branco	18	9,4%	> 1 Salário mínimo	39	20,4%
Pardo	149	78,0%	Entre 1 e 2 salários	107	56,0%
Negro	15	7,8%	Entre 2 e 3 salários	36	18,8%
Indígena	09	4,8%	< 4 salários mínimos	09	4,8%
TOTAL	191	100%	-	191	100%

Os dados obtidos se igualam aos de diversas pesquisas, dentre elas destaca-se a feita por Veloso e Monteiro (2013), onde a maioria dos adolescentes entrevistados se declararam pardos e cerca de 38% destes possuem renda familiar que varia de meio a dois salários mínimos.

Mendoza-Sassi (2003) afirma que os adolescentes de famílias com maior renda mensal são os mais propensos a utilizarem bebidas alcoólicas por terem maior facilidade em conseguir dinheiro para sua compra, porém em regiões menos desenvolvidas o índice de adolescentes de famílias com rendas mais baixas mostram-se cada vez mais alarmantes, já em relação a cor da pele e o uso de álcool, este varia de cada região, porém os pardos se destacam no consumo de bebidas, visto que representam a maior parte da população.

Em relação ao grau de escolaridade dos participantes da pesquisa que ingerem bebidas alcoólicas, obteve-se o seguinte resultado: 3,6% (n=7) adolescentes cursam o 6º ano do ensino fundamental, 5,7% (n=11) cursam o 7º ano, 9,8% (n=18) estão no 8º ano, 9,0% (n=17) estudam o 9º ano, 15,1% (n=29) cursam o 1º ano do ensino médio, 14,1% (n=27) cursam o 2º ano, 17,2% (n=33) estão no 3º ano, 14,7% (n=28) informam já terem concluído os estudos e 10,8% (n=21) se classificam como desistentes (Gráfico 02).

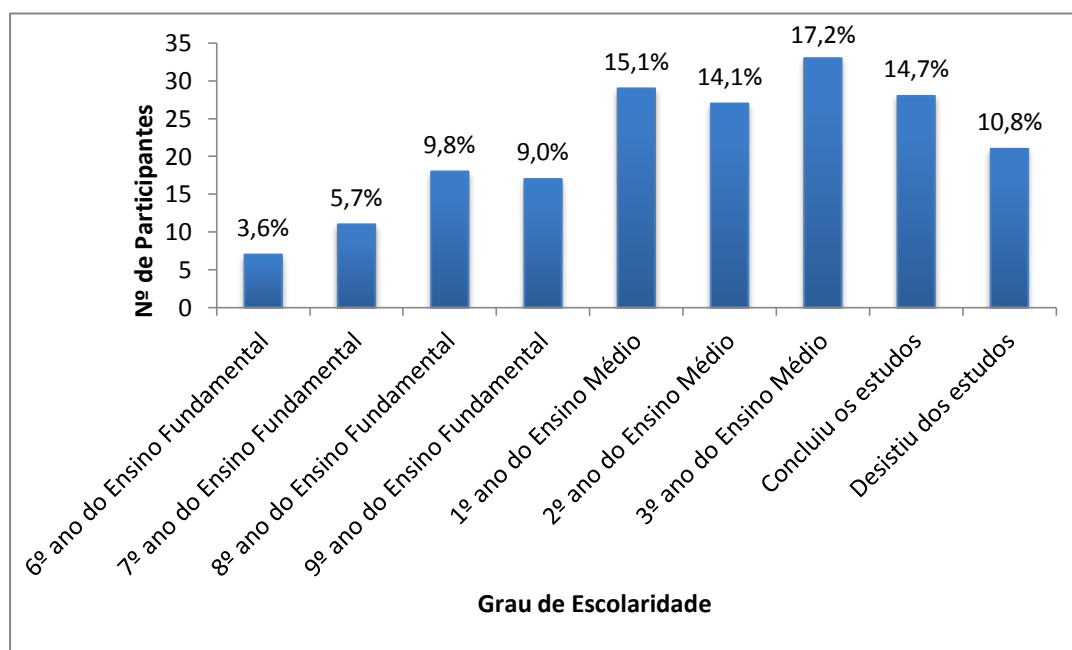


Gráfico 02 – Grau de escolaridade dos participantes da pesquisa que fazem uso de bebidas alcoólicas.

Os achados da pesquisa feita por Machado *et al.*, (2013) são semelhantes aos dados encontrados neste estudo no que diz respeito ao aumento no consumo de bebidas alcoólicas de acordo com o elevado grau de escolaridade.

Silveira *et al.*, (2014) afirmam que o grau de escolaridade encontra-se geralmente veiculado ao uso de bebidas alcoólicas, porém é mais perceptível no meio adulto, quanto à adolescência a relação álcool-escolaridade pode ser variada de acordo com a região em que se pesquisa, além da cultura que o mesmo se encontra inserido.

Quando questionados a respeito de suas bebidas preferidas, 48,1% (n=93) dos participantes da pesquisa que ingerem bebidas alcólicas afirmaram ter preferência por cerveja, seguido por ice, cachaça,, vodca, vinho, outras bebidas e whisky (Gráfico 03).

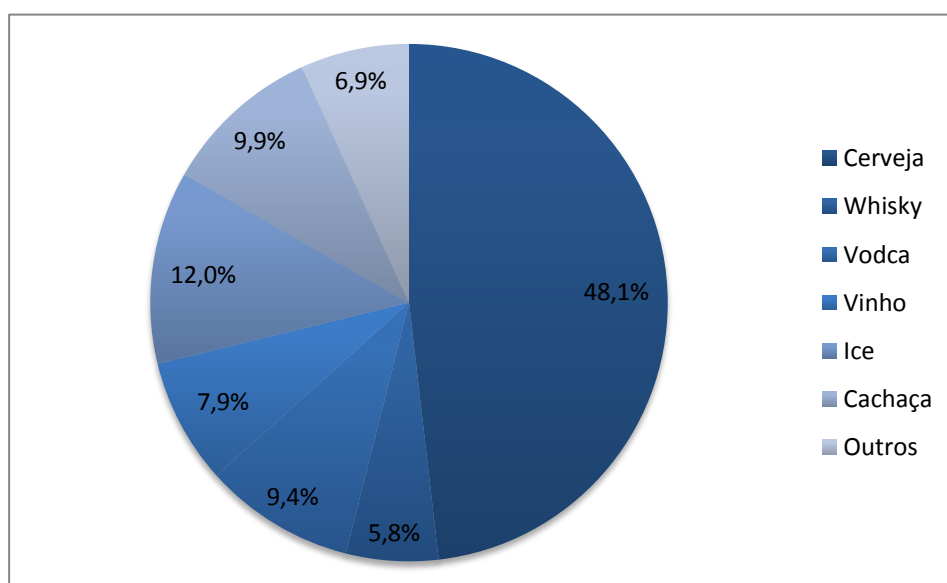


Gráfico 03 – Bebidas de preferência dos participantes da pesquisa.

Os números referentes à pesquisa feita por Veloso e Monteiro (2016), com 57 adolescentes, são bastante similares aos encontrados neste estudo, sendo a cerveja a bebida preferida por 40% dos adolescentes entrevistados.

Segundo Vieira *et al.*, (2007), as principais razões atribuídas ao consumo preferencial dos adolescentes por cerveja se dão pelo apoio a elas oferecido pela mídia, visto que a ampla divulgação comercial, sendo criativa e chamativa, influencia o indivíduo a consumir o produto, aumentando diariamente sua procura e consequentemente o seu consumo.

Neves; Teixeira e Ferreira (2015) reforçam que o consumo preferencial por cerveja pode está interligado à busca por sair da realidade, pela boa companhia dos amigos e pela diversão em beber. Dá-se ainda ênfase às divulgações feitas através das redes sociais, as quais influenciam o uso dos adolescentes (NESI *et al.*, 2017).

Dentre os fatores que levam o adolescente a consumir bebidas alcóolicas destacou-se com a margem de 31,9% (n=61) a influência exercida por parentes e amigos, pela necessidade do adolescente de se inserir em grupo 19,4% (n=37), seguidos pela baixa autoestima, curiosidade, conflitos familiares, influência de propagandas/comerciais, fracasso no ambiente escolar, necessidade de ter mais coragem, por gostar dos efeitos causados pelo álcool e pela busca por novas experiências, como exemplificado no gráfico 04.

