

MARIANA OLIVEIRA GUIMARÃES

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM *BINGE* POR
ADOLESCENTES E FATORES ASSOCIADOS: *UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO***

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2018**

MARIANA OLIVEIRA GUIMARÃES

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM *BINGE* POR
ADOLESCENTES E FATORES ASSOCIADOS: *UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO***

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia - área de concentração em Odontopediatria.

Orientador: Prof.(a) Patrícia Zarzar

Co-orientador: Prof.(a) Raquel Ferreira

Colaborador: Prof. (a) Raquel Vieira

BELO HORIZONTE

2018

Ficha Catalográfica

G963c Guimaraes, Mariana Oliveira.
2018 Consumo de bebidas alcoólicas em binge por adolescentes
T e fatores associados: um estudo exploratório / Mariana
Oliveira Guimaraes. -- 2018.

77 f. : il.

Orientadora: Patrícia Maria Zarzar.
Coorientadora: Raquel Conceição Ferreira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Adolescente. 2. Bebedeira. 3. Bebidas alcoólicas. 4.
Bebidas energéticas . 5. Epidemiologia. I. Zarzar, Patrícia
Maria. II. Ferreira, Raquel Conceição. III. Universidade
Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV.
Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Consumo de bebidas alcoólicas em binge por adolescentes: um estudo exploratório

MARIANA OLIVEIRA GUIMARÃES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Odontopediatria.

Aprovada em 09 de julho de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar - Orientadora
FO-UFGM

Prof(a). Raquel Conceição Ferreira - Coorientadora
FO-UFGM

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira
FO-UFGM

Prof(a). Viviane Colares Soares de Andrade Amorim
UPE/FOP

Belo Horizonte, 9 de julho de 2018.

Dedico este trabalho a minha família,
forma palpável do amor de Deus por mim
e a Patrícia Zarzar por ter me ensinado a
amar este tema.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por Cristo Jesus, real sentido da vida,

Agradeço aos meus pais Gilberto e Janaína pelo apoio incondicional que possibilitou minha chegada até aqui e à minha irmã Juliana pelo carinho, paciência e disposição em me auxiliar na construção de belos trabalhos,

Agradeço à minha orientadora Professora Patrícia por acreditar em mim e sempre me incentivar a crescer, academicamente e como pessoa,

Agradeço à Professora Raquel Conceição por todo conhecimento compartilhado,

Agradeço à Professora Raquel Vieira-Andrade pela disponibilidade e carinho ao contribuir e ensinar,

Agradeço aos alunos de iniciação científica que me auxiliaram em todo o processo,

Agradeço à Denise Lobão pela amizade e exemplo, sua vida foi fundamental para minha escolha pela Odontopediatria,

Agradeço aos Professores do departamento de Odontopediatria por contribuírem de inúmeras formas para meu crescimento acadêmico,

Agradeço aos amigos da Pós-Graduação, em especial, Letícia Duffles, Elisa Feuser, Larissa Corradi, Matheus Perazzo, Jonathan Lopes, Fernanda Ortiz e Mariana Saturnino por tornarem esses dois anos alegres e agradáveis,

Agradeço à minha amiga Flora Dilza por ser meu presente desde o ensino médio,

Agradeço a todos os irmãos da Primeira Igreja Batista no Balneário pelas orações e torcida,

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde e de Educação de Belo Horizonte por possibilitar a execução deste trabalho,

Agradeço a todas as escolas municipais que prontamente receberam o grupo de pesquisa,

Agradeço aos diretores, coordenadores pedagógicos e monitores do PSE, nossos queridos parceiros,

Agradeço aos adolescentes e seus pais/responsáveis pela participação,

Agradeço ao CNPq, agência financiadora desta pesquisa.

“E tudo que fizeres, fazei-o de todo o coração, como ao Senhor, e não a homens.”

Colossenses 3.23

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes e sua associação com o consumo de energéticos, consumo em *binge* por pais e melhor amigo, condições socioeconômicas, religiosidade e capital social. Trata-se de um estudo exploratório realizado entre em Belo Horizonte, MG, Brasil, com uma amostra de adolescentes matriculados do 5º ao 7º ano em sete escolas públicas. Formulário contendo questões socioeconômicas foi enviado aos responsáveis. Os estudantes preencheram o teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT-C), questionário Capital Social para Adolescentes (QCS-AE), questões sobre o consumo de energéticos e de bebidas alcoólicas pelos pais e pelo melhor amigo. Foram realizadas análise descritiva, teste Qui-quadrado, teste Exato de Fisher e regressão logística univariada e multivariada ($p < 0,05$; IC 95%). Dos 226 participantes, 53,1% eram do sexo feminino e 55,8% tinham entre 12-16 anos. A frequência do consumo em *binge* no último mês foi de 12,8% e do consumo de energéticos de 23,9%. Adolescentes que consumiram energéticos no último mês (OR:3,475; 95% IC: 1,351-8,937; $p=0,010$), e cujas mães consumiram álcool em *binge* (OR:3,315; 95% IC:1,318-8,338; $p=0,011$) apresentaram maior probabilidade de consumo do álcool em *binge*. O capital social e a religiosidade não foram associados ao consumo do álcool em *binge* dos adolescentes. Concluiu-se que o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos adolescentes esteve associado ao consumo de energéticos e ao consumo em *binge* pela mãe.

Palavras-chave: Adolescente. Bebedeira. Bebidas alcoólicas. Bebidas energéticas. Capital social. Epidemiologia.

ABSTRACT

Binge drinking by adolescents and associated factors: exploratory study

The aim of this study was to evaluate the frequency of binge drinking by adolescents and its association with energy drinks, binge drinking by parents and best friend, socioeconomic conditions, religiosity and social capital. This is an exploratory study conducted in Belo Horizonte, MG, Brazil, with a sample of adolescents enrolled in grades 5 to 7 in seven public schools. Questions about socioeconomic conditions were sent to the parents. The students completed the test to identify problems related to alcohol use (AUDIT-C), Social Capital for Adolescents questionnaire (QCS-AE), questions about energy drinks and binge drinking by parents and best friend. Descriptive analysis, Chi-square test, Fisher's exact test and univariate and multivariate logistic regression ($p < 0.05$, 95% CI) were performed. Of the 22 participants, 53.1% were female and 55.8% were 12-16 years old. The frequency of binge drinking in the last month was 12.8% and energy drinks was 23.9%. Adolescents who consumed energy drinks in the last month (OR: 3.475, 95% CI: 1.351-8.937, $p = 0.010$), and whose mothers drunken (OR: 3.315; 95% CI: 1.318-8.338; $p = 0.011$) showed greater alcohol consumption. Social capital and religiosity were not associated with alcohol consumption between the adolescents. The conclusion was that the binge drinking by the adolescents was associated with the consumption of energy drinks and mother's binge drinking.

Keywords: Adolescent. Binge drinking. Alcoholic Beverages. Energy drinks. Social capital. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização geográfica de Belo Horizonte	21
Figura 2 – Belo Horizonte dividida em regionais	22
Figura 3 – Representação do que é uma e cinco doses para diferentes bebidas.....	25
Figura 4 – Representação das bebidas energéticas	26
Figura 5 – Exemplificação de questão do QCS-AE.....	30
Quadro 1 – QCS-AE: questões e domínios.....	29
Quadro 2 – Questões e valores para QCS-AE	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência de distribuição dos adolescentes (n=226) de acordo com as variáveis do estudo. Belo Horizonte, Brasil, 2018	43
Tabela 2 – Distribuição das respostas do QCS-AE entre adolescentes (n=226). Belo Horizonte, Brasil, 2018	44
Tabela 3 – Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em binge e as variáveis independentes investigadas nos adolescentes (n=218). Belo Horizonte, Brasil, 2018	45
Tabela 4 – Modelo de regressão logística para a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em binge e as variáveis independentes investigadas nos adolescentes. Belo Horizonte, Brasil, 2018	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DALYS	- Anos de vidas saudáveis perdidos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
TCLE	- Termo de consentimento Livre e esclarecido
TALE	- Termo de assentimento Livre e Esclarecido
CEP	- Comitê de Ética em pesquisa
AUDIT-C	- Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool
QCS-AE	- Questionário Capital Social para Adolescentes
SPSS	- Statical Package for the social sciences
P	- Nível descritivo

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivos específicos	18
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 Localização Geográfica	21
3.1 Delineamento do estudo	22
3.2 Critérios de elegibilidade	23
3.2.1 Critérios de inclusão.....	23
3.2.1 Critérios de exclusão.....	23
3.3 Coleta de dados	24
3.3.1 Instrumentos para a coleta de dados	25
3.3.2 Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> por adolescentes.....	25
3.3.3 Consumo de bebidas energéticas	26
3.3.4 Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> por pais e melhor amigo.....	27
3.3.5 Condição socioeconômica e religiosidade	28
3.3.6 Capital social.....	29
3.4 Estudo Piloto	31
3.4 Análise estatística	33
4 ARTIGO.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6 PRODUÇÕES E ATIVIDADES VINCULADAS AO PROGRAMA	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES E ANEXOS.....	69

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao longo dos séculos, em diferentes culturas, o álcool tem sido uma substância psicoativa capaz de levar à dependência (GALDUROZ *et al.*, 2004). Em 2012, seu consumo foi responsável pela morte de aproximadamente 3,3 milhões de pessoas ao redor do mundo. Além das mortes, os anos de vida saudáveis perdidos (DALYS) foram contabilizados em 139 milhões, ou seja, 5% do total atribuído a todas as doenças (OMS, 2014). Apesar dos potenciais prejuízos ao bebedor e àqueles com os quais convive, o álcool é uma droga lícita de fácil acesso e baixo custo, utilizada para aliviar tensões, ansiedade e facilitar o convívio entre pares na medida em que é capaz de levar a desinibição social (PINSKY *et al.*, 2010; VIEIRA *et al.*, 2008)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), a adolescência corresponde ao período da vida que se inicia aos 10 anos de idade e termina aos 19 anos completos. Durante essa fase de transição da infância para a vida adulta, o adolescente vivencia importantes transformações físicas, cognitivas e psicossociais que refletem em mudanças interpessoais com a família, ocorrendo um distanciamento social, e com os amigos, que se tornam notável fonte de influência e aprovação (SWENDSEN *et al.*, 2011; HAMMERSLAG *et al.*, 2015).

Grande parte dos distúrbios psiquiátricos como ansiedade, depressão e uso de substâncias psicotrópicas, têm início na adolescência. O engajamento em comportamentos de risco, competição e desafio pode levar o adolescente a um envolvimento precoce com bebidas alcoólicas e outras drogas, influenciando no desenvolvimento social, funcional, saúde física e psicológica do indivíduo e aumentando a vulnerabilidade de intoxicação, dependência e depressão ao longo da vida (PAIVA *et al.*, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2008; SPEAR, 2015; MATUMOTO, 2008).

O álcool tem sido a principal substância consumida de forma abusiva entre os adolescentes (MADRUGA *et al.*, 2012; MALTA *et al.*, 2011), apesar de, no Brasil, ser legalmente permitido após os 18 anos (Lei nº 9294, 15 de Julho, 1996), aproximadamente 16% dos adolescentes brasileiros com idades entre 14 e 17 anos estiveram envolvidos em episódios de beber em *binge* (consumo de cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, para

cada dose 10-12 gramas de álcool) (PINSKY et al., 2010). Em estudo transversal realizado por Raposo e colaboradores (2017) em Recife entre adolescentes de 13-19 anos, a prevalência do consumo em *binge* de bebidas alcoólicas foi de 23,1% e para aqueles que adotaram esse consumo a razão de prevalência de estar envolvido com o uso de substâncias ilícitas foi 317% maior quando comparado àqueles que não fizeram o consumo em *binge*.

Uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas é multideterminado, faz-se necessário analisar quais fatores podem amenizar ou aumentar a probabilidade do adolescente adotar tal comportamento. Neste sentido destaca-se que, condições, comportamentos, características psicológicas, culturais ou sociais presentes no indivíduo e/ou meio em que vive capaz de afetar negativamente a vida são considerados como fatores de risco (LACHARITÉ, 2005). Contrapondo-se aos fatores de riscos, os fatores de proteção são aqueles que reduzem o impacto e contato com os fatores de risco, promovem a autoestima, auto eficácia e possibilitam oportunidades positivas (COSTA et. al., 2005; LACHARITÉ, 2005).

Por tratar-se de um estudo transversal, os *fatores de risco e proteção* abordados neste estudo são ditos como *possíveis* ou *prováveis* e correspondem ao consumo de energéticos, consumo em *binge* por pais e melhor amigo, condições socioeconômicas, religiosidade e capital social.

Um substancial crescimento na venda das bebidas energéticas tem sido observado ao longo dos anos (AZAGBA et. al., 2014). No Brasil, estima-se que em 2015, 390 milhões de latas foram consumidas, gerando 1,5 bilhões de reais. Para o mesmo ano, a arrecadação global foi de 50 bilhões de dólares e espera-se que até 2020 haja um crescimento anual de 3,5% (MORDOR INTELLIGENCE LLP, 2015). O elevado consumo dessas bebidas tem despertado preocupações no âmbito da saúde pública principalmente entre adolescentes, uma vez que seu consumo pode estar associado a danos no amadurecimento cerebral, problemas no sono, problemas cardiovasculares, obesidade, depressão, déficit de atenção, consumo de bebidas alcoólicas em *binge*, tabagismo e uso de drogas ilícitas (AZAGBA et. al., 2014; SEIFERT et. al., 2011; UTTER et. al., 2017; MARCZINSKI, 2011).

A combinação de bebidas energéticas com bebidas alcoólicas tem sido prática comum entre os adolescentes (HOLUBCIKOVA et. al., 2017). As bebidas energéticas são capazes de, além de melhorar o sabor, neutralizar os

efeitos sedativos do álcool e a sensação de intoxicação, o que contribui para o maior consumo e engajamento em comportamentos de risco (MARCZINSKI e FILLMORE, 2011).

