


**RAMON MISSIAS-MOREIRA**

Professor Adjunto, Doutor em Educação. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Pernambuco, Brasil.

 ramonefisica@hotmail.com

LUÍS SOUSA

Portugal, Professor Adjunto, Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, Portugal.

OLGA VALENTIM

Professor Adjunto, Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Saúde Atlântica e NursID, CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

PAULO SEABRA

Professor Adjunto, Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e UI&DE (Nursing Research & Development Unit), Lisboa, Portugal.

FÁTIMA FRADE

Professor Adjunto, Doutora em Ciências Sociais. Escola Superior de Saúde Atlântica. Barcarena, Portugal.

CRISTINA DE SOUSA

Professora Auxiliar, Doutora em Psicologia. Escola Superior de Saúde Atlântica e ISEIT - Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. Portugal.

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES

Relationship between quality of life and alcohol consumption in adolescents

Abstract

Background: Adolescence is characterized by the development of identity, the desire for autonomy and the exploration of the extra-family world. It is a period in which some addictive substances are taken, namely alcohol, which can have consequences on health and quality of life.

Objective: to analyze the association between quality of life domains and alcohol consumption in adolescents.

Materials and Methods: Cross-sectional, descriptive and correlational study conducted with 316 high school adolescents in three state public schools in Jequié, Bahia, Brazil. A sociodemographic questionnaire, the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) and the WHOQOL-bref were used.

Results: The sample is mostly female (56.3%) with an average age of 15.9 years. The results show that 14.6% of participants had a low risk alcohol consumption, 66.1% a risky drink, 17.4% a harmful drink and 1.9% a probable dependence. When comparing the low-risk students with the others, there were statistically significant differences in quality of life in the general domains ($t=-2,25$, $p=0,025$), psychological domain ($t=-2,57$, $p=0,011$) and social relations domain ($t=-2,06$, $p=0,040$). There were statistically significant and positive associations between alcohol consumption and the psychological domain ($r=0,24$, $p<0,0001$) and with the social relations domain ($r=0,12$, $p<0,043$).

Conclusions: The higher the alcohol consumption, the lower the perception of quality of life in the general, psychological and social relations domains. Both health and educational policies are recommended to be reviewed in order to reduce alcohol consumption.

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, ALCOHOL DRINKING, ADOLESCENT, HEALTH PROMOTION.

INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida caracterizada pela complexidade do processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Nesta etapa ocorre o desenvolvimento da identidade, o desejo de autonomia e a exploração do mundo extrafamiliar.^{1,2} Este é um período em que se experimentam algumas substâncias aditivas, nomeadamente bebidas alcoólicas, podendo ter consequências para a saúde e Qualidade de Vida (QV).³⁻⁴ Esta tem sido apontada como a substância mais consumida nesta faixa etária na maioria dos países ocidentais e integra-se na proximidade aos contextos de risco.⁵ As principais causas de morbidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas sim, comportamentos que prejudicam a saúde, as lesões, a depressão, a violência, as doenças sexualmente transmissíveis e gravidez (relacionado com o sexo de forma desprotegida), a obesidade e o consumo de substâncias. Promover a saúde dos adolescentes implica ensinar e orientar para evitar atividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde e QV.⁵⁻⁶ Os adolescentes são um excelente alvo para se avaliar, monitorizar e incutir a preocupação com a QV, uma vez que é um período em que a saúde está no seu melhor estado e o adolescente tem tempo para realizar atividades físicas e sociais, por outro lado é nesta fase, que os hábitos (alimentares, exercício físico, sedentarismo) e comportamentos aditivos (tabaco, álcool e drogas) tendem a consolidar-se e a arrastar-se para a vida adulta, trazendo danos muitas vezes irreversíveis ao estilo e QV,⁷ o início precoce dos consumos aumenta a probabilidade de dependência na idade adulta.⁸

Os efeitos mais nocivos do álcool acontecem a nível do sistema nervoso central incluindo mudanças em funções cognitivas e autónomas. Os adolescentes constituem uma faixa etária vulnerável para iniciar e manter consumos desta substância e muitas vezes este consumo é uma defesa contra a depressão, a ansiedade, o medo ou raiva, sentimentos que afetam a sua QV.^{5-6,8}