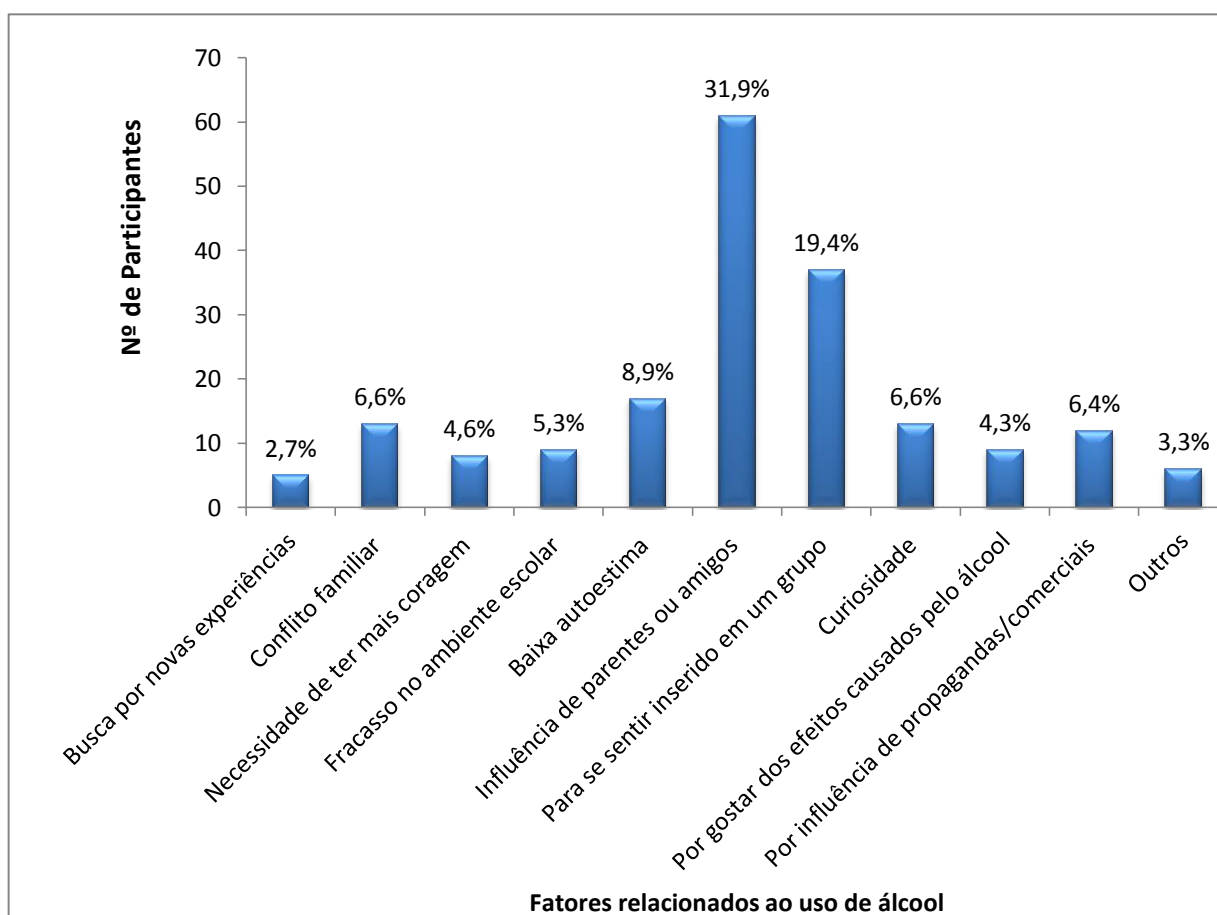


Gráfico 04 – Fatores relacionados à precocidade no consumo de bebidas alcóolicas dos participantes da pesquisa.

Os presentes dados igualam-se aos alcançados no estudo feito por Neves; Teixeira e Ferreira (2015) que ao aplicarem um questionário a 21 adolescentes no

Rio de Janeiro constataram que a maioria considerava a influencia de amigos e parentes como fator primordial ao consumo de álcool.

Vieira *et al.*, (2007) apontam que os adolescentes sofrem influência de outrem ao precisarem se adaptar a grupos sociais que possuem padrões previamente definidos para que os demais se enquadrem, dentre estes padrões destaca-se o uso de bebidas alcóolicas como forma de expressão e socialização.

Neves; Teixeira e Ferreira (2015) reforçam ainda que a influência por parte de grupos de amigos é tido como um dos fatores mais importantes para inicialização precoce tanto no que diz respeito ao consumo de bebidas alcóolicas quanto ao hábito de fumar.

Quanto à faixa-etária em que os adolescentes fizeram uso de bebidas alcóolicas pela primeira vez, destacaram-se as idades de 13 e 14 anos, sendo representada por 53,9% (n=103) dos participantes da pesquisa que bebem, seguido por 19,3% (n=37) entre 15 e 16 anos, 16,2% (n=31) com idade entre 10 e 12 anos, 6,9% (n=13) entre 17 e 18 anos e apenas 3,7% (n=7) por adolescentes que começaram beber com menos de 10 anos de idade (Gráfico 05).

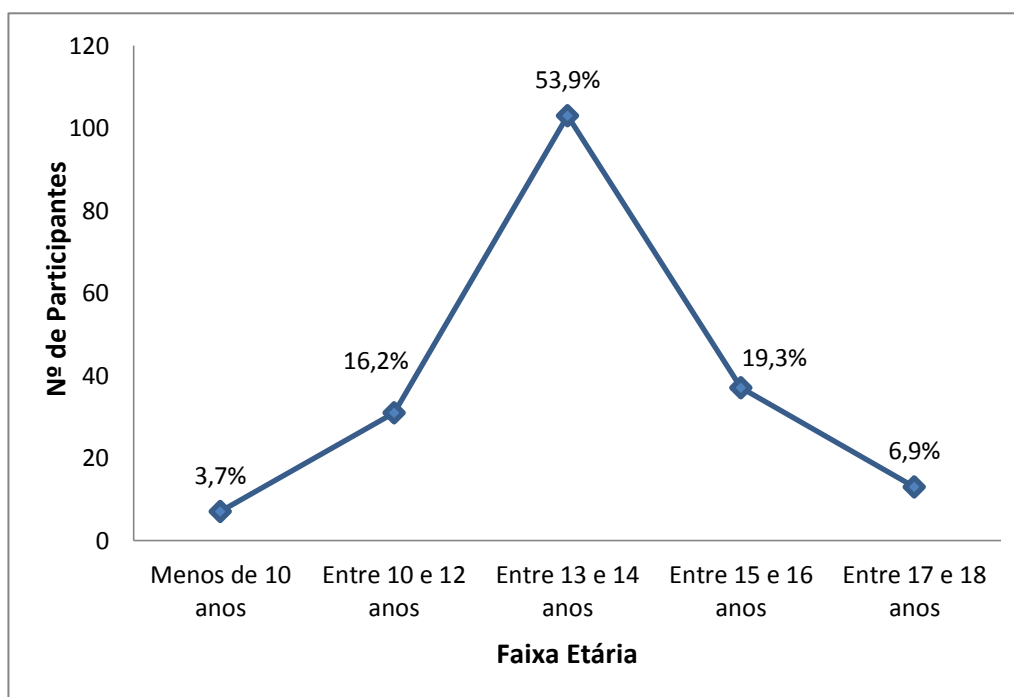


Gráfico 05 – Faixa etárias correspondentes a inicialização do consumo de bebidas alcóolicas pelos participantes da pesquisa

Machado *et al.*, (2018) ao realizarem uma análise dos dados obtidos através da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), encontraram dados que corroboram como os desta pesquisa, sendo que mais da metade dos adolescentes que ingerem bebidas alcólicas participantes da pesquisa, beberam pela primeira vez com idade entre 13 e 15 anos de idade.

Sobre o aumento na precocidade do consumo de bebidas alcólicas classifica-se sua origem como multifatorial, ou seja, não é atribuído a ingestão precoce um único motivo, pois entende-se que tanto fatores sociais, familiares, psicológicos, financeiros e até escolares podem levar o indivíduo à prática de beber (FRASSETO; JIMENEZ, 2015).

O gráfico 06 exibe a frequência predominante do consumo das bebidas alcólicas, onde 50,2% (n=96) dos adolescentes afirmam beber mais de uma vez por mês, seguido de 24,7% (n=47) que optam pelo uso de bebidas alcólicas apenas em ocasiões especiais, 16,2% (n=31) bebem uma vez por semana, 6,9% (n=13) mais de uma vez por semana e 2,0% (n=4) afirmam beber todos os dias.

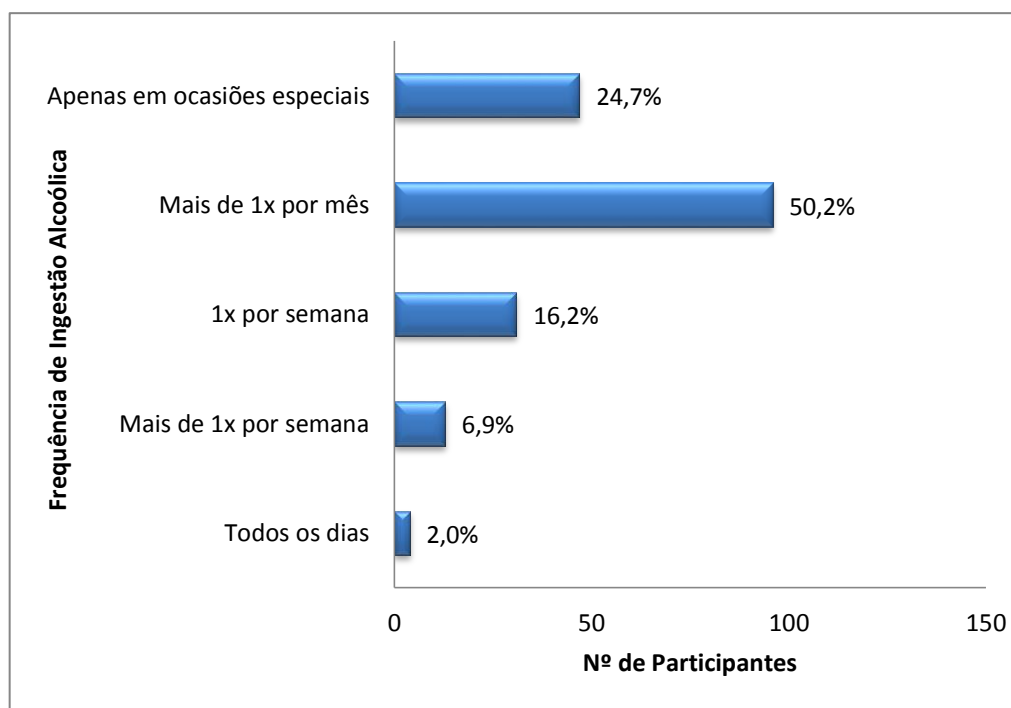


Gráfico 06 – Frequência no consumo de bebidas alcólicas pelos adolescentes envolvidos na pesquisa.