Quando analisada a associação entre o consumo de bebidas energéticas e o consumo em *binge* do álcool infere-se que a diversidade de estudos publicados sobre o tema, tem abrangido em sua grande maioria adultos jovens, estando poucos associados à adolescência precoce (BERGER, 2013; ECKSCHMIDT *et. al.*, 2013; HAAN *et. al.*, 2012; BRACHE e STOCKWELL, 2012). Em virtude do crescente consumo de bebidas alcoólicas em *binge* do entre adolescentes faz-se necessária à aquisição de um melhor entendimento quanto o papel que as bebidas energéticas podem exercer nesse comportamento (PAIVA *et. al.*, 2015; MARTINS-OLIVEIRA *et. al.*, 2017).

A atitude familiar quanto ao consumo de bebidas alcoólicas é primordial, uma vez que pode funcionar como possível fator de risco ou proteção frente ao consumo pelo adolescente (CARRETEIRO, 2010). Considerada como nicho ecológico primário de um indivíduo, ademais a herança gênica transmitida, a família é capaz de transmitir cultura, sentido e hábitos. O consumo do álcool quando iniciado na infância, geralmente se dá em um ambiente familiar, o que comumente traz ao adolescente a falsa percepção de segurança, favorabilidade e incapacidade quanto ao gerar prejuízos à vida (ASSIS e CASTRO, 2010; NEWMAN *et. al.*, 2008).

Somado ao núcleo familiar, destaca-se ainda o capital social. A adolescência é o momento da vida em que a rede de amigos, vizinhança e família exercem maior influência na vida do indivíduo. As amizades estabelecidas são capazes de exercer papel fundamental na formação do indivíduo, pesando sobre suas escolhas, orientações, comportamentos e opiniões. A elevada coesão social do adolescente pode funcionar como canal para a transmissão de hábitos entre os pares quer saudável ou não, influenciando direta ou indiretamente no consumo de bebidas alcoólicas em *binge* (MARTINS-OLIVEIRA *et. al.*, 2017; GUIMARÃES *et. al.*, 2018; ZARZAR *et. al.*, 2012; SANCHEZ *et. al.*, 2011; MARTELETO, 2007).

Considerando a condição socioeconômica, o consumo em *binge* pode estar associado a maior condição socioeconômico da família (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2009; HUMENSKY, 2010), a menor (PINSKY, 2010; MENDONSSA SASSI e BÉRIA, 2003) ou não apresentar associação estaticamente

significativa (GUIMARÃES *et. al.*, 2018). Fatores tais como cultura e religiosidade possivelmente se conjugam com a variável renda e escolaridade influenciando de forma complexa o perfil de consumidor de bebidas alcoólicas. A avaliação da influência de fatores socioeconômicos sobre comportamentos, em países que se encontram em desenvolvimento como o Brasil, se torna mais complexa, uma vez que o acréscimo de anos de escolaridade pode ter um efeito diminuto no aumento da renda. A associação entre consumo em *binge* de bebidas alcoólicas e condição socioeconômica ainda é contraditória (ALMEIDA-FILHO *et. al.*, 2009, BARROS *et. al.*, 2007).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas em *binge* e o gênero, os resultados também são conflitantes. Diversos trabalhos têm mostrado um consumo correspondente para ambos os sexos ou mais elevado para o masculino (MALTA *et. al.*, 2011). Atualmente, o comportamento feminino tem-se mostrado muito semelhante ao masculino no que se refere a comportamentos de riscos, principalmente na adolescência. Este fato pode se justificar em virtude da busca pela aceitação como parte integrante de um grupo de iguais (GUIMARÃES *et. al.*, 2018).

A religiosidade, fortemente conectada com o autocuidado, tem sido descrita como possível fator de proteção. Alto nível de religiosidade contribui para que o adolescente adquira princípios a respeito de conduta e moral que desencorajam o consumo de bebidas alcoólicas e aumentam a fé (FOSTER *et. al.*, 2013; SANCHEZ *et. al.*, 2004). Ao estar envolvido em atividades religiosas, o adolescente ocupa seu tempo e os ensinamentos recebidos sobre responsabilidade pessoal quanto ao corpo, mente e princípios de santidade de vida, contribuem para que o praticante adote uma postura de autocontrole frente ao consumo do álcool e uso de drogas (GUIMARÃES *et al.*, 2018, RAPOSO *et al.*, 2017; LUCCHETI *et. al.*, 2014).

Ao escolher este tema de estudo acredito que a odontologia voltada para adolescentes requer além de aspectos técnicos uma abordagem completa do paciente, uma vez que o odontopediatra é aquele profissional que periodicamente está em contato com seus pacientes ele pode ser peça central na detecção de comportamentos de risco para a saúde bucal e geral.

Acreditando na complexidade que envolve o consumo do álcool e a necessidade de melhor sedimentação e elucidação dos múltiplos fatores envolvidos nesta problemática, o presente estudo investigou a frequência

consumo de bebidas alcoólicas em *binge* e sua associação com o consumo de bebidas energéticas, consumo em *binge* por pais e melhor amigo, condições socioeconômicas, religiosidade e capital social. do bebidas energéticas entre adolescentes do 5º ao 7º ano da rede pública da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes e sua associação com o consumo de energéticos, consumo em *binge* por pais e melhor amigo, condições socioeconômicas, religiosidade e capital social entre adolescentes do 5º ao 7º ano da rede pública da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar a frequência do consumo em de bebidas alcoólicas em *binge* e de bebidas energéticas por adolescentes do 5º ao 7º ano da rede pública no último mês;
- ✓ Avaliar a associação entre o consumo em *binge* de bebidas alcoólicas por adolescentes do 5º ao 7º ano do da rede pública e o consumo de bebidas energéticas;
- ✓ Avaliar a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes do 5º ao 7º ano da rede pública e o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos pais/responsáveis e melhor amigo;
- ✓ Avaliar a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes do 5º ao 7º ano da rede pública e a condição socioeconômica e características do adolescente (gênero e idade);
- ✓ Avaliar a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes do 5º ao 7º ano da rede pública e o capital social;
- ✓ Avaliar a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes do 5º ao 7º ano da rede pública e a participação em atividades religiosas

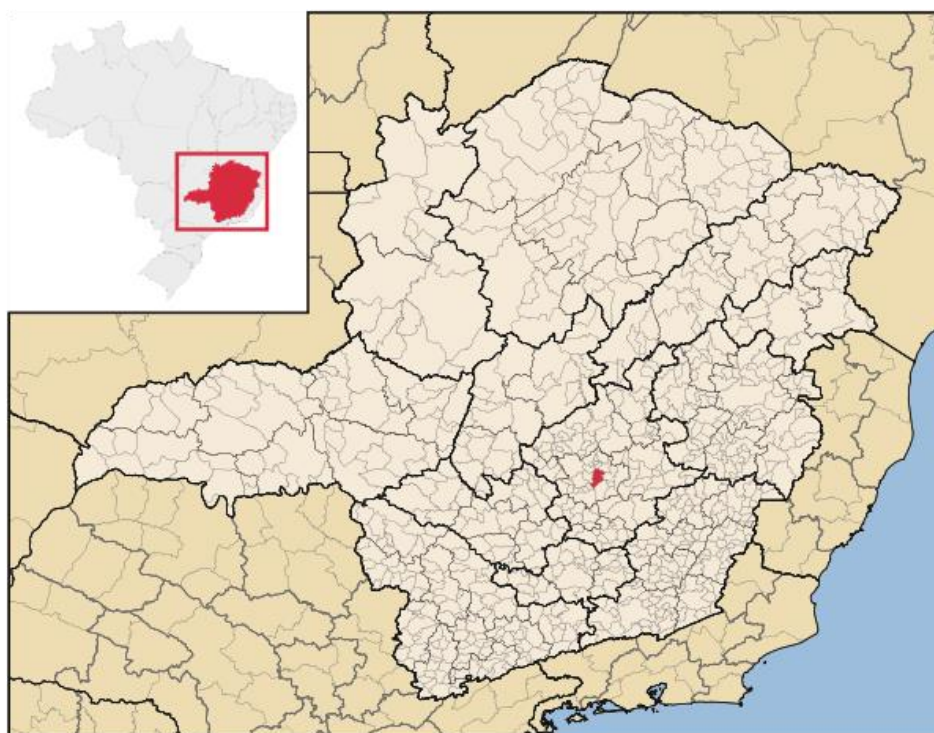
3 METODOLOGIA EXPANDIDA

3.1 Localização Geográfica

Este estudo aconteceu na cidade de Belo Horizonte, município com aproximadamente 2.375.151 de habitantes, localizado na região central do estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil. A taxa de analfabetismo da cidade corresponde a 3,36% e seu índice de desenvolvimento humano (IDH), de 0,810 é considerado como um dos melhores do estado, sendo antecedido pelo município de Nova Lima. Belo Horizonte é dividida em nove regionais administrativas, a saber, Norte, Centro-sul, Leste, Oeste, Nordeste, Pampulha, Venda Nova e Barreiro.

A taxa de escolarização dos seis aos 14 anos é de 97,6% e a taxa de analfabetismo é de 3,36%. O total de alunos matriculados no ensino fundamental soma 286.179 (IBGE, 2015).

Figura 1. Localização geográfica de Belo Horizonte (2018).



3.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal exploratório com amostra de conveniência de 226 alunos do 5º ao 7º ano de sete escolas públicas de Belo Horizonte escolhidas aleatoriamente utilizando o programa *random.org*, a saber, Centro-Sul, Leste, Oeste e Nordeste.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (protocolo 2.197.702) (Anexo 01) e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMSA) e educação (SMED) (Anexos 02 e 03).

Figura 2. Belo Horizonte dividida em regionais (2018).



★ Regionais participantes do estudo

3.3 Critérios de elegibilidade

3.3.1 Critérios de inclusão

- ✓ Adolescentes matriculados no 5º ao 7º ano da rede pública de ensino de Belo Horizonte consentido pelos pais a participar do estudo.

3.3.2 Critérios de exclusão

- ✓ Adolescentes com dificuldade cognitiva que os impossibilitasse responder o questionário no momento da coleta de dados;
- ✓ Adolescentes consentidos pelos pais, mas não desejosos em participar.

3.4 Coleta de dados

Em dia previamente agendado com a direção escolar, o pesquisador dirigiu-se as salas de aulas, escolhidas mediante sorteio, para entrega do envelope a todos os alunos presentes, contendo o TCLE e formulário sobre a condição socioeconômica para preenchimento pelos pais/responsáveis.

Em outra visita agendada, os adolescentes que concordaram com o TALE e cujos pais assinaram o TCLE, preencheram o roteiro contendo: Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT-C), Questionário Capital Social para Adolescentes (QCS-AE) e questões sobre o consumo de energéticos e de bebidas alcoólicas pelos pais e pelo melhor amigo. A coleta de dados foi realizada em sala reservada para a privacidade do adolescente. O monitor do programa Saúde na Escola do Sistema Único de Saúde (PSE-SUS) auxiliou na identificação dos adolescentes e na condução até a sala onde os questionários auto aplicáveis foram preenchidos. Todos os adolescentes pertencentes ao mesmo ano escolar foram reunidos para em um mesmo momento fazerem o preenchimento, evitando-se assim, a mistura de adolescentes de diferentes anos escolares. Esta abordagem foi utilizada para facilitar a comunicação do pesquisador, bem como evitar o surgimento de qualquer tipo de constrangimento fruto das diferenças de idade e capacidade interpretativa.

Após recepcionar os adolescentes, o pesquisador explicou o objetivo da pesquisa e solicitou empenho e concentração. Para cada pergunta, o pesquisador fazia a leitura em voz audível e aguardava o preenchimento para tão logo dar continuidade à leitura da pergunta subsequente. Embora alfabetizados, dificuldades de interpretação e leitura poderiam comprometer a atividade, daí a necessidade de que a leitura fosse feita pelo pesquisador.

A aplicação dos questionários exigiu aproximadamente 20 minutos. Ao final, os questionários foram entregues ao pesquisador e os alunos reconduzidos as suas respectivas salas de aula pelo monitor do PSE.

3.5 Instrumentos para a coleta de dados

3.5.1 Consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos adolescentes

A variável dependente analisada foi o consumo em *binge* de bebidas alcoólicas, avaliado empregando a versão curta, validada no Brasil (MENESES-GAYA *et. al.*, 2010), do teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool, AUDIT-C. Neste estudo, as respostas para a terceira questão do teste foram analisadas: Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião? (Opções de resposta: Nunca, menos que uma vez por mês, uma vez por mês, uma vez por semana, diariamente ou quase todos os dias). O consumo em *binge* foi definido como consumo de cinco doses em uma única ocasião (CARLINI *et. al.*, 2006). Uma dose (10-12 gramas de álcool) equivale a uma lata de cerveja (350 ml), uma taça de vinho (90 ml), uma dose de destilado (30 ml) ou uma garrafa pequena de qualquer bebida *ice* (CARLINI *et al.*, 2006). Para facilitar o entendimento dos adolescentes quanto a este conceito, uma dose para os diferentes tipos de bebidas alcoólicas foi representada através de imagens no questionário (FIGURA 3).

O consumo em *binge* foi dicotomizado em não (nunca) e sim (menos que uma vez por mês; uma vez por mês; uma vez por semana; ou diariamente ou quase todos os dias). A idade de início do consumo de bebidas alcoólicas foi avaliada mediante a pergunta, quantos anos você tinha quando experimentou bebidas alcoólicas pela primeira vez? (SANCHE *et. al.*, 2011).

Figura 3- Representação do que é uma e cinco doses para diferentes tipos de bebidas

1 dose é igual a:





3.5.2 Consumo de bebidas energéticas

Para avaliação do consumo de bebidas energéticas, foi feita a seguinte pergunta baseada na literatura (FERREIRA, 2004): 1- Você bebeu energéticos no ultimo mês? (Opções de resposta: 0-Não ou 1-sim). Para exemplificação, imagens de bebidas energéticas foram acrescentadas ao questionário (FIGURA 4).