A QV relacionada com a saúde, inclui aspetos físicos, sociais, psicológicos e funcionais do bem-estar de indivíduos, logo implica um modelo compreensivo da saúde subjetiva.⁹ O instrumento de avaliação da QV criado pela Organização Mundial de Saúde, permite avaliar quatro Domínios da QV, sendo eles o Domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, sendo que o Domínio Físico integra questões relacionadas com a saúde física da pessoa (dor/desconforto, fadiga/energia, sono/repouso, mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicamentos ou tratamentos, e capacidade para o trabalho), o Domínio Psicológico inclui questões relacionadas com a saúde psicológica (sentimentos, pensamentos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças), o Domínio Social incorpora questões de ordem social (relações pessoais, suporte social, e atividade sexual) e o Domínio do Meio Ambiente aborda questões relacionadas com o Ambiente onde vive (segurança física e proteção, Ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação, Ambiente Físico e transporte).¹⁰ Face a multidimensionalidade do

conceito de QV e a forma como pode ser percecionado na adolescência, importa estudar a forma como alguns fatores determinantes a podem influenciar, nomeadamente o impacto do consumo de álcool na QV, na saúde e no bem-estar.

OBJETIVO

Analisar a relação entre os domínios da QV e o consumo de álcool em adolescentes.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, correlacional e transversal, de abordagem quantitativa.¹¹ A colheita de dados foi efetuada entre setembro de 2011 e julho de 2012, em três escolas públicas estaduais do município de Jequié, Bahia, Brasil (BA). Os critérios de inclusão destas escolas foram previamente definidos: ter localização centralizada, ser considerada de grande porte, uma vez que estas fazem parte do maior pólo educacional da cidade de Jequié-BA que acolham o maior número de alunos provenientes de diversas localidades do município, assim como de outras cidades.

O cálculo da amostra foi feito através do software Epi Info, versão 3.5.3.0., que permitiu determinar o número de 272 participantes, a partir da população de 1161 adolescentes dessas escolas. No entanto, foi realizado um reajuste amostral de 20% devido a uma eventual perda de participantes, determinando-se uma amostra em 327 adolescentes disponíveis para participar neste estudo. Foi utilizada uma amostra sistemática, na qual foi feito um sorteio para a escolha dos atores sociais. Assim, os nomes dos participantes foram colocados >

por ordem alfabética e enumerados arabicamente do algarismo 1 ao 1161, e selecionados com base num intervalo amostral igual a 4. Foram ainda utilizados como critérios de substituição, a escolha do participante anterior ao intervalo pré-estabelecido e como segundo critério o participante posterior. Foram feitas 2 tentativas de procura para cada participante e os que não foram encontrados na referida ordem ficaram enquadrados na perda amostral. No final, verificou-se uma perda de 3,4% (n=11) da amostra, por motivo de recusa na participação (n=3) e por ausência nos dois momentos da colheita de dados (n=8), obtendo-se a amostra final de 316 adolescentes. A idade dos participantes, encontrava-se entre 13 e 19 anos, frequentavam o ensino médio nos turnos matutino e vespertino. Neste estudo utilizou-se a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que adolescentes são as pessoas que se enquadram na faixa etária entre 10 e 19 anos.¹²

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram o Questionário Sociodemográfico, o World Health Organization Quality of Life Survey - abbreviated version (WHOQOL-bref)¹³ para avaliar a QV e o The Alcohol Use Disorder Identification Test-C (AUDIT)¹⁴⁻¹⁵ para avaliar o consumo de bebidas alcoólicas.