Os dados obtidos através de pesquisa realizada por Reis e Oliveira (2015), mostram que 69,5% dos adolescentes por eles entrevistados, fazem o consumo de álcool mais de uma vez por mês, corroborando com os achados deste estudo.

Segundo Lac e Donaldson (2016), a frequência do consumo das bebidas alcóolicas por parte dos adolescentes está intimamente ligada ao ambiente em que o indivíduo é inserido, além dos motivos sociais e da própria valorização que o adolescente dá ao álcool, por sua vez, se o adolescente se encontra em um ambiente em que conflitos familiares são frequentes e desenvolve problemas comportamentais, aumentam-se as chances de beber com mais frequência.

Em relação aos lugares mais utilizados pelos adolescentes para fazer o uso das bebidas alcóolicas destaca-se com 47,6% (n=91), a casa de amigos, seguido por festas, com 24,8% (n=47) de acordo com o apresentado no gráfico 07.

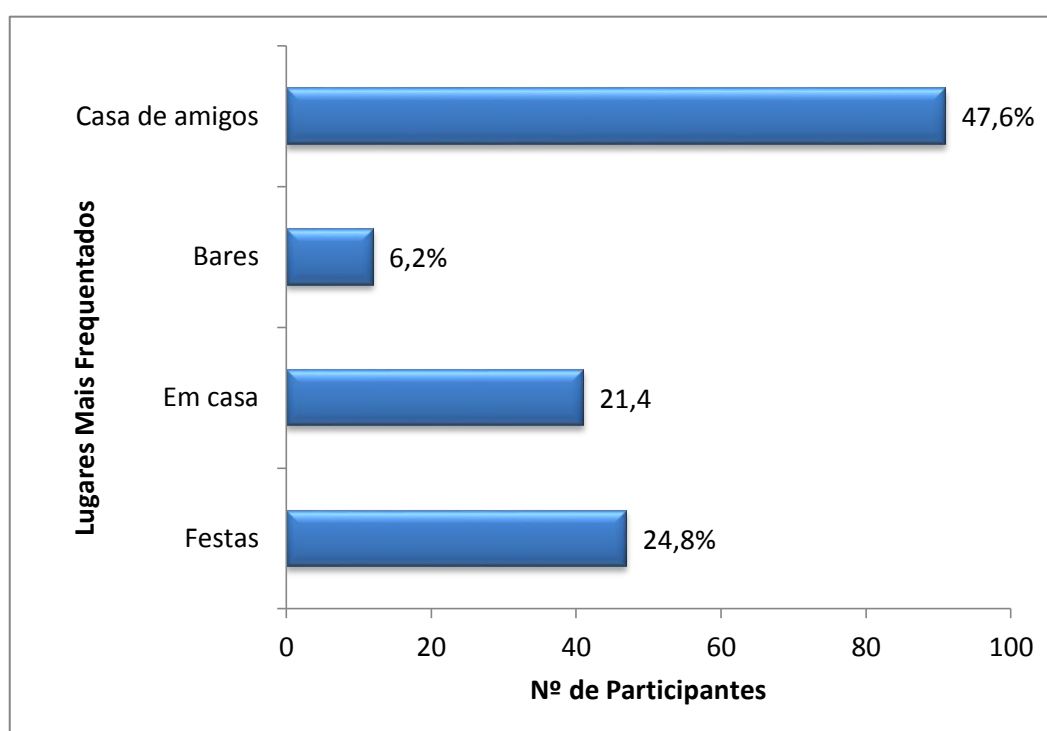


Gráfico 07 – Lugares frequentemente usados para ingestão de álcool.

O estudo realizado por Neves, Teixeira e Ferreira (2015), obteve resultados semelhantes aos desta pesquisa, onde os lugares preferenciais para o consumo de bebidas alcóolicas foram a casa de amigos, principalmente em festas de aniversário, onde se reúnem os amigos mais próximos de um mesmo grupo, em festas que ocorrem em clubes, seguido da casa de parentes e familiares.

Vieira *et al.*, (2007) afirmam que a correlação entre uso de álcool e amigos, reforçam a ideia de que a influencia do ciclo de amizade contribui inteiramente para o desenvolvimento do hábito de beber, seja o ciclo de amigos da escola, da rua de casa, do local de trabalho, todos se envolvem nos mesmos hábitos ao se inserirem

em determinado grupo, reforçando que o ser humano se adapta ou vê necessidade de mudança comportamental de acordo com o ambiente em que se encontra inserido.

No questionário os adolescentes que bebem responderam ainda sobre a existência ou não da permissão dos pais os responsáveis para consumir bebidas alcóolicas. Destacou-se nos resultados o total de 48,6% (n=93) dos adolescentes que afirmam ter permissão dos pais ou responsáveis para beber de acordo com o que mostra o gráfico 08.

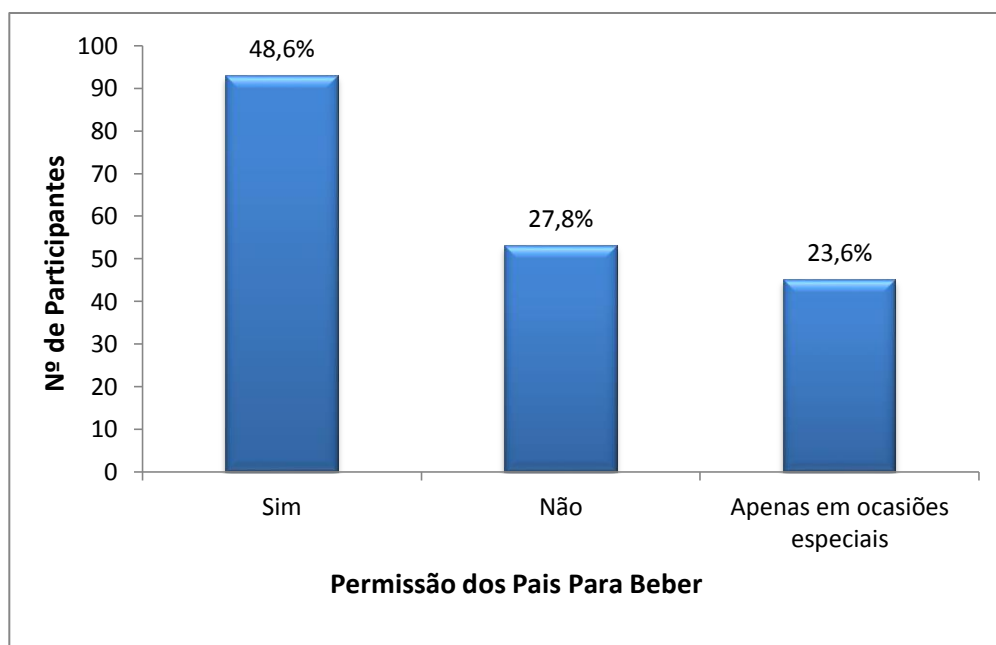


Gráfico 08 – Índice dos adolescentes que possuem permissão dos pais/responsáveis para uso de bebidas alcóolicas.

As pesquisas realizadas por Machado *et al.*, (2018), Freitas; Ribeiro e Saldanha (2012) demonstram assim como neste estudo, a prevalência na permissão dos pais e responsáveis para o uso de bebidas alcóolicas pelos adolescentes.

Paiva e Ronzani (2009) afirmam que a família, em especial os pais podem apresentar um fator determinante na vida do indivíduo, seja ele de proteção ou de risco, visto que a criança ou o adolescente tende a imitar as atitudes dos pais, seja ela considerada saudável ou não. Em relação ao uso do álcool é perceptível que os pais que não tem em sua cultura o hábito de beber ou simplesmente se mantêm firmes contra o uso do álcool, conseguem adiar o consumo de bebidas alcóolicas por seus filhos, acontecendo somente na fase adulta (MCCANN, 2019).

Apesar das restrições legais em torno da compra de bebidas alcóolicas por menores de 18 anos, esta pesquisa constatou que 89,7% (n=374) dos participantes em algum momento de suas vidas realizaram a compra de bebidas alcóolicas sem a necessidade de comprovação de sua idade e apenas 10,3% (n=43) precisaram de documentos pessoais para realizarem a compra de bebidas, como representa o gráfico 09.