Figura 4- Representação das bebidas energéticas



3.5.3 Consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos pais e melhor amigo

O consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelo pai, mãe e pelo melhor amigo foi avaliado pela mesma questão: 1- Seu pai consome cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Opções de resposta: 0-Não ou 1-Sim); 2- Sua mãe consumo cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Opções de resposta: 0-Não ou 1-Sim); 3- Seu melhor amigo consome cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Opções de resposta: 0-Não ou 1-Sim) (CHUNG *et al.*, 2000; PAIVA *et. al.*, 2015; REINERT e ALLEN, 2007).

3.5.4 Condição socioeconômica e religiosidade

A condição socioeconômica foi avaliada por meio das variáveis: nuclearidade familiar (nuclear e não nuclear com base no estado civil dos pais/responsáveis), renda familiar e escolaridade da mãe (SANCHEZ *et. al.*, 2013; SANCHEZ *et. al.*, 2014; ZARZAR *et. al.*, 2012). A renda familiar mensal foi determinada com base na soma de todos os salários recebidos pelos residentes economicamente ativos da casa e categorizada com base no salário mínimo vigente no Brasil, da seguinte maneira: sem rendimento, $\frac{1}{2}$ -1 salário mínimo, 1-2 salários mínimos, 2-3 salários mínimos, 3-5 salários mínimos, 5-10 salários mínimos, 10-15 salários mínimos, 15-20 salários mínimos, mais de 20 salários mínimos. O ponto de corte foi o número de salários mínimos (SANCHEZ *et. al.*, 2013; SANCHEZ *et. al.*, 2014; ZARZAR *et. al.*, 2012) e dicotomizado em 0 (> 2 salários mínimos) e 1 (≤ 2 salários mínimos). A escolaridade da mãe foi definida como o número de anos de estudo. A renda mensal familiar e escolaridade da mãe são tidos como indicadores de status socioeconômico do indivíduo devido à sua associação com o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes, relatado em diversos estudos (ZARZAR *et. al.*, 2012; PINSKY *et. al.*, 2010).

A religiosidade foi avaliada pela pergunta retirada da literatura: Você participou de atividades religiosas nos últimos seis meses? (Opções de resposta: nunca ou menos que uma vez; uma vez por mês ou uma vez por semana; diariamente ou quase todos os dias) (FOSTER *et. al.*, 2013; ARRIA *et. al.*, 2009; SANCHEZ *et. al.*, 2011; GUIMARÃES *et. al.*, 2018).

3.5.5 Capital Social

O capital social, identificado como importante influenciador de comportamentos relacionados à saúde, foi investigado, utilizando-se o questionário capital social para adolescentes (QCS-AE), desenvolvido e validado no Brasil (PAIVA *et. al.*, 2014). O QCS-AE apresenta doze questões divididas em quatro categorias: Coesão social na escola (Questões: 1, 2, 3 e 4), rede de amigos na escola (Questões: 5, 6, 7), coesão social no bairro (Questões: 8 e 9) e confiança bairro/escola (Questões: 10, 11 e 12) (Quadro 1). Para coesão social na escola, valores entre 0-9 representaram baixo capital social e entre 10-12 alto capital social; rede de amigos, 0-6 baixo, 7-9 alto; coesão social no bairro, 0-3 baixo, 3-6 alto e confiança no bairro/escola, 0-5 baixo, 6-9 alto. Cada uma dessas categorias foram dicotomizadas em baixo e alto Capital Social.

Quadro 1- QCS-AE: questões e domínios


QCS-AE
Coesão Social
1- Os colegas da escola ficam juntos
2- Eu sinto que pertenço a essa escola como se ela fosse minha
3- Eu me sinto seguro nesta escola
4- Meus pais se dão bem com meus professores
Rede de amigos
5- Os colegas da escola se divertem juntos
6- Eu confio nos meus amigos da escola
7- Eu posso pedir ajuda aos amigos da escola
Coesão social no bairro
8- Eu confio nos meus vizinhos
9- Eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos
Confiança
10- Os professores da escola são solidários e nos dão apoio
11- Meus vizinhos tentariam tirar vantagem de mim
12- Os colegas da escola tentariam tirar vantagem de mim

Objetivando facilitar o entendimento dos adolescentes imagens representativas de *concordo*, *discordo* e *não tenho opinião ou não sei* foram acrescentadas ao final das perguntas (Figura 5).

Figura 5- Exemplificação de questão do QCS-AE

4) Meus pais se dão bem com meus professores

Concordo 

Não tenho opinião, não sei 

Discordo 

Para a obtenção dos valores de cada uma das respostas foi considerada a pontuação 01 para as opções concordo para as afirmações negativas e discordo para as positivas, e a pontuação 03 para a opção discordo para as afirmações negativas e concordo para as positivas, de forma que, quanto maior a pontuação mais favorável o capital social (Quadro 2). A pontuação final do questionário variou de 12 a 36. Foram excluídos da análise indivíduos com pontuações inferiores a 12, ou seja, aqueles que responderam “Não tenho opinião/não sei” para 5 ou mais perguntas do questionário. A divisão em alto e baixo Capital Social foi feita a partir da mediana.

Quadro 2- Questões e valores para QCS-AE

QCS-AE			
QUESTÕES 1-10	Concordo	Discordo	Não sei
	03 pontos	01 ponto	0
QUESTÕES 11-12	Concordo	Discordo	Não sei
	01 ponto	03 pontos	0

3.6 Estudo Piloto

Para testar a metodologia da pesquisa foi realizado um estudo piloto com adolescentes matriculados do 5º ao 7º ano em uma escola municipal da cidade de Belo Horizonte com aplicação dos questionários em duas etapas, sendo a segunda após 15 dias, para avaliação da reprodutibilidade dos instrumentos.

Em dia previamente agendado com a direção escolar, o pesquisador dirigiu-se as salas de aulas, escolhidas mediante sorteio, para entrega de envelope a todos os alunos presentes, contendo o TCLE e formulário sobre a condição socioeconômica para preenchimento pelos pais/responsáveis (APÊNDICE 01 e 02).

Em outra visita agendada, os adolescentes que assentiram (APÊNDICE 03) em participar e cujos pais assinaram o TCLE, foram entrevistados, utilizando o roteiro contendo: teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT-C), questionário Capital Social para Adolescentes (QCS-AE) e questões sobre o consumo de energéticos e de bebidas alcoólicas pelos pais e pelo melhor amigo (ANEXO 04). Essa entrevista foi realizada na sala de aula. Desta forma, alunos consentidos e não consentidos estavam juntos no momento da aplicação. Todos os adolescentes pertencentes ao mesmo ano escolar foram reunidos para em um mesmo momento fazerem o preenchimento, evitando-se assim, a mistura de adolescentes de diferentes anos escolares. Esta abordagem foi utilizada para facilitar a comunicação do pesquisador, bem como evitar o surgimento de qualquer tipo de constrangimento, fruto das diferenças de idade e capacidade interpretativa. O monitor do programa Saúde na Escola do Sistema Único de Saúde (PSE-SUS) esteve presente auxiliando na organização e manutenção da ordem nas salas.

Após recepcionar os adolescentes, o pesquisador explicou o objetivo da pesquisa e solicitou empenho e concentração durante o preenchimento dos questionários. Para cada pergunta, o pesquisador fazia a leitura em voz audível e aguardava o preenchimento pelos adolescentes para tão logo dar continuidade à leitura da pergunta subsequente. Embora alfabetizados, dificuldades de interpretação e leitura poderiam atrapalhar o correto

preenchimento, daí a necessidade de que a leitura de todas as perguntas fosse feita pelo pesquisador.

A aplicação dos questionários exigiu aproximadamente 20 minutos. Ao final, os questionários foram entregues ao pesquisador e o Professor pôde regressar a sala de aula.

A aplicação dos questionários reunindo alunos consentidos e não consentidos foi avaliada pelo grupo de pesquisa como um dificultador ao trabalho proposto, uma vez que, os alunos não participantes comprometiam o andamento do trabalho com conversas paralelas no momento da aplicação. Diante disso, optou-se por fazer uma mudança, de maneira que, todos os alunos participantes pertencentes ao mesmo ano escolar eram identificados pelo monitor do PSE, conduzidos para uma sala reservada para o preenchimento do questionário e depois reconduzidos para as salas de aula de origem pelo monitor do PSE.

Desta forma, os alunos não participantes não eram lesados com a interrupção da aula, os alunos participantes da pesquisa poderiam com tranquilidade responder o questionário e o pesquisador conseguiu manter a ordem na sala mais facilmente.

3.6 Análise estatística

Os dados da pesquisa foram analisados de forma descritiva e analítica. A análise foi realizada utilizando o programa SPSS *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, version 21.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA)* e incluiu a distribuição de frequência e testes de associação. A significância estatística para a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* e as variáveis independentes na análise bivariada foi determinada pela utilização do teste do Qui-quadrado e teste Exato de Fisher ($p < 0.05$). A variável dependente (consumo em *binge*) e as variáveis independentes (consumo de bebidas energéticas, consumo em *binge* por pais e melhor amigo, condição socioeconômica, religiosidade e capital social) foram incorporadas ao modelo de regressão logística univariada.

As variáveis que no modelo univariado obtiveram um valor de significância $p < 0,20$ e aquelas com explicação teórica foram incorporadas no modelo final de regressão multivariada ($p < 0,05$; IC 95%). O ajuste do teste foi avaliado utilizando o modelo de Hosmer e Lemeshow. O poder da amostra foi calculado utilizando o programa *Gpower*.

4. ARTIGO

Consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes e fatores associados: um estudo exploratório

Binge drinking by adolescents and associated factors: exploratory study

Guimarães MO¹, Lisboa JL², Vieira-Andrade RG³, Colares V⁴, Ferreira RC⁵, Zarzar PM⁶

¹ Mestranda em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. marianaolig@hotmail.com

² Graduando em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. jonathanlisboa@hotmail.com

³ Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. raquelvieira.andrade@gmail.com

⁴ Departamento de clínica e Odontologia preventiva. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pernambuco. viviane.colares@upe.br

⁵ Departamento de Odontologia Social e preventiva. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. raquelconceiçãoferreira@gmail.com

⁶ Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. patyzarzar@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Mariana Oliveira Guimaraes

Rua Itajubá 2055, apt. 302, Sagrada Família, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

CEP: 31035540/ Telefone: (31): 9 75855007

Consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes e fatores associados: um estudo exploratório

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes e sua associação com o consumo de energéticos, consumo em *binge* por pais e melhor amigo, condições socioeconômicas, religiosidade e capital social. Trata-se de um estudo exploratório realizado em Belo Horizonte, MG, Brasil, com uma amostra de escolares do 5º ao 7º ano de escolas públicas. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: AUDIT-C (Teste de identificação de problemas relacionados ao uso do álcool), O QCS-AE (questionário de Capital Social para Adolescentes), questões sobre o consumo de energéticos e de consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e pelo melhor amigo. A regressão logística foi utilizada para a análise multivariada. Dos 226 participantes, 53,1% eram do sexo feminino e 55,8% tinham entre 12-16 anos. A frequência do consumo em *binge* no último mês foi de 12,8%. Adolescentes que consumiram energéticos no último mês (OR:3,475; 95% IC: 1,351-8,937; p=0,010), e cujas mães consumiram álcool em *binge* (OR:3,315; 95% IC:1,318-8,338; p=0,011) apresentaram maior chance de consumir álcool em *binge*. O capital social e a religiosidade não foram associados ao consumo do álcool em *binge* dos adolescentes. Concluiu-se que o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos adolescentes esteve associado ao consumo de energéticos e ao consumo em *binge* pela mãe.

Palavras-chave:

Adolescente. Bebedeira. Bebidas alcoólicas. Bebidas energéticas. Capital social. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹, a adolescência é o período da vida entre 10 e 19 anos de idade completos. Durante essa fase, o indivíduo além de vivenciar modificações biológicas e psicossociais necessita desenvolver competências pessoais, interpessoais e adquirir habilidades para atuar e tomar decisões na vida². Nesta busca pela construção de uma identidade, anseio por experimentar novas sensações e inserção em grupos de iguais, o adolescente por vezes se engaja em comportamentos de risco, competições e desafios que podem levá-lo ao envolvimento com álcool e outras drogas³.

No Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes é um problema de saúde pública, embora seja proibida a comercialização para menores de 18 anos (Lei nº 13.106 de 17 de março de 2015)⁴. Segundo o 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, 30,6% dos adolescentes entre 10-12 anos e 63% entre 13-15 anos relataram já ter consumido bebidas alcoólicas⁵.

O consumo de cinco doses em uma única ocasião, definido como beber em *binge*, tem sido padrão frequente entre adolescentes⁶. Estudo epidemiológico longitudinal evidenciou que sua prevalência entre adolescentes de 13 anos de idade foi de 30,1%, com idade de início de experimentação de bebidas alcólicas entre oito e nove anos⁷. O início precoce do consumo em *binge* confere ao indivíduo maior vulnerabilidade a intoxicação, depressão, aumenta as chances de consumo problemático na vida adulta e envolvimento com drogas ilícitas⁸⁻¹⁰.

A compreensão dos elementos relacionados a esse comportamento é fonte de problematização e formulação de estratégias de prevenção^{11,12}. Constituem-se como possíveis fatores associados ao consumo em *binge* pelos adolescentes, a condição socioeconômica¹³⁻¹⁶, religiosidade^{17,18}, capital social^{7,19,20} e convivência com pessoas que bebem²¹⁻²⁴. Destaca-se ainda, o consumo das bebidas energéticas, capazes de propiciar o fenômeno *wideawake drunk*, onde o indivíduo acordado por mais tempo aumenta sua oportunidade de consumir um maior volume de bebida alcoólica²⁵. Estudos que associem o consumo em *binge* de bebidas alcoólicas com o consumo de

bebidas energéticas no início da adolescência, incluindo fatores socioeconômicos, religiosidade, capital social e consumo de bebidas alcólicas em *binge* por pais e melhor amigo numa mesma amostra ainda são limitados. Reitera-se assim, a necessidade deste estudo, uma vez que, poderá ampliar esta discussão a fim de buscar estratégias de prevenção para intervenções futuras.