O WHOQOL-bref foi validado para português do Brasil, tendo-se verificado que apresentava características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente, assim como fidedignidade através do teste-reteste.¹³ O WHOQOL-bref é composto por 26 perguntas e estruturado em 4 Domínios: Físico, psicológico, relações sociais e meio Ambiente. As questões do WHOQOL-bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade ("nada" a "extremamente"), capaci-

TABELA 1	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ADOLESCENTES	
Variável sociodemográfica	n(%)
Sexo	
Masculino	138(43,7)
Feminino	178(56,3)
Idade	
13-15	131(41,5)
16-17	146(46,2)
18-19	39(12,3)
Raça	
Branca	70(22,2)
Negra	105(33,2)
Parda	141(44,6)
Escolaridade	
1º ano do ensino médio	176(55,7)
2º ano do ensino médio	85(26,9)
3º ano do ensino médio	55(17,4)
Turno de Estudo	
Matutino	187(59,2)
Vespertino	129(40,8)

dade ("nada" a "completamente"), frequência ("nunca" a "sempre") e avaliação ("muito insatisfeito" a "muito satisfeito", "muito ruim" a "muito bom").¹⁶

O Domínio Físico é constituído por questões relacionadas com a saúde física da pessoa (dor/desconforto, fadiga/energia, sono/repouso, mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicamentos ou tratamentos, e capacidade para o trabalho), o Domínio Psicológico apresenta questões relacionadas com a saúde psicológica (sentimentos, pensamentos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças), o Domínio Social inclui questões de ordem social (relações pessoais, suporte social, e atividade sexual) e o Domínio do Meio Ambiente é

composto por questões relacionadas com o Ambiente onde vive (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação, ambiente físico e transporte).¹⁶

Após a colheita de dados, estes foram inseridos no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS 25). As questões Q3, Q4 e Q26 por se apresentarem de forma negativa foram recodificadas do seguinte modo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). Domínio Geral (WDG) apresenta 2 itens (Q1 e Q2). O Domínio Físico (WD1) é constituído por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18), o Domínio Psicológico (WD2) tem 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26), o Domínio das Relações Sociais (WD3) apresenta 3 itens (Q20,

Q21, Q22) e o Domínio Ambiente (WD4) é formado por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25). Os cálculos destes Domínios fazem-se de acordo com as seguintes fórmulas: $WDG = \text{Sum.2}(Q1, Q2)$, $WD1 = \text{Sum.7}(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)$, $WD2 = \text{Sum.6}(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26)$, $WD3 = \text{Sum.3}(Q20, Q21, Q22)$, $WD4 = \text{Sum.8}(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)$. No final os resultados das facetas e Domínios do WHOQOL-Bref foram transformados numa escala de 0 a 100, através das seguintes fórmulas: $TWDG = ((WDG - 2)/8) \times 100$, $TWD1 = ((WD1 - 7)/28) \times 100$, $TWD2 = ((WD2 - 6)/24) \times 100$, $TWD3 = ((WD3 - 3)/12) \times 100$ e $TWD4 = ((WD4 - 8)/32) \times 100$.¹⁶ As pontuações de cada Domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV.^{11,14}

Na análise da consistência interna de cada domínio, calculada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* obteve-se para o Domínio Físico $\alpha = 0,721$, Domínio Psicológico $\alpha = 0,584$, Domínio Relações Sociais $\alpha = 0,547$ e Domínio Relações Sociais $\alpha = 0,746$. A escala global apresentava $\alpha = 0,847$. Os Domínios Psicológico e Relações Sociais apresentavam valores, de fiabilidade interna, sofríveis.¹⁷

O *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), aborda o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências nos últimos 12 meses, é composto por 10 pergun-

tas que incluem três itens sobre o uso de álcool, quatro sobre a dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo. Cada questão tem uma margem de resposta de 0 a 4, podendo apresentar uma pontuação final de 0 a 40 pontos. O AUDIT oferece a magnitude do risco (se o indivíduo é dependente ou se faz uso abusivo, por exemplo) e sugestões de encaminhamentos de acordo com a pontuação obtida. Valores mais altos correspondem a maior risco de dependência.¹⁴⁻¹⁵

As estatísticas descritivas foram relatadas através de frequência, percentagem, nas variáveis categóricas e média e desvio padrão nas variáveis contínuas. O Teste de correlação de Spearman foi calculado para verificar a associação entre as pontuações do AUDIT e os domínios do WHOQOL-bref. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Esta pesquisa foi desenvolvida tendo em conta os princípios explanados na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas em seres humanos, para que seja garantida a observância dos princípios éticos durante todo o processo de investigação. Neste sentido, a colheita de dados foi feita após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), protocolo nº 146/2010. Os adolescentes, assim como, os pais e/ou responsáveis, antes de iniciar a colheita de dados assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido após informação sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios deste estudo.