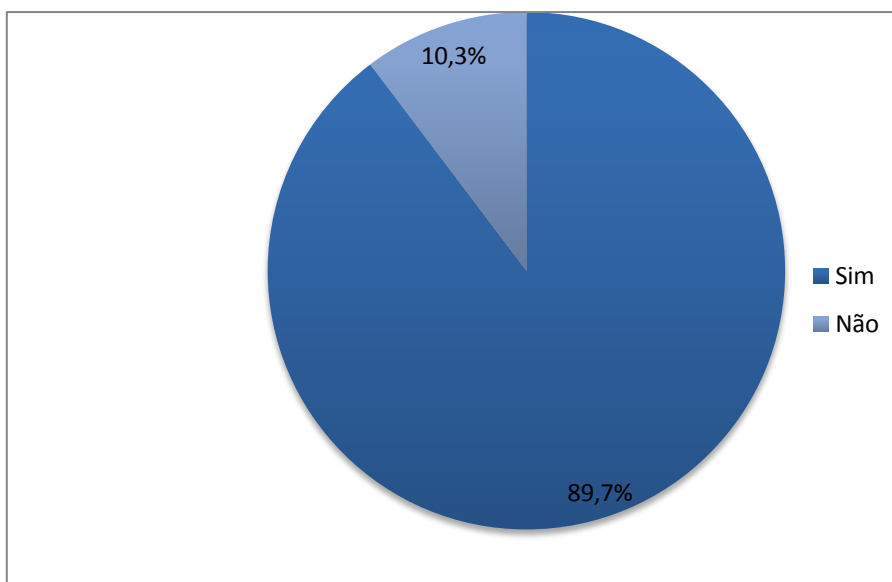


Gráfico 09 – Índice de adolescentes que fizeram compra de bebidas alcoólicas sem documento de identidade.

A pesquisa realizada por Vieira *et al.*, (2007) com a participação de 1.990 alunos de escolas públicas e privadas, com idade entre 11 e 21 anos dos sexos masculino e feminino, obtiveram dados semelhantes, onde a maioria dos adolescentes afirmam ter fácil acesso à compra de bebidas alcóolicas, porém uma porcentagem revela que em algumas situações a compra depende da bebida procurada, com mais facilidade para comprar cerveja e vinho. O estudo de Neves; Teixeira e Ferreira (2015), também teve resultado semelhante a esta pesquisa.

O principal fator que contribui para o acesso dos adolescentes à aquisição de bebidas que possuem teor alcóolico é a ineficiência na fiscalização de bares, comércios, festas e os demais estabelecimentos que vendem bebidas alcóolicas, por meio dos órgãos competentes, principalmente quando se trata de locais pouco desenvolvidos (SILVA *et al.*, 2007).

5 CONCLUSÃO

Notou-se através desse estudo que dos 417 adolescentes que participaram da pesquisa 53,4% são representados pelo sexo masculino, a idade prevalente dos participantes foi de 16 anos entre os meninos e 15 anos entre as meninas, em relação à cor, 78,0% dos participantes que ingerem bebidas alcóolicas se consideram pardos, em sua maioria sobrevivem com renda familiar que vai de um a dois salários mínimos, com grau de escolaridade prevalente entre o primeiro e terceiro ano do Ensino Médio.

Dentre os participantes destacou-se ainda que 45,9% fazem uso de bebidas alcóolicas, sendo a cerveja, a bebida alcóolica mais consumida pelos adolescentes, a maioria afirma beber com a frequência de mais de uma vez por mês tendo como lugar preferencial a casa de amigos.

A pesquisa mostrou também que a maioria dos adolescentes começou ingerir álcool com idade em torno dos 13 a 14 anos e 89,7% do total geral de participantes afirmam ter fácil acesso à compra de bebidas alcóolicas.

Sobre os principais fatores que levam os adolescentes à precocidade na ingestão de bebidas alcóolicas destacam-se a influência exercida por parentes e amigos, seguido da necessidade do adolescente de se sentir inserido em grupo.

Espera-se que este estudo seja capaz de viabilizar o planejamento e execuções, seja de projetos e/ou políticas públicas a nível distrital que sirvam para a sensibilização e informação tanto dos adolescentes quanto das crianças acerca do uso precoce de álcool e suas consequências sobre a vida do indivíduo.

Destaca-se ainda, a importância dos profissionais de enfermagem aliados à Atenção Básica de Saúde, que por estarem mais próximos à sociedade e em contato frequente com os problemas vivenciados por grupo, tornam-se a peça primordial para o acesso, comunicação e transmissão de informação aos adolescentes envolvidos em situações que à saúde e aos demais âmbitos da vida.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ACSERALD, G.; KARAM, M. L.; DAVID, H. M. S. L.; ALARCON, S.; PFEIL, F. M. C.; ANDRADE, C. S. G. C. D. **Consumo de Bebidas Alcolólicas no Brasil – Estudo com base em fontes secundárias**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Alegra, 2012.

ALENCASTRO, L. F. **O Trato dos Viventes**: formação do Brasil no Atlântico Sul. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Brasília, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

BABOR, T. **Alcohol: no Ordinary Commodity** .3ª ed. Oxford: University Press, 2004.

BABOR, T. CAETANO, R. Evidence-Based Alcohol Policy in the Americas: Strengths, Weaknesses, and Future Challenges. **Rev. Panam Salud Public Health**, Oxford, v. 18, n. 4, p. 13-97, 2005.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de Risco Relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 45-123, 2002.

BECKER, D. **O que é adolescência?** 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1997.

BERNARDO, A. **Efeitos do álcool sobre o corpo humano**. 2ª ed. São Paulo: Viva Saúde. 2013.

BERTOLETE, J. M. **Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool**. 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERTONI, L. M. Reflexões sobre a história do alcoolismo. **Atlas**, São Paulo, v.1, n.1, p. 23-57, 2006.

BERTONI, L. M. “Se beber não dirija”. **Atlas**, São Paulo, v.1 n. 1, p. 12-108, 2007.

BESERRA, E. P.; SOUSA, L. B.; ALVES, M. D. S. Intervenção educativa utilizando a atividade de vida respiração com adolescentes. **Ed Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 14-209, 2014.

BIRCKMAYER, J. D.; HOLDER, H.; YACOUBIAN, G. S.; FRIEND, K. B. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: assessing the research evidence. **Drug Educ**, v. 34, n. 2, p. 53-121, 2004.

BUSSAB, W.; BOLFARINE, H. **Elementos de amostragem**. 3ª ed. São Paulo: Edgar Blucher, 2005.

BLACKSON, T. C.; TARTER, R. E. Individual, family and peer affiliation factors predisposing to early-age on set of alcohol and drug use. **Alcoholism**, v. 18, n. 4, p. 813-821, 1994.

BRAUDEL, F. **Civilização Material e Capitalismo, séculos XV- XVIII: as estruturas do cotidiano**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Cosmos, 1970.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Fundamentos da Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral à Usuário de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gabinete de Segurança Institucional e Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, 2016.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2018. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 Dez 2018.

BROWN, S. A.; TAPERT, S. F.; GRANHOLM, E.; DELIS, D. C. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. **Alcohol Clin Exp Res**, Oxford, v. 24, n. 2, p. 164-171, 2000.

BUNING, E.; OLIVEIRA, M. A. R. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 2ª ed. Editora MS, 2004.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. 2ª ed. São Paulo: Publifolha, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceito de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 13-209, 1997.

CARDOSO, L. S.; SANTOS, M.V. F.; THOMAS, C. L.; SIQUEIRA, M. M. Fatores de risco e proteção para o consumo de drogas: conhecimento de estudantes de uma escola pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v 37, n. 13, p. 53-141, 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 3ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. 1ª ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2010.

COSTA-FILHO, M. **A cana -de- açúcar em minas gerais**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Instituto do açúcar e do Alcool, 1963.

COUTINHO, E. S. F.; FRANÇA-SANTOS, D.; MAGLIANO, E. S.; BLOCH, K. V.; BARUFALDI, L. A.; CUNHA, C. F. Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 1, p.8-17, 2016.

DÉA, H. R. F. D.; SANTOS, E. N.; ITAKURA, E. O. L. I. C.; TATIANA, B. A. Inserção do Psicólogo no Trabalho de Prevenção ao Abuso de Alcool e Outras Drogas. **Psicologia, ciência e profissão**, São Paulo, v.1, n. 24, p. 108-115, 2004.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento científico: metodologia científica no caminho de Habermas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012.

DIMEFF, L. A.; BAER, J. S.; KIVLAHAN, D. R.; MARLATT, G. A. **Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 2002.

DUAILIBI, S. **Does Closing Bars Decrease Homicides Rates?** 2ª ed. American Journal of Public Health, 2007.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5. p. 839-848, 2007.

EDWARDS, G. **Alcohol Policy and the Public Good**. 2ª ed. Oxford: University Press, 1994.

EDWARDS, G.; ANDERSON, P. L.; BABOR, T.; CASSWELL, S.; FERRENCE, R.; GIESBRECHT, N. **Alcohol Policy and the Public Good**. Oxford: University Press, 1994.

ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

FASSETO, F. A.; JIMENEZ, L. Interface entre drogas, criminalidade e adolescência: notas para compreensão do modelo legal vigente. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 411-442, 2015.

FERREIRA, A. P. **Consequências do consumo de álcool**. Rio de Janeiro: Viva Saúde, 2013.

FIDELIS, DIAS. I. Usos de abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá. In: LABATE, B. **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p.199-217, 2008.

FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da alimentação**. 1ª ed. São Paulo: Eslação Liberdade, 1998.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. 5ª ed. Fortaleza: UEC, 2002.

FREITAS, E. S.; RIBEIRO, R. C. S.; SALDANHA, A. A. W. O uso de álcool por adolescentes: Uma comparação por gênero. **Psicol Argum**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 65, p. 95-287, 2012.

GARATTONI, B. **Dez mil anos de pileque: a história da bebida**. 1ª ed. São Paulo: Abril, 2008.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 79-272, 2004.

GHANDOUR, L. AFIFI, R. FARES, S. SALIBI, N. RADY, A. Time trends and policy gaps: the case of alcohol misuse among adolescents in Lebanon. **Subst Use Misuse**, v. 50, n. 14, p. 39-1826, 2015.