Diante disso, este estudo avaliou a frequência do consumo em *binge* de bebidas alcoólicas por adolescentes e sua associação com o consumo de energéticos, consumo em *binge* por pais e melhor amigo, condição socioeconômica, religiosidade e capital social.

METODOLOGIA

Considerações éticas

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (protocolo 2.197.702). Após consentimento da direção das escolas, os adolescentes e seus pais/responsáveis assinaram declarações de assentimento e consentimento livre esclarecido (TALE e TCLE), respectivamente, concordando com sua participação no estudo e estando assegurados quanto a confidencialidade e anonimato das respostas.

Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo exploratório, realizado entre os meses de setembro e dezembro de 2017, em Belo Horizonte, município com, aproximadamente, 2.375.151 habitantes, localizado na região central do estado de Minas Gerais, Sudeste do Brasil. Belo Horizonte é dividida em nove regionais administrativas, a saber, Norte, Centro-sul, Leste, Oeste, Nordeste, Pampulha, Venda Nova e Barreiro.

Uma amostra de conveniência de 226 adolescentes matriculados do 5º ao 7º ano em sete escolas públicas localizadas nas regionais Centro-Sul, Leste, Oeste e Nordeste, escolhidas aleatoriamente por sorteio no programa random.org participaram do estudo.

Coleta de dados

Em dia previamente agendado com a direção escolar, o pesquisador dirigiu-se as salas de aulas, escolhidas mediante sorteio, para entrega do envelope a todos os alunos presentes, contendo o TCLE e formulário sobre a condição socioeconômica para preenchimento pelos pais/responsáveis.

Em outra visita agendada, os adolescentes que concordaram com o TALE e cujos pais assinaram o TCLE, preencheram o roteiro contendo: Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT-C), Questionário Capital Social para Adolescentes (QCS-AE) e questões sobre o

consumo de energéticos e de bebidas alcoólicas pelos pais e pelo melhor amigo. A coleta de dados foi realizada em sala reservada para a privacidade do adolescente. O monitor do programa Saúde na Escola do Sistema Único de Saúde (PSE-SUS) auxiliou na identificação dos adolescentes e na condução até a sala onde os questionários auto aplicáveis foram preenchidos. Todos os adolescentes pertencentes ao mesmo ano escolar foram reunidos para em um mesmo momento fazerem o preenchimento, evitando-se assim, a mistura de adolescentes de diferentes anos escolares. Esta abordagem foi utilizada para facilitar a comunicação do pesquisador, bem como evitar o surgimento de qualquer tipo de constrangimento fruto das diferenças de idade e capacidade interpretativa.

Após recepcionar os adolescentes, o pesquisador explicou o objetivo da pesquisa e solicitou empenho e concentração. Para cada pergunta, o pesquisador fazia a leitura em voz audível e aguardava o preenchimento para tão logo dar continuidade à leitura da pergunta subsequente. Embora alfabetizados, dificuldades de interpretação e leitura poderiam comprometer a atividade, daí a necessidade de que a leitura fosse feita pelo pesquisador.

A aplicação dos questionários exigiu aproximadamente 20 minutos. Ao final, os questionários foram entregues ao pesquisador e os alunos reconduzidos as suas respectivas salas de aula pelo monitor do PSE.

Variáveis do estudo

Consumo de bebidas alcoólicas em binge

A variável dependente analisada foi o consumo em binge de bebidas alcoólicas, avaliado empregando a versão curta, validada no Brasil²⁶, do AUDIT-C. Neste estudo, as respostas para a terceira questão do teste foram analisadas: Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião? (Opções de resposta: nunca, menos que uma vez por mês, uma vez por mês, uma vez por semana, diariamente ou quase todos os dias). O consumo em binge foi definido como consumo de cinco doses em uma única ocasião²⁷. Uma dose (10-12 gramas de álcool) equivale a uma lata de cerveja (350 ml), uma taça de vinho (90 ml), uma dose de destilado (30 ml) ou uma garrafa pequena de qualquer bebida ice²⁷. Para facilitar o entendimento, uma

dose para os diferentes tipos de bebidas alcoólicas foi representada através de imagens no questionário. O consumo em binge foi dicotomizado em não (nunca) e sim (menos que uma vez por mês; uma vez por mês; uma vez por semana; ou diariamente ou quase todos os dias). A idade de início do consumo de bebidas alcoólicas foi avaliada mediante a pergunta, quantos anos você tinha quando experimentou bebidas alcoólicas pela primeira vez?²⁸.

Consumo de bebidas energéticas

Para avaliação do consumo de bebidas energéticas, foi feita a pergunta²⁹: 1- Você bebeu energéticos no ultimo mês? (Opções de resposta: 0-Não ou 1-sim).

Consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e melhor amigo

O consumo de bebidas alcoólicas em binge pelo pai, mãe e melhor amigo foi avaliado pelas questões: 1- Seu pai consome cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?; 2- Sua mãe consumo cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?; 3- Seu melhor amigo consome cinco doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? Para cada pergunta, opções de resposta: 0-Não ou 1-Sim^{22,30,31}.

Condição socioeconômica e religiosidade

A condição socioeconômica foi avaliada por meio das variáveis: nuclearidade familiar (nuclear e não nuclear com base no estado civil dos pais/responsáveis), renda familiar e escolaridade da mãe¹⁶. A renda familiar mensal foi determinada com base na soma de todos os salários recebidos pelos residentes economicamente ativos da casa e categorizada com base no salário mínimo vigente no Brasil, da seguinte maneira: sem rendimento, ½-1 salário mínimo, 1-2, 2-3, 3-5, 5-10, 10-15, 15-20, mais de 20 salários mínimos. O ponto de corte foi o número de salários mínimos¹⁶ e dicotomizado em 0 (> 2 salários mínimos) e 1 (\leq 2 salários mínimos). A escolaridade da mãe foi definida como o número de anos de estudo⁸. A renda mensal familiar e

escolaridade da mãe são tidos como indicadores de status socioeconômico do indivíduo devido à sua associação com o consumo de bebidas alcoólicas em binge por adolescentes^{32,33,7}.

A religiosidade foi avaliada pela pergunta: Você participou de atividades religiosas nos últimos seis meses? (Opções de resposta: nunca ou menos que uma vez; uma vez por mês ou uma vez por semana; diariamente ou quase todos os dias)^{17,28,33}.

Capital Social

O capital social foi investigado, utilizando-se o questionário capital social para adolescentes (QCS-AE) validado no Brasil²⁴. O QCS-AE apresenta doze questões divididas em quatro categorias: Coesão social na escola (Questões: 1, 2, 3 e 4), rede de amigos na escola (Questões: 5, 6, 7), coesão social no bairro (Questões: 8 e 9) e confiança bairro/escola (Questões: 10, 11 e 12). Cada uma dessas categorias foram dicotomizadas em baixo e alto Capital Social com divisão feita a partir da mediana. Para coesão social na escola, valores entre 0-9 representaram baixo capital social e entre 10-12 alto capital social; rede de amigos, 0-6 baixo, 7-9 alto; coesão social no bairro, 0-3 baixo, 3-6 alto e confiança no bairro/escola, 0-5 baixo, 6-9 alto.

Para a obtenção dos valores de cada uma das respostas foi considerada a pontuação 01 para as opções concordo para as afirmações negativas e discordo para as positivas, e a pontuação 03 para a opção discordo para as afirmações negativas e concordo para as positivas, de forma que, quanto maior a pontuação mais favorável o capital social. A pontuação final variou de 12 a 36. Foram excluídos indivíduos com pontuações inferiores a 12, ou seja, aqueles que responderam “Não tenho opinião/não sei” para 5 ou mais perguntas.

Análise estatística

Os dados da pesquisa foram analisados de forma descritiva e analítica, utilizando o programa SPSS Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, version 21.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) e incluiu a distribuição de frequência e testes de associação. A significância estatística para a

associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em binge e as variáveis independentes na análise bivariada foi determinada pela utilização do teste do Qui-quadrado e teste Exato de Fisher ($p < 0,05$). A variável dependente (consumo em binge) e as variáveis independentes (consumo de bebidas energéticas, consumo em binge por pais e melhor amigo, condição socioeconômica, religiosidade e capital social) foram incorporadas ao modelo de regressão logística univariada. As variáveis que no modelo univariado obtiveram um valor de significância $p < 0,20$ e aquelas com plausibilidade teórica foram incorporadas no modelo final de regressão multivariada ($p < 0,05$; IC 95%). O ajuste do teste foi avaliado utilizando o modelo de Hosmer e Lemeshow. O cálculo do poder do teste post hoc foi feito para estimar a associação entre as proporções, utilizando o programa gpower.

RESULTADOS

Dos 226 adolescentes participantes, 53,1% (n= 120) eram do sexo feminino e 55,8% apresentavam idade entre 12 e 16 anos (n= 126). Considerando aqueles que consumiam bebidas alcoólicas, a idade de início de experimentação foi entre 2-5 anos de 7%, entre 6-9 anos de 23,1% e entre 10-15 anos de 28,2%. A frequência do consumo de bebidas alcoólicas em binge foi de 12,8% (n= 29) e de bebidas energéticas de 23,9% (n=54) (Tabela 1). As frequências das demais variáveis encontram-se descritas na Tabela 1. Na tabela 2, encontra-se a distribuição das respostas referentes ao QCS-AE.

Tabela 1: Frequência de distribuição dos adolescentes (n=226) de acordo com as variáveis do estudo. Belo Horizonte, Brasil, 2018.

Variáveis	Frequência n (%)
Consumo de bebidas alcoólicas em binge no mês	
Não	197 (87,2)
Sim	29 (12,8)
Consumo de energéticos no último mês	
Não	172 (76,1)
Sim	54 (23,9)
Consumo de bebidas alcoólicas em binge pelo pai	
Não	128 (56,6)
Sim	98 (43,4)
Consumo de bebidas alcoólicas em binge pela mãe	
Não	173 (76,5)
Sim	53 (23,5)
Consumo de bebidas alcoólicas em binge pelo melhor amigo	
Não	183 (81,0)
Sim	43 (19,0)
Sexo	
Masculino	106 (46,9)
Feminino	120 (53,1)
Idade	
10 a 11 anos	100 (44,2)
12 a 16 anos	126 (55,8)
Nuclearidade Familiar	
Nuclear	114 (50,4)
Não nuclear	112 (49,6)
Renda mensal familiar	
Maior que 2 salários mínimos	71 (31,4)
Menor ou igual a 2 salários mínimos	155 (68,6)
Escolaridade da mãe	
Maior que 8 anos de estudo	165 (73,0)
Menor ou igual a 8 anos de estudo	61 (27,0)
Participação em atividades religiosas	
Nunca ou menos de uma vez no mês	76 (33,6)
Uma vez por semana ou uma vez por mês	84 (37,2)
Diariamente ou quase todos os dias	65 (28,8)

Tabela 2: Distribuição das respostas do QCS-AE entre adolescentes (n = 226). Belo Horizonte, Brasil, 2018.

Domínios do QCS-AE	Concordo n (%)	Discordo n (%)	Não tenho opinião/não sei* n (%)
Coesão Social na Escola			
Os alunos da minha escola ficam juntos	165 (73,0)	24 (10,6)	37 (16,4)
Sinto que pertencço a esta escola, como se ela fosse minha	133 (58,8)	56 (24,8)	37 (16,4)
Eu me sinto seguro na escola	127 (56,2)	66 (29,2)	33 (14,6)
Meus pais se dão bem com meus professores	129 (57,1)	12 (5,3)	85 (37,6)
Rede de amigos			
Os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros	139 (61,5)	44 (19,5)	43 (19,0)
Confio nos meus amigos de escola	107 (47,3)	76 (33,6)	43 (19,0)
Posso pedir ajuda aos meus amigos de escola	154 (68,1)	33 (14,6)	39 (17,3)
Coesão Social no Bairro			
Confio nos meus vizinhos	72 (31,9)	111 (49,1)	43 (19,0)
Posso contar com a ajuda dos meus vizinhos	91 (40,3)	82 (36,3)	53 (23,5)
Confiança no Bairro/Escola			
Os professores da minha escola são solidários e nos dão apoio	144 (63,7)	39 (17,3)	43 (19,0)
Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim	76 (33,6)	91 (40,3)	59 (26,1)
Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim	127 (56,2)	48 (21,2)	51 (22,9)

* 8 participantes que responderam “**Não tenho opinião/não sei**” para 5 ou mais perguntas foram excluídos das análises.

Na análise bivariada, o consumo de bebidas energéticas no último mês ($p < 0,001$), o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pela mãe ($p < 0,001$) e pelo melhor amigo ($p < 0,001$), bem como a escolaridade materna inferior a oito anos de estudo ($p = 0,044$) estiveram associados ao consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos adolescentes. As características do adolescente como o sexo ($p = 0,423$) e a idade ($p = 0,069$) e a participação em atividades religiosas ($p = 0,330$) não foram associadas ao consumo de bebidas alcoólicas em *binge*. Quando analisado os domínios do Capital Social, apenas o domínio “Coesão social na escola” ($p = 0,004$) esteve associado ao consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos adolescentes (Tabela 3). Foi realizado o cálculo do poder do teste *post hoc* para estimar associação entre as proporções, utilizando o programa *gpower*.

Tabela 3: Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* e as variáveis independentes investigadas nos adolescentes (n=218). Belo Horizonte, Brasil, 2018.