RESULTADOS

A maioria dos adolescentes deste estudo era do sexo feminino (56,3%, $n=178$) e afrodescendentes (negros e pardos) (77,8%, $n=246$), a distribuição das idades variou entre os 13 e os 19 anos, com uma média de idades de 15,92 ($\pm 1,26$) anos. A maior parte dos participantes estava matriculada no 1º ano do ensino médio (55,7%, $n=176$) e estudava no turno matutino (59,2%, $n=187$).

Tabela 1.

No respeitante ao risco face ao consumo de álcool, os resultados demonstram que 14,6% apresentavam um nível baixo, 66,1% apresentavam um risco baixo a moderado (risco), 17,4% um nível moderado (nocivo) e 1,9% um nível elevado (dependência). **Tabela 2.**

Quando se compararam os estudantes de baixo risco com os restantes verificaram-se diferenças estatisticamente significativas a nível da QV geral, domínio psicológico e domínio das relações sociais (**tabela 3**).

A nível do estudo correlacional verificou-se uma associação moderada positiva e estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e a percepção da QV nos domínios psicológico e baixa positiva com o domínio das relações sociais. Também se verificam relações positivas, estatisticamente

TABELA 2

RESULTADO DO AUDIT, NÍVEL DE RISCO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

AUDIT	Nível de Risco (Problema)	Frequência (n)	Percentagem (%)
0-7	Baixo (abstinência ou consumo baixo risco)	46	14,6
8-15	Baixo a moderado (consumo de risco)	209	66,1
16-19	Moderado (consumo nocivo)	55	17,4
20-40	Elevado (provável dependência)	6	1,9
Total		316	100,0

significativas, entre a escala geral e as subescalas da QV, destacando-se os domínios, físico e do ambiente em que a relação é forte, ou seja, quanto maior a percepção da QV no aspeto físico (por exemplo, mais energia e capacidade para o trabalho) e no aspeto ambiental (por exemplo percepção de segurança física) melhor a percepção da QV em geral (tabela 4).

DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo revelam que a amostra estudada, caracteriza-se por adolescentes do sexo feminino (56,3%), afrodescendentes (77,8%) e com uma média de idade de 15,9 anos. Os dados do estudo apontam, relativamente ao consumo de álcool, que 14,6% dos participantes apresentavam um nível baixo de consumo de álcool, 66,1% apresentavam risco baixo a moderado de consumo de álcool, 17,4% estão no escalão moderado, o que representa um consumo de álcool nocivo e 1,9% encontra-se no escalão de nível elevado de consumo de álcool, o que corresponde a provável dependência alcoólica. Estes resul-

tados, são aproximados aos dados de um estudo realizado com 250 adolescentes (idades entre 14 e 17 anos) do município de Araraquara, que teve o objetivo de estimar a confiabilidade do AUDIT.¹⁸ Outro estudo com 220 adolescentes (idades entre 12 e 19 anos) de Minas Gerais, o consumo foi ligeiramente mais elevado, sendo que, 45,9% destes adolescentes estão no nível de baixo risco, 40% em alto risco e 14,1% no nível de provável dependência. Estas diferenças poderão estar relacionadas com alguns fatores socioculturais e familiares pois neste estudo encontraram-se como fatores relacionados os fatores socioambientais, sociodemográficos, da relação social com a comunidade e o fator religioso.¹⁹ Estes valores de comportamento face ao álcool (moderado e nocivo) contrastam com o reconhecimento que o álcool é um problema em grande parte dos jovens com uma média de idade e distribuição de género aproximados.⁶ Quando se compara a percepção da QV entre os estudantes de baixo risco com os restantes, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala geral

da QV, e nos domínios psicológico e relações sociais. O que significa que os adolescentes de baixo risco (nível de risco AUDIT) apresentam uma melhor percepção da QV no geral e nos domínios psicológico e relações sociais. Alguns estudos mostram que comportamentos pouco saudáveis, como o consumo de bebidas alcoólicas, parecem afetar negativamente a QV de jovens.²⁰⁻²¹