GIGLIOTTI, A; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do álcool: critérios Diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 26, n.1, p.11-13, maio, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONCALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. D. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Esc. Anna Nery**, São Paulo, v.11, n.4, p. 56-122, 2007.

GUIMARAES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia e Sociedade**, Recife, v. 19, n.1, p. 45-51, 2007.

HUIZINGA, D.; LOEBER, R.; THORNBERRY, T. P. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities. **Public Health**, v. 108, n. 1:p. 6-90, 1993.

JESUS, F. B.; LIMA, F, C, A.; MARTINS, C. B. G.; MATOS, K. F.; SOUZA, S. P. S. **Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente**. 5ª ed. São Paulo: Rev. Enfermagem ,2011.

LAC, A.; DONALDSON, C. D. Alcohol attitudes, motives, norms, and personality traits longitudinally classify nondrinkers, Moderate drinkers, And binge drinkers using discriminant function analysis. **Addictive Behaviors**, Elsevier, v. 61, n. 12, p. 91–98, 2016.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso Brasileiro de Políticas Públicas sobre Álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 68-77, 2004.

LEPRE, R. M.; MARTINS, R. A. **Bebidas alcoólicas e propaganda: raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes**. 1ª ed. São Paulo: UEP, 2007.

LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B.; FERNANDES, A. F. C.; SOUZA, A. M. A.; MARINHO, A. M. Interfaces entre alcoolismo e promoção da saúde nas produções da pós-graduação stricto sensu brasileira. **Revista Rene**, Ceará, v. 11, n. 4, 190-199, 2009.

MACHADO, E. L.; LANA, F. C. F.; FELISBINO-MENDES, M. S.; MALTA, D. C. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo

Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, Stevis, v. 29, n 7, p. 59-1449, 2013.

MALTA, D. C.; MACHADO, I. E.; PORTO, D. L.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, P. C.; COSTA, A. W. N. **Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE, 2012)**. 3ª ed. Brasília: Rev Bras Epidemiol, 2014.

MCCANN, M. Longitudinal Social Network Analysis of Peer, Family, and School Contextual Influences on Adolescent Drinking Frequency. **Journal of Adolescent Health**, v. 12, n. 03, p. 13-120, 2019.

MCCOY, S. I.; JEWELL, N. P.; HUBBARD, A.; GERDTS, C. E.; DOHERTY, I. A.; PADIAN, N. S. A trajectory analysis of alcohol and marijuana use among Latino adolescents in San Francisco. **Adolesc Health**, California, v. 47, n. 6, p. 74-564, 2010.

MCKINNON, S. A.; O'ROURKE, K. M.; THOMPSON, S. E.; BERUMEN, J. H. Alcohol use and abuse by adolescents: the impact of living in a border community. **Adolesc Health**, Yale, v. 34, n. 1, p. 88-93, 2014.

MARCONI, E. M.; LAKATOS, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, O. A. Efeito do Consumo de Bebidas Alcoólicas no Organismo—Uma Revisão. **Revista Eletrônica de Educação e Ciência (REEC)**, Avaré, v. 3, n. 2, p. 13-24, 2013.

MEIRA, E.D. **A cachaça morretiana: uma tradição inventada**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MICHAUD, P. A. **Pesquisa multicultural sobre saúde do adolescente: Uma perspectiva em saúde pública**. 3ª ed. Porto Alegre: Adolescência Latinoamericana, 2001.

MILAN, J. R.; KETCHAM, K. **Alcoolismo: mitos e realidade**. 1ª. São Paulo: Nobel, 1986.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINTO, E. C. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.207-220, 2007.

MIRANDA-NETO, M. H. M. Anatomia Humana: aprendizagem dinâmica. **Clichetec**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 121-167, 2006.

NEVES, K. D. O. C.; TEIXEIRA, M. L. D. O.; FERREIRA, M. D. A. Factors and motivation for the consumption of alcoholic beverages in adolescence. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286–291, 2015.

OLIVEIRA, L. F. R.; COBUCCI, R. A. S. Alcoolismo: A vivência daqueles que lutam contra a doença. **Revista Enfermagem Integrada**, Santa Catarina, v. 5, n. 2, p. 12-48, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul, 2003.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177–183, 2009.

PECHAMSKY, F. **Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revista brasileira de Psiquiatria, 2001.

PIEROBON, M.; BARAK, M.; HAZRATI, S.; JACOBSEN, K. H. **Consumo de álcool e violência entre adolescentes argentinos**. 1ª ed. Maringá: Estudos do álcool, 2013.

PRECIOSO, J.; DIAS, A., SAMORINHA, C.; SOUSA, I.; ANTUNES, H. E. MACEDO, I. **O essencial sobre o alcoolismo**. 1ª ed. São Paulo: Almedina Edições, 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª Ed. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013.

REIS, A. Prevalência da Ingestão de Álcool nos Adolescentes: Estudo PINGA. **Revista em Saúde**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.13-124, 2001.

ROOM, R.; BONDY, S. J.; FERRIS, J. The risk of harm of oneself from drinking. **Addiction**, Canadá, v. 90, n. 4. p. 499-513, 1995.

SALES, E. Aspecto da história do álcool e do alcoolismo no século XIX. **Gênero & História**, Recife, v. 7, n. 7, p. 167-203, 2010.

SANTOS, R. M. S. **Prevenção de droga na escola: Uma abordagem psicodramática**. Campinas, SP: Papirus, 1998.

SANTOS, T. I. **Uma análise da importância do álcool, dos seus processos e efeitos para um nutricionista**. Porto, 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade do Porto, 2009.

SAVATER, F. **Ética como amor-próprio**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica**. 1ª ed. São Paulo: Ciência e saúde coletiva, 2003.

SCHULTE, M. T.; RAMO, D.; BROWN, S. A. Gender Differences in Factors Influencing Alcohol Use and Drinking Progression Among Adolescents. **Clin Psychol Ver**, v. 29, n. 6, p. 47-535, 2009.

SCIVOLETTO, S.; GIUSTI, L. S. **Fatores protetores e de risco associados ao uso de drogas na adolescência**. 3ª ed. São Paulo: Álcool e drogas sem distorção, 2007.

SILVA, S. E. D., VASCONCELOS, E. V., PADILHA, M. I. C. S., MARTINI, J. G., & BACKES, V. M. S. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 699-705, 2007.

SILVEIRA, C, M.; SIU, E. R.; ANTHONY, J. C.; SAITO, L. P. D. E.; ANDRADE, A. G.; KUTSCHENKO, A. Drinking patterns and alcohol use disorders in São Paulo, Brazil: the role of neighborhood social deprivation and socioeconomic status. **PLoS One**, v. 1, n. 9, p. 108 - 355, 2014.

SIMÕES, C.; MATOS, M. G.; BATISTA-FOGUET, J. Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. **Psicol Saúde Doenças**, v. 7, n. 2, p. 64 -147, 2006.

STANDAGE, T. **História do mundo em 6 copos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

STOLLE, M.; SACK, P. M.; THOMASIU, R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. **Dtsch Arztebl**, v. 106, n. 19, p. 323-328, 2009.

STUEVE, A. O. D. L. N. **Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youth**. 2ª ed. Public Health, 2005.

TANNER, J. M. **Growth at Adolescence**. 2ª ed. Oxford: Blackwell, 1962.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787-96, 2004.

VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, C. F. S. M. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. **Rev. Latino-Am**, Ceará, v.4, n. 2, p. 26 -67, 2013.

VÉRONNEAU, M. H.; TREMPÉ, S. C.; PAIVA, A. O. Risk and protection factors in the peer context: how do other children contribute to the psychosocial adjustment of the adolescent? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 695-705, 2014.

VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M.; ROMANO, M.; LARANJEIRA, R. **Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais**. 7ª ed. São Paulo: Rev Saúde Pública, 2007.

VIEIRA, P. C. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2487–2498, 2008.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VILLEN, R. A. Biotecnologia: Histórico e Tendências. **Embrapa**, Distrito Federal, v.1, n.1, p. 03 - 47, 2002.

WHO, World Health Organization. **Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group**. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

YI, H. Y.; WILLIAMMS, G. D.; DUFOUR, M. C. Trends in alcohol-related fatal crashes. **Surveillance Report**, United States, v. 8, n. 13, p. 99-1979, 2001.

ZAGO, N. **Fracasso e sucesso escolar no contexto das relações família e escola: questionamentos e tendências em sociologia da educação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revista Luso-Brasileira, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA - FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente estudo denominado **“Fatores relacionados ao uso precoce de bebidas alcóolicas por adolescentes do Distrito de Miritituba, no Município de Itaituba, Pará, Brasil”**, tem por objetivo conhecer os fatores que levam a precocidade no consumo de bebidas alcóolicas dos adolescentes que habitam o Distrito de Miritituba.

A sua participação nesse estudo consiste em responder a um questionário fechado com perguntas pré-definidas, não sendo identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos sobre a pesquisa você poderá contatar a pesquisadora principal, Thais Oliveira Santos, pelo telefone (93) 992073074 ou pelo e-mail: thaisoliv98@icloud.com, assim como sua orientadora Enf.^a Ma. Juliane de Almeida Lira, através do telefone (93) 99124-7285.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantido a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de estudo sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Eu _____, responsável pelo(a) menor participante deste estudo, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper a participação do (a) _____ se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora Thais Oliveira Santos, pelo telefone (93) 992073074 ou pelo e-mail: thaisoliv98@icloud.com assim como sua orientadora Enf.^a Ma. Juliane de Almeida Lira.