Variáveis	Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i>			
	Não (%)	Sim (%)	p valor	Poder da amostra
Consumo de energéticos no último mês				
Não	153 (92,7)	12 (7,3)	<0,001*	0,98
Sim	37 (69,8)	16 (30,2)		
Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> pelo pai				
Não	111 (88,8)	14 (11,2)	0,400*	0,21
Sim	79 (84,9)	14 (15,1)		
Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> pela mãe				
Não	153 (91,6)	14 (8,4)	<0,001*	0,94
Sim	37 (72,5)	14 (27,5)		
Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> pelo melhor amigo				
Não	161 (91,5)	15 (8,5)	<0,001*	0,97
Sim	29 (69,0)	13 (31,0)		
Sexo				
Masculino	90 (89,1)	11 (10,9)	0,423*	0,23
Feminino	100 (85,5)	17 (14,5)		
Idade				
10 a 11 anos	89 (91,8)	8 (8,2)	0,069*	0,57
12 a 16 anos	101 (83,5)	20 (16,5)		
Nuclearidade Familiar				
Nuclear	95 (88,8)	12 (11,2)	0,480*	0,16
Não nuclear	95 (85,6)	16 (14,4)		
Renda mensal familiar				
Maior que 2 salários mínimos	58 (87,9)	8 (12,1)	0,834*	0,39
Menor ou igual a 2 salários mínimos	132 (86,8)	20 (13,2)		
Escolaridade da mãe				
Maior que 8 anos de estudo	143 (89,9)	16 (10,1)	0,044*	0,54
Menor ou igual a 8 anos de estudo	47 (79,7)	12 (20,3)		
Participação em atividades religiosas				
Nunca ou menos de uma vez na vida	65 (91,5)	6 (8,5)	0,330**	0,12
Uma vez por semana ou uma vez por mês	70 (86,4)	11 (13,6)		
Diariamente ou quase todos os dias	54 (83,1)	11 (16,9)		
Coesão Social na Escola				
Alta	63 (96,9)	2 (3,1)	0,004**	0,94
Baixa	127 (83,0)	26 (17,0)		
Rede de amigos				
Alta	89 (89,9)	10 (10,1)	0,270*	0,30
Baixa	101 (84,9)	18 (15,1)		
Coesão Social no Bairro				
Alta	95 (87,2)	14 (12,8)	1,000*	0,05
Baixa	95 (87,2)	14 (12,8)		
Confiança no Bairro/Escola				
Alta	72 (90,0)	8 (10,0)	0,339*	0,23
Baixa	118 (85,5)	20 (14,5)		
Capital Social Total				
Alta	94 (89,5)	11 (10,5)	0,314*	0,30
Baixa	96 (85,0)	17 (15,0)		

*Teste Qui-Quadrado de Pearson / **Teste Exato de Fisher

No modelo de regressão logística final, o consumo de bebidas energéticas no último mês (OR: 3,475; 95% IC: 1,351-8,937; $p=0,010$) e o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pela mãe (OR:3,315; 95% IC:1,318-8,338; $p=0,011$) foram considerados possíveis fatores de risco para o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos adolescentes do estudo (Tabela 4).

Tabela 4: Modelo de regressão logística para a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* e as variáveis independentes investigadas nos adolescentes (n=218). Belo Horizonte, Brasil, 2018.

Variáveis independentes	OR não ajustado (95% IC)	p valor	OR ajustado	p valor*
Consumo de energéticos no último mês				
Não (0)	1		1	
Sim (1)	5,514 (2,404-12,646)	<0,001	3,475 (1,351-8,937)	0,010
Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> pelo pai				
Não (0)	1			
Sim (1)	1,405 (0,635-3,111)	0,402	-	-
Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> pela mãe				
Não (0)	1		1	
Sim (1)	4,135 (1,815-9,419)	0,001	3,315 (1,318-8,338)	0,011
Consumo de bebidas alcoólicas em <i>binge</i> pelo melhor amigo				
Não (0)	1		1	
Sim (1)	4,811 (2,074-11,161)	<0,001	2,192 (0,816-5,891)	0,120
Sexo				
Masculino (0)	1		1	
Feminino (1)	1,391 (0,619-3,127)	0,425	1,213 (0,480-3,064)	0,683
Idade				
10 a 11 anos (0)	1		1	
12 a 16 anos (1)	2,203 (0,925-5,248)	0,075	1,901 (0,698-5,174)	0,209
Nuclearidade Familiar				
Nuclear (0)	1			
Não nuclear (1)	1,333 (0,599-2,969)	0,481	-	-

Renda mensal familiar				
Maior que 2 salários mínimos (0)	1			
Menor ou igual a 2 salários mínimos (1)	1,098 (0,457-2,638)	0,834	-	-
Escolaridade da mãe				
Maior que 8 anos de estudo (0)	1		1	
Menor ou igual a 8 anos de estudo (1)	2,282 (1,007-5,170)	0,048	1,725 (0,646-4,606)	0,276
Participação em atividades religiosas				
Nunca ou menos de uma vez na vida (0)	1			
Uma vez por semana ou uma vez por mês (1)	1,702 (0,595-4,867)	0,321	-	-
Diariamente ou quase todos os dias (2)	2,207 (0,766-6,358)	0,143	-	-
Coesão Social na Escola				
Alta (0)	1		1	
Baixa (1)	6,136 (1,352-27,848)	0,019	3,185 (0,674-15,050)	0,144
Rede de Amigos				
Alta (0)	1			
Baixa (1)	2,302 (0,770-6,876)	0,135	-	-
Coesão Social no Bairro				
Alta (0)	1			
Baixa (1)	0,648 (0,267-1,574)	0,338	-	-
Confiança no Bairro/Escola				
Alta (0)	1			
Baixa (1)	1,186 (0,419-3,354)	0,748	-	-

*Regressão logística múltipla ajustada para consumo de bebidas energéticas no último mês, consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pela mãe e melhor amigo, sexo, idade, escolaridade da mãe e "coesão social na escola". Hosmer e Lemeshow de 0,792.

DISCUSSÃO

O álcool é uma substância psicoativa de fácil acesso, baixo custo e alta aceitação cultural³⁴. Seu consumo comumente se inicia na adolescência^{35,36}, implicando em potenciais prejuízos à saúde do indivíduo, como depressão, dependência, traumatismos dentários, diminuição da coordenação motora, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais^{20,37-39}. Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência pode causar modificações neuroquímicas, com prejuízos na memória, aprendizado e controle dos impulsos^{40,41}.

No presente estudo, observou-se que a idade de experimentação de bebidas alcólicas foi muito precoce iniciando-se na fase pré-escolar. De acordo com Carlini e colaboradores (2010)⁵, 30,6% dos adolescentes brasileiros entre 10-12 anos e 63% entre 13-15 relataram ter consumido bebidas alcoólicas na vida. Neste estudo, um 1/3 da amostra relatou ter experimentado pela primeira vez entre 2-9 anos de idade. Estes dados são extremamente preocupantes, uma vez que quanto mais precoce a experimentação, piores as consequências e maior o risco de abuso e dependência de álcool^{42,43}.

Dentre os diversos padrões de consumo de bebidas alcólicas, o consumo em *binge* tem sido destacado como conduta problemática adotada por muitos adolescentes⁶. Em estudo longitudinal representativo realizado por Martins-Oliveira (2017)⁷, 23,1% dos adolescentes aos 12 anos já haviam consumido em *binge*, sendo a média de idade deste consumo de 10 anos. Em nova coleta de dados, aos 13 anos de idade, uma prevalência de 30,1% foi encontrada. Em estudo transversal realizado por Raposo (2017)⁴⁴ a prevalência do consumo de bebidas alcólicas em *binge* entre adolescentes de 16-18 anos foi de aproximadamente ¼ da amostra, apresentando este grupo quatro vezes maior prevalência do uso de drogas ilícitas.

Um substancial crescimento na venda das bebidas energéticas tem sido observado ao longo dos anos principalmente entre adolescentes⁴⁵. Nos Estados Unidos, estima-se que mais de 30% dos adolescentes consomem regularmente bebidas energéticas⁴⁶ e para a Eslováquia, 20.6% dos adolescentes com idades entre 11-15 anos apresentam comportamento semelhante⁴⁷. No presente estudo, a frequência do consumo de bebidas

energéticas de 23,9% gera preocupação, uma vez que o consumo excessivo de bebidas cafeínadas traz prejuízos à saúde, como irritabilidade, nervosismo, ansiedade, tonturas, desidratação, distúrbios gastrointestinais, insônia e distúrbios do sono^{48,49}. Além disso, no presente estudo, a chance de consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes que consumiram bebidas energéticas foi três vezes àquela dos adolescentes que não consumiram energéticos. A mistura dessas bebidas tem sido descrita na literatura como um potencializador para o consumo do álcool, uma vez que é capaz de melhorar o sabor, mascarar seus efeitos e minimizar a sensação de intoxicação⁴¹. No entanto, provoca prejuízos à saúde dos adolescentes, como desidratação, dificultando a capacidade do organismo em metabolizar o álcool e aumentando a sua toxicidade, redução da percepção de cefaleias, xerostomia, cansaço e alteração da coordenação motora⁵⁰⁻⁵³. Apesar da alta prevalência encontrada isoladamente para o consumo de bebidas energéticas e o consumo em *binge*, poucos estudos abordaram a associação entre este padrão de consumo de bebidas alcoólicas e o consumo de bebidas energéticas entre adolescentes jovens^{33,54}.

No presente estudo, os adolescentes apresentaram três vezes maiores chances de consumir em *binge* quando suas mães também o faziam. Os resultados desses estudos, entretanto, diferem de outros em que o consumo em *binge* do álcool pelos responsáveis não exerceu influência sobre o consumo do adolescente, mas sim o consumo pelo melhor amigo²⁹.

Os adolescentes podem estar mais propensos ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas dependendo das características da comunidade em que vivem⁵⁵, uma vez que ela pode funcionar como canal para o compartilhamento de comportamentos negativos a saúde⁷. Neste estudo, observou-se que para todos os domínios do Capital Social, excetuando a “coesão social na escola”, o poder da amostra foi insuficiente para revelar a presença de associação entre as variáveis. Apesar de na análise univariada existir associação entre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* e a “coesão social na escola”, na análise multivariada essa associação não se manteve. Para melhor explanação da relação entre o Capital Social e o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* por adolescentes, com amostras maiores e com maior representatividade devem ser realizados.

Quando investigada a associação entre o consumo em *binge* e o sexo dos adolescentes, os resultados mostraram-se estatisticamente insignificantes. Na adolescência, meninos e meninas tendem a adotar comportamentos semelhantes⁵⁶, em sua busca por um melhor envolvimento nos grupos sociais e na tentativa de maior aceitação^{36,57}.

Em relação à condição socioeconômica e a religiosidade, neste estudo não foram encontradas associações com o consumo de bebidas alcoólicas em *binge*. Para alguns estudos, o maior consumo de bebidas alcoólicas é feito por adolescentes pertencentes à classe socioeconômica alta¹⁴, porém, outros estudos também reportaram associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a classe socioeconômica menos favorecida⁵⁸. A avaliação da influência da escolaridade materna sobre o consumo em *binge* em países em desenvolvimento se torna complexa, uma vez que o acréscimo dos anos escolares pode ter um efeito insignificante na renda da família²⁹. Sobre a participação em atividades religiosas, os resultados do presente estudo diferem das pesquisas anteriores, em que a presença da religiosidade funcionou na vida do adolescente como mecanismo de proteção contra o de consumo em *binge* do álcool^{17,18,29}, o que pode ser explicado pelo baixo poder da amostra deste estudo. Assim, pesquisas futuras com amostras maiores são necessárias para melhor compreensão do efeito da religiosidade sobre o consumo de bebidas alcoólicas uma vez que seu papel protetor está extensivamente fundamentado na literatura.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser mencionadas. Embora tenha sido garantida a confidencialidade das informações, alguns dados podem ter sido subestimados pelo constrangimento ou o receio de responder afirmativamente às perguntas, ou superestimado pela vontade de afirmação. Por se tratar de um estudo transversal não permite inferir causalidade, sendo necessário que outros estudos transversais com amostras maiores, longitudinais e de intervenção sejam feitos para melhor compreensão sobre o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* entre adolescentes, discutindo suas causas e consequências. Além disso, por possuir caráter exploratório, este estudo proporcionou uma visão geral do universo que está sendo trabalhado, permitindo decidir sobre questões futuras que necessitam de atenção e investigação detalhada com amostras maiores, além de alertar as

potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência do público abordado.

Apesar do poder da amostra ser, para algumas variáveis, insuficiente para revelar associação, necessitando de pesquisas futuras com amostras maiores, através deste estudo foi possível identificar que para as variáveis, consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pela mãe e consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes e sua associação com beber em *binge* no último mês, o poder da amostra apresentou-se adequado, o que deixa as associações mais confiáveis. A precocidade de experimentação de bebidas alcoólicas, a alta frequência do consumo de bebidas energéticas e sua associação com o consumo em *binge* pelos adolescentes, encontrada neste estudo, reforça a necessidade de mais políticas públicas com enfoque na prevenção e na advertência quanto aos potenciais fatores que podem contribuir na adoção desse comportamento, inclusive entre faixas etárias mais jovens do que usualmente tem sido identificado na literatura.

CONCLUSÃO

O consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelos adolescentes esteve associado com o consumo de energéticos e com o consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pela mãe independentemente do consumo de bebidas alcoólicas em *binge* pelo pai e melhor amigo, condição sociodemográfica, participação em atividades religiosas e capital social.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). *Improving Health through schools: national and international strategies*. Geneva: WHO; 1999.
2. Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. *Psicol: Teor e Pesq* 2012; 28(1):101-108.
3. Sousa FC, Abrão AM, Morgado A, Conboy J, Oliveira MD, Pires D. O consumo de bebidas alcoólicas na população escolar juvenil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):302-313.
4. BRASIL. Lei 13.106 de 17 de Março de 2015. Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica. *Estatuto da Criança e do Adolescente* 2015; 17 mar.
5. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS. *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*. São Paulo: CEBRID; 2010.
6. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Holguín SR, Cadaveira F. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones* 2011; 23(1):53-63.
7. Martins-Oliveira JG, Paiva HN, Paiva PCP, Ferreira RC, Pordeus IA, Zarzar PM, Kawachi I. New evidence about the “dark side” of social cohesion in promoting binge drinking among adolescents. *PLoS One* 2017; 12(6):e0178652.
8. Paiva PCP, Paiva HN, Lamounier JA, Ferreira EF, Santos CCAS, Zarzar PM. Binge drinking among 12-year-old adolescent schoolchildren and its association with sex, socioeconomic factors and alcohol consumption by best friends and family members. *Cienc Saude Colet* 2015; 20(11):3427-3435.
9. Silveira CM, Silveira CC, Silva JG, Silveira LM, Andrade AG, Andrade LHS. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Psiquiatr Clin* 2008; 35(S1):31-38.