Goldberg, e colaboradores em 2002 salientaram que, apesar de os jovens terem conhecimento sobre os riscos que pode envolver o consumo do álcool, este consumo pode estar influenciado pela expectativa de sentir prazer e bem-estar.²² Outros autores relacionam esse consumo à necessidade de ser aceite pelo grupo de amigos e de melhorar as relações sociais. A socialização com os pares é essencial no desenvolvimento da identidade dos adolescentes assim, o álcool surge espontaneamente como parte das atividades sociais onde eles interagem.²³

Os adolescentes interiorizam a noção de que a relação com as bebidas alcoólicas constitui-se como um processo de aprendiza-

TABELA 3

RESULTADOS DO TESTE T-STUDENT PARA AMOSTRAS INDEPENDENTES, PARA COMPARAÇÃO DA ESCALA GERAL E SUBESCALAS DO WHOQOL-BREF ENTRE OS ESTUDANTES DE BAIXO RISCO COM OS RESTANTES

Qualidade de vida	AUDIT 10	n	Média	Desvio Padrão	T teste	p-value
Geral	Sem risco (≤ 7)	46	65,4891	20,78073	-2,249	0,025
	Com risco (≥ 8)	270	71,4815	15,92500		
Físico	Sem risco (≤ 7)	46	69,0217	14,79364	-0,915	0,361
	Com risco (≥ 8)	270	71,1243	14,33714		
Psicológico	Sem risco (≤ 7)	46	28,2609	10,05053	-2,574	0,011
	Com risco (≥ 8)	270	32,2531	9,66662		
Relações Sociais	Sem risco (≤ 7)	46	73,1884	21,14858	-2,060	0,040
	Com risco (≥ 8)	270	78,5185	15,24164		
Ambiente	Sem risco (≤ 7)	46	55,9103	16,36747	-0,836	0,404
	Com risco (≥ 8)	270	58,0671	16,13785		

TABELA 4

CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE O AUDIT-C E A ESCALA GERAL E SUBESCALAS DO WHOQOL-BREF

AUDIT-C/ WHOQOL-bref	1	2	3	4	5
2. Geral	0,089				
3. Físico	0,067	0,565**			
4. Psicológico	0,238**	0,271**	0,258**		
5. Relações Sociais	0,114*	0,195**	0,241**	0,385**	
6. Ambiente	0,067	0,539**	0,502**	0,176**	0,206**


Legenda: *p<0,05, **p<0,001

gem e posteriormente relacionam o consumo de bebidas alcoólicas com a intenção de ficarem alegres e se divertirem.²⁴ Por outro lado, numa perspetiva mais compreensiva observa-se que o consumo de substâncias psicoativas está relacionado com uma necessidade de identificação e partilha de um código cultural comum que une os adolescentes às experiências de consumo e os seus significados.²⁵ Estes estudos podem explicar os nossos resultados em que é verificado a relação do consumo de álcool com uma melhor perceção de QV nos domínios relações sociais e psicológico (procura de bem-estar).

CONCLUSÕES

Os adolescentes de baixo risco (nível de risco AUDIT) quando comparados com os restantes apresentam uma melhor perceção da QV no geral e nos domínios, psicológico e relações sociais. No entanto observamos que uma melhor perceção da QV nos domínios psicológico e

social, está associada um maior consumo de bebidas alcoólicas. São escassas as informações sobre a associação do comportamento de consumo de bebidas alcoólicas, com o domínio da QV desta população. Considerando a relevância das experiências de consumos de drogas psicoativas durante a adolescência e as possíveis consequências na QV, o avanço do conhecimento sobre este grupo de risco pode ser útil para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e da QV destes jovens. É um desafio trabalhar com os adolescentes, compreendê-los e motivá-los a aderir a programas no âmbito da prevenção e da redução de riscos e minimização de danos. Os resultados mostram que as ações preventivas e educacionais, deverão alertar os adolescentes quanto ao uso nocivo de bebidas alcoólicas e ao seu impacto sobre a saúde. A escola continua a ser um dos locais mais importantes na prática educativa dos adolescentes, neste contexto poderá ser o melhor