Declaro que concordo participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

MIRITITUBA, _____ de _____ de 2020.

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

1- Idade: ()12 ()13 ()14 ()15 ()16 ()17 ()18

2- Sexo: () Masculino () Feminino

3- Raça/Cor: ()Branco ()Pardo ()Amarelo ()Negro ()Indígena

4- Renda Familiar:

- () Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 1.045,00)
- () De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.045,00 à 2.090,00)
- () De 2 a 3 salários mínimos (de 2.090,00 à 3.135,00)
- () Maior que 4 salários mínimos (mais de 4.180,00)

5- Grau de escolaridade:

- () Cursando o 6º ano do Ensino Fundamental
- () Cursando o 7º ano do Ensino Fundamenta
- () Cursando o 8º ano do Ensino Fundamental
- () Cursando o 9º ano do Ensino Fundamental
- () Cursando o 1ºano do Ensino Médio
- () Cursando o 2º ano do Ensino Médio
- () Cursando o 3º ano do Ensino Médio
- () Concluiu
- () Desistente

6- Você faz uso de bebidas alcóolicas? Se não, pule para a questão 12.

() sim () não

7- Qual a bebida de sua preferência?

- () cerveja
- () whisky
- () vodca
- () vinho
- () ice
- () cachaça

8- Com que frequência você ingere bebidas alcoólicas?

- ☐ Todos os dias
- ☐ Uma vez na semana
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Mais de uma vez por mês
- ☐ Apenas em ocasiões especiais

9- Em que lugar você ingere bebida alcoólica?

- ☐ Em festas
- ☐ Em casa
- ☐ Em bares
- ☐ Na casas de amigos

10- Seus pais ou responsáveis permitem que você faça uso de bebidas alcólicas?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Eles não sabem ☐ Permitem em ocasiões especiais

11- Com que idade você ingeriu bebida alcoólica pela primeira vez?

- ☐ Menos de 10 anos
- ☐ Entre 10 e 12 anos
- ☐ Entre 13 e 15 anos
- ☐ Entre 16 e 18 anos

12- Você já realizou a compra de algum tipo de bebida alcóolica (para você ou para outra pessoa) sem precisar de documentos pessoais para a comprovação de sua idade?

- ☐ sim ☐ não

13- Qual motivo lhe leva a consumir bebidas alcoólicas?

- ☐ busca por novas experiências
- ☐ conflito familiar
- ☐ necessidade de ter mais coragem
- ☐ fracasso no ambiente escolar
- ☐ baixa autoestima
- ☐ influência de parentes ou amigos
- ☐ para se sentir inserido em um grupo
- ☐ curiosidade
- ☐ por gostar dos efeitos causados pelo álcool
- ☐ propagandas/comerciais de bebidas na TV/redes sociais
- ☐ outros .

ANEXOS

ANEXO A – MATRÍCULAS DO ANO DE 2020 DAS ESCOLAS DO DISTRITO DE MIRITITUBA, PARÁ.

PREFEITURA DE ITAITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO Ano Letivo: 2020 E M E F CARLOS SARMENTO E E E M PROFª MARIA DAS GRAÇAS ESCÓCIO CERQUEIRA – ANEXO - MIRITITUBA E M E F INTEGRAÇÃO NACIONAL				
TURMA	TURNO	SEXO	NASCIMENTO	IDADE
1º ANO A	MANHÃ	F	27/06/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	F	01/08/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	F	23/12/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	25/07/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	F	27/08/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	14/03/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	M	22/05/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	F	04/11/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	28/10/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	20/03/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	F	12/08/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	F	27/11/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	05/09/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	10/03/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	F	06/02/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	F	27/03/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	M	12/05/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	F	16/02/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	M	01/09/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	04/01/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	M	27/01/2014	6
1º ANO A	MANHÃ	M	19/06/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	M	01/08/2013	6
1º ANO A	MANHÃ	F	22/05/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	06/05/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	01/05/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	12/08/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	27/10/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	23/05/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	16/09/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	09/02/2014	6

1º ANO B	TARDE	F	22/10/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	07/04/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	02/11/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	05/02/2014	6
1º ANO B	TARDE	F	28/06/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	08/03/2014	6
1º ANO B	TARDE	M	17/03/2014	6
1º ANO B	TARDE	M	09/12/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	21/06/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	20/01/2014	6
1º ANO B	TARDE	F	30/11/2013	6
1º ANO B	TARDE	F	28/11/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	08/03/2014	6
1º ANO B	TARDE	F	04/11/2013	6
1º ANO B	TARDE	M	29/04/2013	6
1º ANO C	TARDE	F	03/02/2014	6
1º ANO C	TARDE	F	05/06/2013	6
1º ANO C	TARDE	F	31/03/2006	14
1º ANO C	TARDE	F	04/03/2014	6
1º ANO C	TARDE	M	14/05/2012	7
1º ANO C	TARDE	F	20/11/2013	6
1º ANO C	TARDE	M	26/01/2014	6
1º ANO C	TARDE	F	25/09/2013	6
1º ANO C	TARDE	F	15/02/2014	6
1º ANO C	TARDE	F	10/12/2013	6
1º ANO C	TARDE	M	06/07/2013	6
1º ANO C	TARDE	M	09/09/2013	6
1º ANO C	TARDE	M	15/01/2014	6
1º ANO C	TARDE	M	01/11/2013	6
1º ANO C	TARDE	F	01/11/2012	7
1º ANO C	TARDE	F	14/11/2013	6
1º ANO C	TARDE	F	08/02/2014	6
1º ANO C	TARDE	F	31/07/2013	6
1º ANO C	TARDE	M	13/04/2013	6
1º ANO C	TARDE	M	20/09/2012	7
1º ANO C	TARDE	M	27/07/2013	6
1º ANO C	TARDE	M	22/03/2014	6
1º ANO C	TARDE	M	01/11/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	02/02/2013	7
2º ANO A	MANHÃ	F	08/12/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	F	08/12/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	F	14/09/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	05/08/2011	8
2º ANO A	MANHÃ	M	10/09/2012	7

2º ANO A	MANHÃ	M	01/07/2011	8
2º ANO A	MANHÃ	M	30/04/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	10/12/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	16/10/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	F	07/09/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	03/05/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	03/10/2011	8
2º ANO A	MANHÃ	M	01/12/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	02/02/2012	8
2º ANO A	MANHÃ	F	22/10/2011	8
2º ANO A	MANHÃ	M	26/03/2013	7
2º ANO A	MANHÃ	F	27/09/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	22/12/2011	8
2º ANO A	MANHÃ	M	05/09/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	M	22/10/2011	8
2º ANO A	MANHÃ	F	30/12/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	F	01/02/2009	11
2º ANO A	MANHÃ	F	10/06/2012	7
2º ANO A	MANHÃ	F	17/01/2013	7
2º ANO A	MANHÃ	M	13/03/2013	7
2º ANO A	MANHÃ	M	23/11/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	15/10/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	20/05/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	23/02/2008	12
2º ANO B	TARDE	M	20/10/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	17/01/2013	7
2º ANO B	TARDE	F	12/04/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	11/11/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	14/06/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	05/05/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	20/08/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	16/04/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	12/04/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	09/05/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	06/03/2013	7
2º ANO B	TARDE	F	20/01/2013	7
2º ANO B	TARDE	M	01/06/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	13/08/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	19/06/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	07/01/2013	7
2º ANO B	TARDE	M	06/03/2012	8
2º ANO B	TARDE	M	05/07/2012	7
2º ANO B	TARDE	F	25/06/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	27/11/2012	7

2º ANO B	TARDE	F	29/12/2012	7
2º ANO B	TARDE	M	15/02/2013	7
2º ANO C	TARDE	F	10/08/2012	7
2º ANO C	TARDE	F	06/12/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	24/02/2013	7
2º ANO C	TARDE	F	18/04/2013	6
2º ANO C	TARDE	M	16/06/2012	7
2º ANO C	TARDE	F	19/11/2011	8
2º ANO C	TARDE	M	18/03/2013	7
2º ANO C	TARDE	F	28/08/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	15/12/2012	7
2º ANO C	TARDE	F	31/10/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	05/01/2011	9
2º ANO C	TARDE	M	19/06/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	15/02/2012	8
2º ANO C	TARDE	M	27/04/2013	6
2º ANO C	TARDE	M	10/10/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	27/09/2006	13
2º ANO C	TARDE	M	11/06/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	29/03/2012	8
2º ANO C	TARDE	M	10/09/2011	8
2º ANO C	TARDE	M	17/08/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	29/07/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	07/04/2012	7
2º ANO C	TARDE	M	02/07/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	07/04/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	10/11/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	19/09/2009	10
3º ANO A	MANHÃ	F	27/08/2010	9
3º ANO A	MANHÃ	F	26/04/2012	7
3º ANO A	MANHÃ	M	03/06/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	09/04/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	F	28/07/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	20/08/2010	9
3º ANO A	MANHÃ	F	17/07/2010	9
3º ANO A	MANHÃ	M	20/01/2011	9
3º ANO A	MANHÃ	F	16/07/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	17/12/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	09/10/2007	12
3º ANO A	MANHÃ	M	05/03/2010	10
3º ANO A	MANHÃ	M	24/12/2007	12
3º ANO A	MANHÃ	M	14/08/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	F	29/02/2012	8
3º ANO A	MANHÃ	F	22/09/2011	8