10. Spear LP. Adolescent alcohol exposure: are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiol Behav* 2015; 148:122-130.
11. Michaud PA. Adolescents and risks: Why not change our paradigm? *J Adolesc Health* 2006; 38(5):481-483.
12. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Cienc Saude Colet* 2003; 8(1):299-306.
13. Almeida-filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, James SA. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1):45-54.
14. Humensky JL. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010; 5:19.
15. Campos JADB, Almeida JC, Garcia PPNS, Faria JB. Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos - MG. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(12):4745-4754.
16. Sanchez ZM, Locatelli DP, Noto AR, Martins SS. Binge drinking among Brazilian students: A gradient of association with socioeconomic status in five geo-economic regions. *Drug Alcohol Depend* 2013; 127(1-3):87-93.
17. Foster DW, Quist MC, Young CM, Bryan JL, Nguyen ML, Neighbors C. Benefit finding as a moderator of the relationship between spirituality/religiosity and drinking. *Addict Behav* 2013; 38(11):2647-52.
18. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Cienc Saude Colet* 2004; 9(1):43-55.
19. Pattussi MP, Hardy R, Sheiham A. Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. *Am J Public Health* 2006; 96(8):1462-8.
20. Paiva HN, Paiva PC, Paula Silva CJ, Lamounier JA, Ferreira E, Ferreira E, Ferreira RC, Kawachi I, Zarzar PM. Is there an association between traumatic dental injury and social capital, binge drinking and socioeconomic indicators among schoolchildren? *PloS One* 2015; 10(2):e0118484.
21. Urberg KA, Değirmencioğlu SM, Pilgrim C. Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Dev Psychol* 1997; 33(5):834-44.

22. Engels RCME, Knibbe RA, Vries H, Drop MJ, Van Breukelen GJP. Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: a longitudinal study. *J Appl Soc Psychol* 1999; 29:337-61.
23. Jaccard J, Blanton H, Dodge T. Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Dev Psychol* 2005; 41(1):135-47.
24. Paiva PC, Paiva HN, Oliveira Filho PM, Lamounier JA, Ferreira EF, Ferreira RC, Kawachi I, Zarzar PM. Development and Validation of a Social Capital Questionnaire for Adolescent Students (SCQ-AS). *PloS One* 2014; 9(8):e103785.
25. Arria AM, Caldeira KM, Kasperski SJ, Vincent KB, Griffiths RR, O'Grady KE. Energy drink consumption and increased risk for alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2011; 35(2):365-75.
26. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, Azevedo Marques JM, Machado-de-Sousa JP, Chagas MH, Souza RM, Crippa JA. Is the full version of the audit really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. *Alcohol clin exp res* 2010; 34(8):1417-24.
27. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS. *II Levantamento Domiciliar Sobre O Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: CEBRID; 2006.
28. Sanchez ZM, Opaleye ES, Chaves TV, Noto AR, Nappo SA. God forbids or mom disapproves? Religious beliefs that prevent drug use among youth. *J Adolesc Res* 2011; 26(5):591-616.
29. Ferreira SE, Mello MT, Formigoni MLOS. Efeito das bebidas alcoólicas pode ser afetado pela combinação com bebidas energéticas? Um estudo com usuários. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(1):48-51.
30. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31(2):185-99.
31. Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Primeiro Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(3):214-5.
32. Chung T, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Spirito A, Monti PM. Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol* 2000; 61(4):579-87.

33. Guimarães MO, Paiva PCP, Paiva HN, Lamounier JA, Ferreira EF, Zarzar PMPA. Religiosidade como possível fator de proteção do “binge drinking” por escolares de 12 anos de idade: um estudo de base populacional. *Cienc Saude Colet* 2018; 23(4):1067-76.
34. World Health Organization (WHO). *Who Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. Second report. Geneva: WHO; 2007.
35. Van der Zwaluw CS, Scholte RH, Vermulst AA, Buitelaar JK, Verkes RJ, Engels RC. Parental problem drinking, parenting, and adolescent alcohol use. *J Behav Med* 2008; 31(3):189-200.
36. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics* 2007; 119(1):76-85.
37. Brunborg GS, Norström T, Storvoll EE. Latent developmental trajectories of episodic heavy drinking from adolescence to early adulthood: Predictors of trajectory groups and alcohol problems in early adulthood as outcome. *Drug Alcohol Rev* 2018. 37(3):389-395.
38. Newbury-Birch D, Gilvarry E, McArdle P, Ramesh V, Stewart S, Walker J, Avery L, Beyer F, Brown N, Jackson K, Lock CA, McGovern R, Kaner E. Impact of alcohol consumption on young people: A review of reviews. *Department for Children, Schools and Families* 2009; 1-66.
39. Grant BF. The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(2):144-7.
40. McKinnon SA, O'Rourke KM, Thompson SE, Berumen JH. Alcohol use and abuse by adolescents: the impact of living in a border community. *J Adolesc Health* 2004; 34(1):88-93.
41. Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24(2):164-71.
42. Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Ruan WJ, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32(12):2149-60.

43. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(1): 7-10.
44. Raposo JCS, Costa ACQ, Valença PAM, Zarzar PM, Diniz AS, Colares V, Franca C. Uso de drogas ilícitas e *binge drinking* entre estudantes adolescentes. *Rev Saude Publica* 2017; 51:83.
45. Azagba S, Langille D, Asbridge M. An emerging adolescent health risk: Caffeinated energy drink consumption patterns among high school students. *Prev Med* 2014, 62: 54-9.
46. Mintel Global New Products Database (Mintel Group Ltd). *Energy drinks* New York: Mintel Group Ltd; 2007.
47. Holubcikova J, Kolarcik P, Madarasova Geckova A, Reijneveld SA, Van Dijk JP. Regular energy drink consumption is associated with the risk of health and behavioural problems in adolescents. *Eur J Pediatr* 2017; 176(5):599-605.
48. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Food Safety and Applied Nutrition (CFSAN). *CFSAN Adverse Event Reporting System – Voluntary and Mandatory Reports on 5-Hour Energy, Monster Energy, and Rockstar Energy Drink*. College Park: CFSAN; 2012.
49. Velazquez CE, Poulos NS, Latimer LA, Pasch KE. Associations between energy drink consumption and alcohol use behaviors among college students. *Drug Alcohol Depend* 2012; 123(1-3):167-72.
50. Reissig CJ, Strain EC, Griffiths RR. Caffeinated energy drinks - a growing problem. *Drug Alcohol Depend* 2009; 99(1-3):1–10.
51. Owens JA, Mindell J, Baylor A. Effect of energy drink and caffeinated beverage consumption on sleep, mood, and performance in children and adolescents. *Nut Rev* 2014; 72(S1):65-71.
52. Ferreira SE, Mello MT, Pompéia S, Souza-Formigoni ML. Effects of energy drink ingestion on alcohol intoxication. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30(4):598-605.
53. Curry K, Stasio MJ. The effects of energy drinks alone and with alcohol on neuropsychological functioning. *Hum Psycholarmacol* 2009; 24(6):473-81.

54. Seifert SM, Schaechter JL, Hershorin ER, Lipshultz SE. Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics* 2011; 127(3):511-28.
55. Kulis S, Marsiglia FF, Sicotte D, Nieri T. Neighborhood Effects on Youth Substance Use in a Southwestern City. *Sociol Perspect* 2007; 50(2):273-301.
56. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(19):323-8.
57. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11):2487-98.
58. Sanchez ZM, Martins SS, Opaleye ES, Moura YG, Locatelli DP, Noto AR. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. *BMC Public Health* 2011; 11:201.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é um período da vida em que o indivíduo vivencia importantes transformações em um curto espaço de tempo. Além das diversas mudanças físicas, cognitivas e psicossociais, repousa sobre ele, a árdua tarefa de lidar com as expectativas familiares e sociais, questões relativas à sexualidade e a busca de sua identidade. A vulnerabilidade vivenciada faz com que susceptível as influências, o adolescente utilize mecanismos de rejeição aos valores estabelecidos podendo envolver-se com drogas.

Ao tratarmos o tema drogas, comumente os pensamentos se voltam para substâncias ilícitas, como crack, maconha ou cocaína. Entretanto, chama a atenção, em termos epidemiológicos, o aumento do consumo de drogas lícitas, sobretudo o álcool entre os adolescentes.

O álcool é uma droga de fácil acesso, baixo custo e aceito culturalmente, o que torna ainda mais dificultoso seu controle na sociedade. Seu consumo implica em potenciais prejuízos para a saúde geral e bucal do indivíduo, estando seu consumo em *binge* associado à desnutrição, diminuição da coordenação motora, traumatismos dentários, diminuição da consciência e cognição, depressão e dependência.

Diante desse quadro, insere-se que a odontologia voltada para adolescentes requer algo a mais que os conhecimentos técnicos. Dentre os profissionais que acompanham o indivíduo durante sua vida, o odontopediatra deve estar atento aos comportamentos de risco da adolescência e suas consequências para a saúde geral e bucal.

A partir desse projeto, obtivemos informações sobre os dados epidemiológicos que permeiam o consumo do álcool por uma parcela dos adolescentes de Belo Horizonte, bem como os fatores que tem servido como possível fonte de risco e proteção. .

O conhecimento obtido poderá ser reproduzido e discutido com a comunidade, atuando na prevenção e educação em saúde de nossos adolescentes e suas famílias. A faixa etária escolhida para esta pesquisa é de extrema relevância para medidas de prevenção e atuação em comportamentos de riscos do adolescente jovem, uma vez que se trabalhou com indivíduos a partir dos 10 anos de idade.

O desenvolvimento deste estudo nas escolas de Belo Horizonte possibilitou o estabelecimento de novas parcerias entre a UFMG e Secretaria de Educação para o desenvolvimento futuro de projetos de pesquisa longitudinais e de intervenção.

6 PRODUÇÕES ACADÊMICAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

- Monitoria de Pós-Graduação voluntária por dois semestres na disciplina “Prevenção individual a cárie e aos problemas de oclusão” ofertada pelo departamento de Odontopediatria aos alunos do 3º período da graduação;
- Monitoria de Pós-Graduação por três semestres no Projeto de Extensão “Atendimento odontológico a pacientes como Traumatismo na dentição decídua”, ofertado pelo departamento de Odontopediatria;
- Membro Associada da SBPqO, participando anualmente, desde 2015 com a apresentação dos trabalhos, “Associação entre o consumo em binge por amigos, familiares e religiosidade entre adolescentes de Diamantina”; “Lado escuro da coesão social no consumo de bebidas alcoólicas em “binge” por adolescentes; “Identificação de casos de abuso físico infantil por profissionais da estratégia saúde da família de Belo Horizonte”; “Identificação de casos de abuso físico e sua associação com o estresse ocupacional”.
- Autora do artigo “Religiosidade como possível fator protetor do *binge drinking* por escolares de 12 anos de idade: estudo de base populacional”, publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva*.
- Co-autora no artigo “Frequência de Identificação e notificação do abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos” na revista *Arquivos em Odontologia*;
- Co-autora nos artigos “O discente de valor ou o valor do discente? Uma questão axiológica”; “Contribuição da Teoria de Horta para a crítica dos diagnósticos de enfermagem no paciente em hemodiálise”; “O valor lógico para o discente de enfermagem encontro com Max Scheler”, publicados na revista *REUOL*.
- Co-autora dos resumos para ABRASCO “Consumo de bebias alcoólicas em *binge* e sua associação com o consumo de energéticos por adolescentes: um estudo exploratório”; “Consumo de bebidas alcoólicas em *binge* na adolescência e sua associação com capital social: Um

estudo longitudinal”; Consumo de bebidas alcoólicas e energéticas por adolescentes: um estudo exploratório”.

- Co-autora das cartilhas “Guia de cuidados imediatos de traumatismos dentários na dentição decídua (ISBN:978-85-93368-06-6) e “Guia de prevenção de traumatismos dentários na dentição decídua (ISBN: 978-85-93368-07-3);
- Participação em 20 eventos científicos (simpósios, encontros, congressos) durante o mestrado, incluindo o “26º Congresso Brasileiro de Odontopediatria, “4º Congresso Nacional de Saúde”, 12º Encontro nacional e 2º Encontro internacional de odontologia para Bebês”.
- Colaboradora no projeto intitulado “Traumatismos dentários e sua associação com o consumo de bebidas alcoólicas em *binge*” desenvolvido no Mestrado Profissional.

REFERÊNCIAS

GALDURÓZ, J. F. C.; NOTO, A.R.; FONSECA A.M.; CARLINI E. A. Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, **Unifesp**, São Paulo, v.17, n.1, p.1- 503. 2004.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health- 2014. **World health organization**. 2014.

PINSKY, I.; SANCHEZ, M.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R.; CAETANO, R. Patterns of alcohol use among brazilian adolescents. **Rev. Bras Psiquiatria**, v.10, n.3, p. 242-249, abr. 2010.

VIEIRA, T.; RITT-OLSON, A.; STACY, A.; UNGER, J.; OKAMOTO, J.; SUSSMAN, S. Peer acceleration: effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high-risk adolescents. **Addiction**, v. 102, n. 11, p. 1804- 1815, Sep. 2007.

WHO. Disponível em: <www.who.int/maternal_child_adolescent>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SWEMDENSEN, J.; BEN-ZEEV, D.; GRANHOLM, E. Real time electronic ambulatory monitoring of substance use and symptom expression in schizophrenia. **Am. J. Psychiatry**, v. 168, n. 2, p. 202-209. 2011.