espaço para se prevenir problemas relacionados com consumos de bebidas alcoólicas e promover a QV. Sugere-se que os enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos em programas de saúde escolar, desenvolvam um trabalho entre os educadores, adolescentes e familiares, estimulando-os a trabalhar em conjunto e a formarem uma rede de informação promotora de literacia para a saúde, integrando na sua ação, esta compreensão que a aproximação dos contextos de risco, a vontade de experimentar e a identificação de grupo, são características comuns nesta população. Futuramente, outras pesquisas devem ser realizadas, nomeadamente compreender a relação da perceção dos adolescentes sobre a sua QV e como esta está associada aos consumos e a relação com os fatores socio culturais e familiares. Nesta perspetiva, abre-se um campo de investigação sobre os jovens que permanecem mais tempo em casa, na internet e a sua relação com o álcool. 



Referências

1. Alarcão M. (Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática. Coimbra: Quarteto, 2006.
2. Cordeiro M. Os nossos adolescentes e a droga. Realidades, Mitos, Verdades e Estratégias. Lisboa: Esfera dos Livros, 2016.
3. Moreira R. Consumo de substâncias na adolescência. In P. Monteiro (Ed.), Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda, 2014: 359-82.
4. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções. Serviço das Publicações da União Europeia. Luxemburgo, 2017.
5. MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J, et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 5;10:CD009927. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>.
6. Hockenberry M, Wilson D. WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2014. ISBN 978-989748-004-1.
7. Raiser, J, Steclan, C. Auto Percepção da Qualidade de Vida em Escolares Adolescentes. *Rev Saúde Meio Ambiente*, 2017, 6 (1): 43-53.
8. Rosa A, Loureiro L, Sequeira C. Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: Um estudo com adolescentes portugueses. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. [Internet]. 2018 Nov [citado 2019 Jul 31], (spe6):31-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0210>.
9. Agathão, B, Reicheneim, M, Leite de Moraes, C. Health-related quality of life of adolescent students. *Cien Saude Colet*. 2018, 23(2):659-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>
10. Vaz Serra, A, Canavarro, M, Simões, M, Perreira, M, Gameiro, S, Quartilho, M, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatr clín*. 2006, 27 (1):41-9.
11. Lima DVM. Research design: a contribution to the author. *Online Braz J Nurs*. 2011, 10(2). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361441674011>
12. WHO. Child and adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2004.
13. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev saúde pública*. 2000,34:178-83.
14. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions, 2005.
15. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:591-6
16. Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões M, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, Rijo D, Carona C, Paredes T. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatr clín*. 2006;27(1):41-9.
17. Nunnally JC. Bernstein. IH. Psychometric theory. New York: Mc Graw-Hill, inc,1994.
18. Mattara FP, Ângelo PM, Faria JB, Campos JA. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog* 2010;6(2):296-314. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200005&lng=pt&lng=pt.
19. Leopoldo ML, Santos SM, Almeida MA, Estigarribia MI. Adolescentes escolares e o consumo de álcool nos assentamentos urbanos Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev Interações*. 2013, 9(25): 125-150. Disponível em: <https://doi.org/10.25755/int.2855>
20. Vella SA, Cliff DP, Magee CA, Okely AD. Sports participation and parent-reported health-related quality of life in children: longitudinal associations. *J Pediatr*. 2014 Jun 1;164(6):1469-74
21. Lim WY, Subramaniam M, Abdin E, He VY, Vaingankar J, Chong SA. Lifetime and twelve-month prevalence of heavy-drinking in Singapore: Results from a representative cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013;13:992. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-992>.
22. Goldberg JH, Halpern-Felsher BL, Millstein SG. Beyond invulnerability: the importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychol*. 2002 Sep;21(5):477-84. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED464311.pdf>.
23. Matos M. Adolescência e seus contextos: o estudo HBSC/OMS. In M. G. Matos (Coord.) Consumo de substâncias: estilo de vida? à procura de um estilo?. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2008.
24. Carapinha L, Calado V, Lavado E, Dias L, Ribeiro C. Os Jovens, o Álcool e a Lei: Consumos, atitudes e legislação. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2014.
25. Carvalho M, Bernardo M. O significado do uso de drogas no discurso de jovens consumidores portugueses. *Health and Addictions / Salud y Drogas*. 2012, 12(2): 227-252.