3º ANO A	MANHÃ	F	28/02/2012	8
3º ANO A	MANHÃ	M	25/01/2012	8
3º ANO A	MANHÃ	F	26/03/2012	8
3º ANO A	MANHÃ	F	01/02/2012	8
3º ANO A	MANHÃ	F	28/07/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	F	28/05/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	M	18/10/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	F	27/12/2009	10
3º ANO A	MANHÃ	M	11/07/2011	8
3º ANO A	MANHÃ	F	15/08/2011	8
3º ANO B	TARDE	F	16/10/2011	8
3º ANO B	TARDE	M	03/08/2011	8
3º ANO B	TARDE	M	11/08/2011	8
3º ANO B	TARDE	F	18/03/2012	8
3º ANO B	TARDE	M	28/03/2009	11
3º ANO B	TARDE	M	08/08/2011	8
3º ANO B	TARDE	M	08/10/2011	8
3º ANO B	TARDE	M	28/03/2010	10
3º ANO B	TARDE	F	21/11/2011	12
3º ANO B	TARDE	M	06/10/2009	11
3º ANO B	TARDE	M	22/12/2011	12
3º ANO B	TARDE	F	31/07/2010	12
3º ANO B	TARDE	M	10/01/2012	12
3º ANO B	TARDE	F	25/06/2011	12
3º ANO B	TARDE	M	25/05/2011	13
3º ANO B	TARDE	M	12/07/2010	12
3º ANO B	TARDE	F	29/10/2011	11
3º ANO B	TARDE	M	12/03/2012	13
3º ANO B	TARDE	M	17/01/2011	12
3º ANO B	TARDE	M	20/08/2011	8
3º ANO C	TARDE	M	31/05/2010	9
3º ANO C	TARDE	F	28/08/2011	8
3º ANO C	TARDE	F	05/12/2010	9
3º ANO C	TARDE	F	04/11/2011	8
3º ANO C	TARDE	M	13/12/2011	8
3º ANO C	TARDE	M	31/03/2007	13
3º ANO C	TARDE	M	07/04/2008	11
3º ANO C	TARDE	M	01/03/2012	8
3º ANO C	TARDE	F	05/08/2008	11
3º ANO C	TARDE	M	07/07/2009	10
3º ANO C	TARDE	M	29/08/2010	9
3º ANO C	TARDE	M	22/05/2011	8
3º ANO C	TARDE	M	16/10/2008	11
3º ANO C	TARDE	M	19/09/2011	8

3º ANO C	TARDE	F	22/10/2011	8
3º ANO C	TARDE	F	14/03/2011	9
3º ANO C	TARDE	M	19/12/2011	8
3º ANO C	TARDE	M	21/12/2011	8
3º ANO C	TARDE	M	25/06/2010	9
3º ANO C	TARDE	M	21/02/2012	8
3º ANO C	TARDE	M	08/11/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	04/04/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	09/03/2010	10
4º ANO A	MANHÃ	M	08/01/2006	14
4º ANO A	MANHÃ	F	01/11/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	30/04/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	11/08/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	12/08/2009	10
4º ANO A	MANHÃ	M	25/05/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	13/04/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	15/11/2008	11
4º ANO A	MANHÃ	F	05/08/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	11/06/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	14/07/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	17/09/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	28/06/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	11/08/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	25/11/2008	11
4º ANO A	MANHÃ	F	30/01/2009	11
4º ANO A	MANHÃ	F	26/12/2008	11
4º ANO A	MANHÃ	M	28/06/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	25/05/2011	8
4º ANO A	MANHÃ	F	07/12/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	06/08/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	28/08/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	29/05/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	21/10/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	08/03/2011	9
4º ANO A	MANHÃ	F	07/08/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	24/05/2009	10
4º ANO A	MANHÃ	M	17/08/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	23/04/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	11/03/2010	10
4º ANO A	MANHÃ	M	06/05/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	M	09/02/2009	11
4º ANO A	MANHÃ	M	19/06/2010	9
4º ANO A	MANHÃ	F	17/02/2011	9
4º ANO A	MANHÃ	F	14/02/2010	10

4º ANO B	TARDE	F	12/04/2009	10
4º ANO B	TARDE	M	21/05/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	11/04/2010	9
4º ANO B	TARDE	M	27/08/2009	10
4º ANO B	TARDE	F	28/11/2009	10
4º ANO B	TARDE	F	25/06/2010	9
4º ANO B	TARDE	M	30/05/2008	11
4º ANO B	TARDE	M	15/04/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	20/10/2009	10
4º ANO B	TARDE	M	05/07/2010	9
4º ANO B	TARDE	M	06/03/2009	11
4º ANO B	TARDE	F	15/11/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	22/11/2010	9
4º ANO B	TARDE	M	23/07/2010	9
4º ANO B	TARDE	M	07/01/2010	10
4º ANO B	TARDE	F	16/11/2009	10
4º ANO B	TARDE	M	22/05/2008	11
4º ANO B	TARDE	M	20/06/2010	9
4º ANO B	TARDE	M	26/06/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	18/12/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	30/06/2009	10
4º ANO B	TARDE	F	27/09/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	05/10/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	03/03/2011	9
4º ANO B	TARDE	M	29/11/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	06/04/2010	9
4º ANO B	TARDE	F	15/12/2009	10
4º ANO B	TARDE	M	01/12/2010	9
4º ANO B	TARDE	M	19/08/2008	11
4º ANO B	TARDE	F	10/02/2011	9
4º ANO B	TARDE	M	07/11/2009	10
4º ANO B	TARDE	M	03/09/2009	10
4º ANO B	TARDE	M	08/10/2010	9
5º ANO A	MANHÃ	F	04/08/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	M	09/04/2006	13
5º ANO A	MANHÃ	M	11/12/2005	14
5º ANO A	MANHÃ	M	23/09/2007	12
5º ANO A	MANHÃ	M	30/06/2007	12
5º ANO A	MANHÃ	F	05/06/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	F	17/03/2010	10
5º ANO A	MANHÃ	F	10/04/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	F	24/07/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	M	08/02/2008	12
5º ANO A	MANHÃ	M	06/08/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	M	22/11/2009	10

5º ANO A	MANHÃ	M	08/05/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	F	19/01/2007	13
5º ANO A	MANHÃ	M	27/06/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	M	08/10/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	F	28/03/2010	10
5º ANO A	MANHÃ	F	04/05/2009	10
5º ANO A	MANHÃ	M	03/01/2010	10
5º ANO A	MANHÃ	M	22/09/2005	14
5º ANO A	MANHÃ	M	19/05/2007	12
5º ANO B	TARDE	F	25/10/2008	11
5º ANO B	TARDE	F	18/05/2008	11
5º ANO B	TARDE	M	27/06/2009	10
5º ANO B	TARDE	M	14/09/2005	14
5º ANO B	TARDE	M	20/09/2009	10
5º ANO B	TARDE	M	20/03/2007	13
5º ANO B	TARDE	F	16/03/2010	10
5º ANO B	TARDE	M	09/10/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	04/09/2009	10
5º ANO B	TARDE	M	26/07/2009	10
5º ANO B	TARDE	M	28/07/2008	11
5º ANO B	TARDE	M	02/05/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	19/12/2008	11
5º ANO B	TARDE	F	19/01/2007	13
5º ANO B	TARDE	M	29/05/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	23/06/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	07/06/2006	13
5º ANO B	TARDE	M	18/05/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	06/05/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	16/08/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	05/06/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	02/02/2009	11
5º ANO B	TARDE	F	18/08/2009	10
5º ANO B	TARDE	M	20/06/2005	14
5º ANO B	TARDE	F	29/01/2010	10
5º ANO B	TARDE	F	19/08/2009	10
5º ANO B	TARDE	F	02/10/2008	11
5º ANO B	TARDE	F	18/08/2008	11
5º ANO B	TARDE	F	30/12/2009	10
5º ANO B	TARDE	M	09/12/2006	13
5º ANO B	TARDE	M	15/05/2009	10
5º ANO B	TARDE	M	17/10/2009	10
2ª ETAPA U	NOITE	M	28/05/1988	31

2ª ETAPA U	NOITE	M	07/05/1978	41
2ª ETAPA U	NOITE	F	18/02/1996	24
2ª ETAPA U	NOITE	M	21/12/2004	15
2ª ETAPA U	NOITE	F	22/06/1993	26
2ª ETAPA U	NOITE	F	15/11/1985	34
2ª ETAPA U	NOITE	F	04/12/1976	43
2ª ETAPA U	NOITE	M	28/08/2002	17
2ª ETAPA U	NOITE	M	14/09/1999	20
2ª ETAPA U	NOITE	F	15/08/1980	39
2ª ETAPA U	NOITE	M	11/06/2004	15
2ª ETAPA U	NOITE	F	29/04/1994	25
2ª ETAPA U	NOITE	M	26/10/1969	50
2ª ETAPA U	NOITE	M	14/09/1999	20
2ª ETAPA U	NOITE	M	18/05/2004	15
2ª ETAPA U	NOITE	F	19/01/2005	15
2ª ETAPA U	NOITE	F	24/07/1978	41
2ª ETAPA U	NOITE	M	31/05/2003	16
2ª ETAPA U	NOITE	F	25/11/1982	37
2ª ETAPA U	NOITE	M	25/03/2002	18
2ª ETAPA U	NOITE	F	05/09/2002	17
2ª ETAPA U	NOITE	F	30/09/1954	65
2ª ETAPA U	NOITE	F	03/01/2005	15
2ª ETAPA U	NOITE	F	15/10/1984	35
2ª ETAPA U	NOITE	F	30/11/1975	44
2ª ETAPA U	NOITE	M	26/07/2003	16
2ª ETAPA U	NOITE	M	13/03/2003	17
2ª ETAPA U	NOITE	F	30/03/2003	17
2ª ETAPA U	NOITE	M	24/11/2004	15