HAMMERSLAG, L. R.; GULLEY, J. M. Sex differences in behavior and neural development and their role in adolescence vulnerability to substance use. **Behavioral Brain research**, v. 298, p. 15-26, Fev. 2015.

PAIVA, P. C. P.; PAIVA H. N.; LAMOUNIER, J. A.; FERREIRA E. F.; SANTOS, C. C. A. S.; ZARZAR, P. M. Binge drinking among 12-year-old adolescent schoolchildren and its association with sex, socioeconomic factors and alcohol consumption by best friends and family members. **Ciênc saúde coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3427-3435. Nov, 2015.

SILVEIRA, C. M.; SILVEIRA, C. C.; SILVA, J. G.; SILVEIRA, L. M.; ANDRADE, A. G.; ANDRADE, L. H. S. G. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Psiq Clín**, v.35, n.1, p. 31-38. 2008.

SPEAR, L. P. Adolescent alcohol exposure: are there separable vulnerable periods within adolescence? **Physiology & behavior**, v. 14, n. 8, p. 122-130, Jan. 2015.

MATUMOTO, M. S. S. Avaliação in vitro das alterações superficiais do esmalte dentário de dentes permanentes submetidos a bebidas energéticas. 100f. Tese (Doutorado), **Faculdade de Odontologia da USP**, São Paulo. 2008.

MADRUGA, C. S.; LARANJEIRA, R.; CAETANO, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; FERRI, C. P. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil — A national survey. **Addict Behav**, v. 37, n.10, p. 1171-1175, Maio. 2012.

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO, D. L; DUARTE, E. A.; SARDINHA, L. M.; BARRETO S. M. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p.136-146. 2011.

BRASIL. Lei 9.294/1996 (LEI ORDINÁRIA) 15/07/1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do Par. 4º do ART. 220 da Constituição Federal.

RAPOSO, J. C. S.; COSTA, A. C.; VALENÇA, P.; COLARES, V.; FRANÇA, C. Binge drinking and illicit drug use among adolescent students. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 83, Ago. 2017.

LACHARITÉ, C. From Risk to Psychosocial Resilience: conceptual models and avenues for family intervention. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.14, p. 71-77, 2005.

AZAGBA, S.; LANGILLE, D.; ASBRIDGE, M. An emerging adolescent health risk: Caffeinated energy drink consumption patterns among high school students. **Preventive medicine**, v. 62, p. 54-9, Feb. 2014.

MORDOR INTELLIGENCE LLP. Disponível em:<www.mordorintelligence.com> Acesso em: 20 mai. 2018.

SEIFERT, S.M.; SCHAECHTER, J.L.; HERSHORIN, E.R; LIPSHULTZ, S. E. Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. **Pediatrics**, v. 127, n. 3, p. 511-28, Feb. 2014.

UTTER, J.; DENNY, S.; TEEVALE, T.; SHERIDAN, J. Energy drink consumption among New Zealand adolescents: Associations with mental health, health risk behaviours and body size. *J Paediatr Child Health*, v. 54, n. 3, p. 279-283, Sep. 2017.

MARCZINSKI, C. A.; BARDGETT, M. E.; HOWARD, M.A. Effects of energy drinks mixed with alcohol on behavioral control: risks for college students consuming trendy cocktails. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 35, n. 7, p. 1282-92, Apr. 2011.

HOLUBCIKOVA, A.; KOLARCIK, P.; GECKOVA, A. M.; JOPPOVA, E.; DIJK, J. P. V.; REIJNEVELD, S.A. Young adolescents who combine alcohol and energy drinks have a higher risk of reporting negative behavioural outcomes. *Int J Public Health*, v. 62, n. 3, p. 379-386, Jul. 2016.

BERGER, L.; FENDRICH M.; FUHRMANN, D. Alcohol mixed with energy drinks: are there associated negative consequences beyond hazardous drinking in college students? *Addict Behav*, v. 38, n.9, p. 2428-32, Sep. 2013.

HAAN, L.; HAAN, H. A.; VAN DER PALEN, J.; OLIVIER, B.; VERSTER, J.C. Effects of consuming alcohol mixed with energy drinks versus consuming alcohol only on overall alcohol consumption and negative alcohol-related consequences. *Int J Gen Med*, v. 5, p. 953-60, 2012.

ECKSCHMIDT, F.; Andrade, A.G.; Santos, B.; Oliveira, L.G. The effects of alcohol mixed with energy drinks (AmED) on traffic behaviors among Brazilian college students: a national survey. *Traffic Inj Prev*, v. 14, n. 7, p. 671-9, 2013.

BRACHE, K.; STOCKWELL, T. Drinking patterns and risk behaviors associated with combined alcohol and energy drink consumption in college drinkers. *Addict Behav*, v. 36, n. 12, p. 1133-40, Dec. 2011.

PAIVA, P. C. P.; PAIVA H. N.; LAMOUNIER, J. A.; FERREIRA E. F.; SANTOS C. C. A. S.; ZARZAR, P. M. Binge drinking among 12-year-old adolescent schoolchildren and its association with sex, socioeconomic factors and alcohol consumption by best friends and family members. *Ciênc saúde coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3427-3435. Nov, 2015.

MARTINS-OLIVEIRA, J.G.; PAIVA, H.N.; PAIVA, P. C. P.; FERREIRA, R. C.; PORDEUS, I.A.; ZARZAR, P.M.; KAWACHI, I. New evidence about the “dark side” of social cohesion in promoting binge drinking among adolescents. **Plos One**, v. 12, n. 6, 2017.

CARRETEIRO, T. C. Adolescências e Experimentações Possíveis. In Marra, M. M., e Costa, L.F. **Temas da Clínica do Adolescente e da Família** (p.15-24). São Paulo: Ágora. 2010

ASSIS, D.F.F.; CASTRO, N.T. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos e Contextos**, v. 9, n. 2, p. 358-370, 2010.

NEWMAN, K.; HARRISON, L.; DASHIFF, C.; DAVIES, S. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.1, p. 142-150, 2008.

GUIMARÃES, M.O.; PAIVA, P.C.P.; PAIVA, H. N.; LAMOUNIER, J.A.; FERREIRA, E.F.; ZARZAR, P.M.P.A. Religiosidade como possível fator de proteção do “binge drinking” por escolares de 12 anos de idade: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1067-76, 2018.

ZARZAR, P. M.; FERREIRA, E. F.; LAMOUNIER, J. A.; FERREIRA, E. F.; FERREIRA R. C.; KAWACHI, I. Can social capital contribute to the improvement of oral health? **Braz Oral Res.**, v. 26, n.5, p. 388-9, Sep/out. 2012.

SANCHEZ, Z. M.; OPALEYE, E. S.; CHAVES, T. V.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. God forbids or mom disapproves? Religious beliefs that prevent drug use among youth. **J Adolesc Re.**, v. 26, n. 5, p. 591-616, Dez. 2011.

MARTELETO, R. M. Information, health, transdisciplinarity and the construction of a social epistemology. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 576-9, Mai. 2007.

ALMEIDA FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M.; AQUINO, E.; KAWACHI, I.; JAMES, S. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004.
HUMENSKY, J. L. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? **Substance abuse treatment, prevention, policy**, v. 5, n. 19, Ago. 2010.

BARROS, M.; BOTEGA, N.; DALGARRONDO, P.; MARÍN-LEON, L.; OLIVEIRA, H. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p.502-509, 2007.

FOSTER, D. W.; QUIST, M. C.; YOUNG, C.M.; BRYAN, J. L.; NGUYEN, M. L.; NEIGHBORS, C. Benefit finding as a moderator of the relationship between spirituality/religiosity and drinking. **Addict Behav.**, v. 38, n.11, p. 2647-2652, jun. 2013.

SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n.1, p. 43-55. 2004.

LUCCHETI, G.; KOENIG, H. G.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; VALLADA, H. Religious beliefs and alcohol control policies: a Brazilian Nationwide study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 1, p. 4-10, Dez. 2014.

IBGE. Disponível em: < cidades. ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 24 jun. 2018.

MENESES-GAYA, C.; ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S.R.; HALLAK J.E.; TRZESNIAK, C. Azevedo Marques JM, Machado-de-Sousa JP, Chagas MH, Souza RM, Crippa JA. Is the full version of the audit really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. **Alcohol clin exp res**, v. 34, n. 8, p. 1417-24, 2010.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, A.S. II Levantamento Domiciliar Sobre O Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: **CEBRID**, 2006.

FERREIRA, S.E.; MELLO, M.T.; FORMIGONI, M.L.O.S. Efeito Das Bebidas Alcoólicas Pode Ser Afetado Pela Combinação Com Bebidas Energéticas? Um Estudo Com Usuários. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 1, p. 48-51, 2004.

CHUNG, T.; COLBY, S.M.; BARNETT, N.P.; ROHSENOW, D.J.; SPIRITO, A.; MONTI, P.M. Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. **J Stud Alcohol**, v. 61, n. 4, p. 579-87 2000.

REINERT, D.F.; ALLEN, J.P. The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 31, n. 2, p. 185-99, 2007.

PAIVA PC, PAIVA HN, OLIVEIRA FILHO PM, LAMOUNIER JA, FERREIRA EF, FERREIRA RC, KAWACHI I, ZARZAR PM. Development and Validation of a Social Capital Questionnaire for Adolescent Students (SCQ-AS). **Plos One**, v. 9, n. 8, 2014.

ARRIA, A.M.; VINCENT, K.M.A.; CALDEIRA, K. Measuring Liability for Substance Use Disorder among College Students: Implications for Screening and Early Intervention. **J Drug Alcohol Abuse**, v. 35, n.4, p. 233-241, 2009.

SANCHEZ, Z.M.; MARTINS, S.S.; OPALEYE, E.S.; MOURA, Y.G.; LOCATELLI, D.P.; NOTO, A.R. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. **BMC Public Health**, v. 11, p. 201, Mar. 2011.

APÊNDICE A- Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

(Pais/responsáveis, por gentileza, assine e entregue uma via, caso concorde em participar da pesquisa. A outra via é sua).

Prezados Pais/Responsáveis,

Meu nome é Mariana Oliveira Guimarães, estou cursando Mestrado em Odontopediatria na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO-UFMG) e venho por meio deste convidar o Senhor (a) e seu filho (a) para participar da pesquisa sobre associação entre o consumo de bebidas alcólicas por escolares do 5º ao 7º ano da cidade de Belo Horizonte, fatores de risco e proteção envolvidos, bem como a presença de traumatismo dentário (dentes e ossos da boca que sofreram alguma pancada e que quebraram, ficaram moles ou mudaram de posição devido à queda ou acidente). Algumas perguntas serão feitas para o senhor (a) sobre sua escolaridade e renda familiar. Seu filho (a) receberá um questionário em sala de aula com perguntas sobre o consumo de bebidas alcólicas, bebidas energéticas, religiosidade, rede de amigos, vizinhança e escola (Tempo de aplicação: 20 minutos). Faremos ainda um exame clínico (Tempo de exame: 5 minutos), Todas estas informações serão utilizadas apenas nessa pesquisa e somente os pesquisadores saberão de quem é cada dado. Embora este exame não cause dor nem incômodo (usaremos apenas um espelho bucal de pequeno tamanho para conseguir ver todos os lados dos seus dentes anteriores), seu filho (a) será explicado quanto ao procedimento e qualquer dúvida poderá ser esclarecida. Os pesquisadores farão o exame num ambiente reservado da escola preservando a privacidade de seu filho (a). Para participar desse estudo o senhor (a) e seu filho (a) não terão nenhum gasto, Pedimos a colaboração de vocês, mas caso não possam participar, tudo bem. Caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de compensação em relação aos mesmos.

Caso seu filho (a) seja identificado como possuidor de algum traumatismo dentário ele receberá por escrito um encaminhamento para Faculdade de Odontologia, Clínica de Traumatismos dentários, onde poderá receber atendimento gratuito ou será orientado a buscar o Centro de Saúde mais próximo de sua residência.

A participação de vocês é muito importante, no entanto, é inteiramente voluntária, estando livres para recusar participar da pesquisa em qualquer momento. Garantimos que nomes não serão usados em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo e os dados coletados serão utilizados somente para este fim. Os formulários usados para a coleta das informações da pesquisa e os Termos de Consentimento e assentimento assinados serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos.

Se você ainda tiver alguma dúvida a respeito deste estudo, entre em contato com a Profa. Patrícia Zarzar, orientadora dessa pesquisa, no telefone 3409-2451. Se mesmo assim ainda houver dúvidas quanto às questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Telefone: 3409-4592.

Obrigada!



Prof. Patrícia Maria de Araújo Zarzar
(patyzarzar@hotmail.com)



Mariana Oliveira Guimarães
(marianaolig@hotmail.com)

Eu, _____, responsável legal pelo (a) menor _____, concordo em participar deste estudo e autorizo que ele (a) participe da pesquisa "Consumo de bebidas alcólicas em binge por escolares do 5º ao 7º ano da cidade de Belo Horizonte e sua associação com fatores de risco, proteção e traumatismo dentário".

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa, estando ciente que os resultados poderão ser divulgados através de artigos científicos. Declaro também, que me foi assegurado o direito de não identificação e de segredo sobre as minhas respostas e que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, assim como, me foi garantido o direito de desistir em qualquer etapa da pesquisa.

Parecer Comitê de Ética da UFMG:
69072017.0.0000.5149

APÊNDICE B- Questionário pais

QUESTIONÁRIO - PAIS/ RESPONSÁVEIS

Gostaríamos de convidar você e seu filho para participar da pesquisa “Consumo de bebidas alcoólicas em binge por escolares do 5º ao 7º ano da cidade de Belo Horizonte e sua associação com fatores de risco, proteção e traumatismo dentário”. Para tanto, você deve responder algumas perguntas:

Quem responde o questionário?

- Mãe
 Pai
 Outro (especifique):

Qual o seu estado civil?

- Casado (a)
 Solteiro (a)
 Viúvo (a)
 Divorciado (a)

Seu filho (a) mora com você?

- Sim
 Não (especifique): _____

Renda familiar

- De 1/2 a 1 salário mínimo
 De 1 a 2 salários mínimos
 De 2 a 3 salários mínimos
 De 3 a 5 salários mínimos
 De 5 a 10 salários mínimos
 De 10 a 15 salários mínimos
 De 15 a 20 salários mínimos
 Mais de 20 salários mínimos
 Sem rendimento

Grau de escolaridade da mãe

- Fundamental - Incompleto
 Fundamental - Completo
 Médio - Incompleto
 Médio - Completo
 Superior - Incompleto
 Superior - Completo
 Pós-graduação (Especialização) - Incompleto
 Pós-graduação (Especialização) - Completo
 Pós-graduação (Mestrado) - Incompleto
 Pós-graduação (Mestrado) - Completo
 Pós-graduação (Doutorado) - Incompleto
 Pós-graduação (Doutorado) - Completo

Grau de escolaridade do pai

- Fundamental - Incompleto
 Fundamental - Completo
 Médio - Incompleto
 Médio - Completo
 Superior - Incompleto
 Superior - Completo
 Pós-graduação (Especialização) - Incompleto
 Pós-graduação (Especialização) - Completo
 Pós-graduação (Mestrado) - Incompleto
 Pós-graduação (Mestrado) - Completo
 Pós-graduação (Doutorado) - Incompleto
 Pós-graduação (Doutorado) - Completo

ENDEREÇO

Rua: _____

Bairro: _____

Nº: _____ Complemento: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Obrigada por nos ajudar!

APÊNDICE C- Termo de assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

2

(Estudante, por gentileza, assine e entregue uma via, caso concorde em participar da pesquisa. A outra via é sua).

Prezados estudantes,

Meu nome é Mariana Oliveira Guimarães, estou cursando Mestrado em Odontopediatria na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) e venho por meio deste convidá-lo a participar da pesquisa sobre a associação entre o consumo de bebidas alcólicas por escolares do 5º ao 7º ano da cidade de Belo Horizonte, fatores de risco e proteção envolvidos, bem como a presença de traumatismo dentário (dentes e ossos da boca que sofreram alguma pancada e que quebraram, ficaram moles ou mudaram de posição devido à queda ou acidente). Você receberá um questionário em sala de aula com perguntas sobre o consumo de bebidas alcólicas, bebidas energéticas, religiosidade, rede de amigos, vizinhança e escola (Tempo de aplicação: 20 minutos). Faremos ainda um exame clínico (Tempo de exame: 5 minutos), Todas estas informações serão utilizadas apenas nessa pesquisa e somente os pesquisadores saberão de quem é cada dado. Embora este exame não cause dor nem incômodo (usaremos apenas um espelho bucal de pequeno tamanho para conseguir ver todos os lados dos seus dentes anteriores), você será explicado quanto ao procedimento e qualquer dúvida poderá ser esclarecida. Os pesquisadores farão o exame num ambiente reservado da escola preservando sua privacidade. Para participar desse estudo, você e seu responsável não terão nenhum gasto, Pedimos a colaboração de vocês, mas caso não possam participar, tudo bem. Caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de compensação em relação aos mesmos.

Caso você seja identificado como possuidor de algum traumatismo dentário, daremos por escrito um encaminhamento para Faculdade de Odontologia, Clínica de Traumatismos dentários, onde você receberá atendimento gratuito ou encaminharemos ao Centro de Saúde mais próximo de sua residência.

A participação de vocês é muito importante, no entanto, é inteiramente voluntária, estando livres para recusar participar da pesquisa em qualquer momento. Garantimos que nomes não serão usados em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo e os dados coletados serão utilizados somente para este fim. Os formulários usados para a coleta das informações da pesquisa e os Termos de Consentimento e assentimento assinados serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos.

Se você ainda tiver alguma dúvida a respeito deste estudo, entre em contato com a Profa. Patrícia Zarzar, orientadora dessa pesquisa, no telefone 3409-2451. Se mesmo assim ainda houver dúvidas quanto às questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Telefone: 3409-4592.

Obrigada!



Profa. Patrícia Maria de Araújo Zarzar
(patyzarzar@hotmail.com)



Mariana Oliveira Guimarães
(marianaolig@hotmail.com)

Eu, _____, concordo em participar do estudo "Consumo de bebidas alcólicas em binge por escolares do 5º ao 7º ano da cidade de Belo Horizonte e sua associação com fatores de risco, proteção e traumatismo dentário".

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa, estando ciente que os resultados poderão ser divulgados através de artigos científicos. Declaro também, que me foi assegurado o direito de não identificação e de segredo sobre as minhas respostas e que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, assim como, me foi garantido o direito de desistir em qualquer etapa da pesquisa.

Parecer Comitê de Ética da UFMG:
69072017.0.0000.5149

ANEXO A- Parecer consubstanciadoUNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM BINGE POR ESCOLARES DO 5º AO 7º ANO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO E TRAUMATISMO DENTÁRIO.

Pesquisador: PATRICIA MARIA PEREIRA DE ARAÚJO ZARZAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69072017.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.197.702

Apresentação do Projeto:

O consumo de cinco doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião é definido como beber em binge. Altas taxas desse padrão de consumo na adolescência conferem ao indivíduo maior vulnerabilidade a intoxicação, dependência e depressão, além da possibilidade de injúrias dentais, como o traumatismo. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal representativo, cujo objetivo é avaliar o consumo do álcool em binge e os fatores de risco e proteção associados, entre escolares do 5º ao 7º ano de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte. A seleção das escolas será de modo aleatório e proporcional ao número de escolas públicas e privadas de cada regional administrativa da cidade. As turmas também serão selecionadas de forma aleatória. Será aplicado o teste para identificação de problemas relacionados ao consumo do álcool, conhecido pela sigla AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), originalmente é composto por dez questões a respeito do consumo recente do álcool, problemas relacionados ao consumo e sintomas de dependência, com respostas pontuadas de 0 a 4. Será utilizado a versão curta do teste, o AUDIT-C, validado e aplicado no Brasil (MENESES et al., 2010), composto por perguntas relacionadas à frequência e quantidade do consumo do álcool, com respostas pontuadas de 0 a 12. Para a avaliação do consumo de bebidas energéticas e sua associação com o consumo de bebidas alcoólicas as seguintes perguntas baseadas no questionário sobre o padrão de uso de bebidas

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B- Carta de anuência SMSA



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa intitulado **Consumo de Bebidas Alcoólicas em Binge por Escolares do 5º ao 7º ano da Cidade de Belo Horizonte e sua Associação com Fatores de Risco, Proteção e Traumatismo Dentário**, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Oliveira Guimarães, CPF 083.965.496-05, cujo objetivo é avaliar a prevalência do consumo do álcool em *binge* por escolares do 5º ao 7º ano, matriculados no ensino fundamental da cidade de Belo Horizonte e sua associação com o consumo de bebidas energéticas, consumo de bebidas alcoólicas por pais e melhor amigo, condição sociodemográfica, capital social, religiosidade e traumatismo dentário.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos uma devolutiva dos dados e resultados encontrados para o município de Belo Horizonte e trabalhadores do setor e/ou seus representantes.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

Solicitamos que o pesquisador entre em contato com a Secretaria Municipal de Educação, para liberação da pesquisa. Contato: Mayrce Terezinha (tel 32778625 ou e-mail gecedi@pbh.gov.br).

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Esta Carta de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 20 de Junho de 2017


Taciara Malheiros L. Carvalho BH 78.309-7
Gerência de Assistência
GAS/SMSA

Taciana Malheiros Lima Carvalho
Gerência de Assistência
SMSA/BH


Cláudia Fidelis Barcaro BH 114310-5
Gerência de Educação em Saúde
GEdS/SMSA-BH

Cláudia Fidelis Barcaro
Gerência de Educação em Saúde
SMSA/BH

ANEXO C- Ofício SMED



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

Secretaria Municipal de Educação

Ofício GCPF/Escolas Municipais/ nº325/2017

Belo Horizonte, 22 de agosto de 2017

Assunto: Realização de pesquisa de mestrado junto a estudantes dos 5º, 6º e 7º anos.

Prezado(a) Diretor(a),

Comunicamos que essa escola foi selecionada pela equipe do curso de Mestrado em Odontopediatria da Universidade Federal de Minas Gerais para a realização da pesquisa "Consumo de Bebidas Alcolólicas em Binge por escolares do 5º ao 7º anos da Cidade de Belo Horizonte e sua Associação com Fatores de Risco, Proteção e Traumatismo Dentário.

A realização dessa pesquisa foi autorizada pelas Secretarias Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, conforme Carta de Anuência da SMS anexa, e será realizada por estudantes do curso do citado mestrado diretamente nas escolas selecionadas.

Solicitamos ainda que esses pesquisadores farão contato com a direção da escola para agendar visita, na qual será aplicado um questionário aos estudantes do 5º, 6º e 7º anos e realizado um breve exame clínico junto aos mesmos, como parte integrante da pesquisa.

Ao (À)
Diretor(a) de Estabelecimento de Ensino
Rede Municipal de Educação
NESTA

ANEXO D- Questionário

QUESTIONÁRIO- ADOLESCENTE

Gostaríamos de convidar você para participar desta pesquisa que busca entender o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes de Belo Horizonte e os fatores envolvidos.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:




- ✓ Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas;
- ✓ Marque a SUA resposta sem interferência dos colegas;
- ✓ Responda SINCERAMENTE o que você puder;
- ✓ Suas respostas são sigilosas, NINGUÉM irá vê-las.

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____anos Sexo: [] Masculino [] Feminino




Ano: [] 5º [] 6º [] 7º Escola: [] Pública [] Privada

PERGUNTAS SOBRE SEUS AMIGOS, SUA ESCOLA E SEUS VIZINHOS




1) Os alunos da minha escola ficam juntos

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




2) Eu sinto que pertenço a esta escola, como se ela fosse minha

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




3) Eu me sinto seguro nesta escola

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




4) Meus pais se dão bem com meus professores

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




5) Os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




6) Eu confio nos meus amigos de escola

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




7) Eu posso pedir ajuda aos meus amigos de escola

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




8) Eu confio nos meus vizinhos

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




9) Eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 




10) Os professores da minha escola são solidários e nos dão apoio

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 

11) Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 

12) Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim

- () Concordo 
 () Não tenho opinião, não sei 
 () Discordo 

PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS E ENERGÉTICAS

1) Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- Nunca
- Uma vez por mês ou menos
- 2-4 vezes por mês
- 2-3 vezes por semana
- 4 ou mais vezes por semana

2) Você bebeu no último mês?

- Sim
- Não

EXEMPLOS:

1 dose é igual a:



3) Quantas doses de álcool você consome num dia normal?

- 0 ou 1
- 2 ou 3
- 4 ou 5
- 6 ou 7
- 8 ou mais

5 doses é igual a:



5 latas de cerveja = 2 copos de uísque = 4 copinhos de cachaca

5 latas de cerveja = 2 copos de catuaba = 4 garrafas de skol beats

5 latas de cerveja = 5 taças de vinho = 4 shots de vodca

4) Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- Nunca
- Menos que uma vez por mês
- Uma vez por mês
- Uma vez por semana
- Quase todos os dias

5) Quantos anos você tinha quando experimentou bebidas alcoólicas pela primeira vez?

Resposta:

6) Seu pai consome 05 doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião?

- Sim
- Não

7) Sua mãe consome 05 doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião?

- Sim
- Não

8) Seu melhor amigo consome bebidas com álcool?

- Sim
- Não

9) Seu melhor amigo consome 05 doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião?

- Sim
- Não

10) Você já bebeu bebidas energéticas na vida?

- Sim
- Não

EXEMPLOS:



11) Você bebeu energéticos no último mês?

- Sim
- Não

12) Você já usou bebidas energéticas junto com bebidas alcoólicas?

- Sim
- Não

13) Se sim, com quais?

- Cerveja
- Vodca
- Cachaca
- Tequila
- Outras

14) Quais os efeitos que frequentemente você sente depois de ingerir energéticos COM álcool?

- nada diferente
- alegria
- agitação
- dor de cabeça
- falta de sono
- desinibição
- náusea
- sensação de poder
- depressão
- estômago cheio

15) Quais os efeitos que frequentemente você sente depois de ingerir energéticos SEM álcool?

- nada diferente
- alegria
- agitação
- dor de cabeça
- falta de sono
- desinibição
- náusea
- sensação de poder
- depressão
- estômago cheio

PERGUNTAS SOBRE SUA RELIGIÃO

1) Qual a sua afiliação religiosa?

- católico
- espírita
- evangélico
- outro (especifique):
- nenhuma

2) Você participou de atividades religiosas nos últimos seis meses?

- nunca
- menos que uma vez
- uma vez por semana
- uma vez por mês
- diariamente
- quase todos os dias

3) Você fez oração nos últimos seis meses?

- nunca
- menos que uma vez por mês

- uma vez por semana
- quase todos os dias

4) Qual a importância da religião na sua vida?

- nenhuma
- pouco importante
- nem pouco nem muito
- muito importante

PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE BUCAL

1) Teve traumatismo - bateu o(s) dente(s)?

- Sim
- Não

2) Período do dia em que ocorreu o trauma (acidente):

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Não sabe/Não lembra

3) Onde ocorreu o traumatismo?

- Casa (dentro de casa)
- Casa (pátio ou jardim)
- Escola (dentro do prédio)
- Escola (área de lazer)
- Prédios públicos
- Parque
- Festa
- Rua
- Clube
- Outro local (especificar): _____
- Não sabe/ Não Lembra

4) Como ocorreu o traumatismo?

- Praticando esportes
- Brigas, brincadeiras violentas, empurrões, etc
- Brincando com outros
- Em acidente de trânsito
- Quedas
- Colisão
- Usando seus dentes em outras funções que não comer
- Após consumo de bebida(s) alcoólica(s)

5) Teve atendimento?

- Sim: [] 1h depois [] 2hrs depois [] 1 dia depois [] 2 dias depois ou + [] não lembra
- Não
- Não lembra