3ª ETAPA A	NOITE	F	29/07/2004	15
3ª ETAPA A	NOITE	M	03/09/2004	15
3ª ETAPA A	NOITE	F	28/09/2003	16
3ª ETAPA A	NOITE	M	20/02/2001	19
3ª ETAPA A	NOITE	M	20/04/1977	42
3ª ETAPA A	NOITE	F	13/04/1989	30
3ª ETAPA A	NOITE	M	28/03/2004	16
3ª ETAPA A	NOITE	M	10/06/1980	39
3ª ETAPA A	NOITE	M	07/04/2003	16
3ª ETAPA A	NOITE	M	31/03/1987	33
3ª ETAPA A	NOITE	F	20/02/2003	17
3ª ETAPA A	NOITE	M	28/05/2002	17
3ª ETAPA A	NOITE	F	06/01/1983	37
3ª ETAPA A	NOITE	F	25/09/2004	15
3ª ETAPA A	NOITE	M	02/04/2002	17
3ª ETAPA A	NOITE	M	06/07/1999	20
3ª ETAPA A	NOITE	M	11/11/2002	17
3ª ETAPA A	NOITE	F	14/02/2002	18
3ª ETAPA A	NOITE	M	19/12/2003	16
3ª ETAPA A	NOITE	M	02/02/2005	15
3ª ETAPA A	NOITE	M	25/12/2000	19
3ª ETAPA A	NOITE	F	23/08/1964	55
3ª ETAPA A	NOITE	M	13/10/1998	21
3ª ETAPA A	NOITE	F	21/05/2003	16
3ª ETAPA A	NOITE	F	07/11/1983	36
3ª ETAPA A	NOITE	F	24/06/1987	32
3ª ETAPA A	NOITE	F	18/01/2004	16
3ª ETAPA A	NOITE	M	11/09/2002	17
3ª ETAPA A	NOITE	M	09/07/2000	19
3ª ETAPA	NOITE	F	05/10/2004	15

A				
3ª ETAPA A	NOITE	F	30/11/2004	15
3ª ETAPA A	NOITE	F	27/01/2005	15
3ª ETAPA A	NOITE	M	13/12/1999	20
3ª ETAPA A	NOITE	F	25/09/2003	16
3ª ETAPA A	NOITE	F	30/09/2004	15
4ª ETAPA A	NOITE	M	24/11/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	11/07/1998	21
4ª ETAPA A	NOITE	M	10/09/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	F	30/10/2004	15
4ª ETAPA A	NOITE	M	29/02/2004	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	14/03/2005	15
4ª ETAPA A	NOITE	M	06/05/2004	15
4ª ETAPA A	NOITE	F	11/09/1971	48
4ª ETAPA A	NOITE	M	23/12/2002	17
4ª ETAPA A	NOITE	M	15/03/2002	18
4ª ETAPA A	NOITE	M	24/02/1998	22
4ª ETAPA A	NOITE	M	14/07/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	F	10/11/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	11/08/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	16/09/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	08/07/2001	18
4ª ETAPA A	NOITE	M	12/11/2004	15
4ª ETAPA A	NOITE	M	07/05/2002	17
4ª ETAPA A	NOITE	M	25/11/1998	21
4ª ETAPA A	NOITE	F	21/08/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	12/11/2001	18
4ª ETAPA A	NOITE	M	20/05/2002	17
4ª ETAPA A	NOITE	M	09/11/2004	15
4ª ETAPA A	NOITE	M	27/09/2004	15

4ª ETAPA A	NOITE	M	19/04/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	11/04/1999	20
4ª ETAPA A	NOITE	M	17/01/2003	17
4ª ETAPA A	NOITE	M	07/05/2004	15
4ª ETAPA A	NOITE	F	05/10/2004	15
4ª ETAPA A	NOITE	M	31/10/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	14/12/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	M	15/08/1999	20
4ª ETAPA A	NOITE	F	28/11/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	F	31/12/2003	16
4ª ETAPA A	NOITE	F	05/01/2005	15
4ª ETAPA A	NOITE	M	26/10/1999	23
4ª ETAPA B	NOITE	M	02/04/2002	17
4ª ETAPA B	NOITE	M	20/11/2003	16
4ª ETAPA B	NOITE	F	16/09/2002	17
4ª ETAPA B	NOITE	F	01/11/2001	18
4ª ETAPA B	NOITE	M	09/10/2003	16
4ª ETAPA B	NOITE	M	16/06/2004	15
4ª ETAPA B	NOITE	M	07/12/2000	19
4ª ETAPA B	NOITE	F	13/07/2003	16
4ª ETAPA B	NOITE	F	12/04/1997	22
4ª ETAPA B	NOITE	F	20/11/2003	16
4ª ETAPA B	NOITE	F	08/11/2004	15
4ª ETAPA B	NOITE	M	30/11/2001	18
4ª ETAPA B	NOITE	F	02/02/1998	22
4ª ETAPA B	NOITE	F	21/04/2003	16
4ª ETAPA B	NOITE	M	04/04/2000	19
4ª ETAPA B	NOITE	M	27/09/2002	17
4ª ETAPA B	NOITE	M	12/11/2004	15
4ª ETAPA	NOITE	M	23/10/1996	23

B				
4ª ETAPA B	NOITE	M	18/10/2002	17
4ª ETAPA B	NOITE	F	10/03/2001	19
4ª ETAPA B	NOITE	F	22/06/1994	25
4ª ETAPA B	NOITE	F	11/02/2000	20
4ª ETAPA B	NOITE	M	20/10/2000	19
4ª ETAPA B	NOITE	M	29/12/2000	19
4ª ETAPA B	NOITE	F	13/07/2004	15
4ª ETAPA B	NOITE	F	23/10/2000	19
4ª ETAPA B	NOITE	M	21/01/2003	17
4ª ETAPA B	NOITE	F	01/08/2004	15
4ª ETAPA B	NOITE	M	22/09/2003	16
4ª ETAPA B	NOITE	M	27/02/2004	16
4ª ETAPA B	NOITE	M	14/07/2002	17
4ª ETAPA B	NOITE	F	17/07/2003	16
4ª ETAPA B	NOITE	M	01/04/2002	17
3ª ETAPA B	NOITE	M	17/08/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	F	26/01/2001	19
3ª ETAPA B	NOITE	M	22/02/2004	16
3ª ETAPA B	NOITE	F	06/09/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	01/01/2004	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	01/02/2003	17
3ª ETAPA B	NOITE	F	09/12/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	25/12/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	04/03/2005	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	28/08/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	07/09/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	19/03/2005	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	17/10/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	F	15/02/2002	18

3ª ETAPA B	NOITE	F	01/06/2001	18
3ª ETAPA B	NOITE	M	21/04/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	20/10/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	F	05/12/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	13/11/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	29/11/2000	19
3ª ETAPA B	NOITE	M	21/09/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	10/06/2002	17
3ª ETAPA B	NOITE	M	30/09/2002	17
3ª ETAPA B	NOITE	M	17/08/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	07/11/2000	19
3ª ETAPA B	NOITE	M	02/01/2003	17
3ª ETAPA B	NOITE	M	02/08/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	30/07/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	17/05/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	F	27/12/2003	16
3ª ETAPA B	NOITE	M	09/08/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	03/09/2001	18
3ª ETAPA B	NOITE	M	14/12/2004	15
3ª ETAPA B	NOITE	M	29/04/2003	16
AEE M	MANHÃ	M	18/09/2014	5
AEE M	MANHÃ	F	20/10/2009	10
AEE M	MANHÃ	M	07/01/2010	10
AEE M	MANHÃ	M	05/05/2012	7
AEE M	MANHÃ	M	01/11/2013	6
AEE M	MANHÃ	M	22/05/2011	8
AEE M	MANHÃ	F	31/07/2010	9
AEE M	MANHÃ	M	12/03/2012	8
AEE M	MANHÃ	M	17/08/2012	7
AEE T	TARDE	F	22/06/1993	26
AEE T	TARDE	M	11/06/2010	9
AEE T	TARDE	M	12/01/2016	4
AEE T	TARDE	M	05/07/1973	46
AEE T	TARDE	F	18/01/2004	16

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAITUBA
Secretaria Municipal de Saúde

OF. Nº 285/2020-GAB/SEMSA

Itaituba-PA 07 de Dezembro de 2020.

Do: Gabinete do Secretário de Saúde
Para: Faculdade de Itaituba - FAI
Coordenação do Curso de Enfermagem

Prezada Senhora,

Pelo presente, autorizamos a acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem da FAI, **Thais Oliveira Santos**, a realizar sua pesquisa intitulada **"Fatores relacionados ao uso precoce de bebidas alcoólicas por adolescentes do Distrito de Miritituba - PA"**, para realização de trabalho acadêmico. Os dados coletados serão utilizados na conclusão do TCC.

Para tanto, é necessário que a mesma respeite os direitos éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Adriano de Aguiar Coutinho
Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal 0048/2020.

Adriano de Aguiar Cout.
Secretário Municipal de Saúde
Dec. 0048/2020