UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ANDREA RUZZI PEREIRA

“Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção”

Ribeirão Preto

2015

ANDREA RUZZI PEREIRA

“Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção”

Ribeirão Preto
2015

ANDREA RUZZI PEREIRA

“Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção”

Tese apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ruzzi-Pereira, Andrea
Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG.: fatores de risco e de proteção. Ribeirão Preto, 2015.
114 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comundade.
Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira.

1. Adolescentes. 2. Drogas de Abuso. 3. Autoestima. 4. Apoio Social. 5. Poder familiar.

Nome: RUZZI PEREIRA, Andrea

Título: Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas.
Sub-área: Saúde na Comunidade

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

Ao Paulo, com amor e admiração, por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo desses 18 anos e, agora, na elaboração deste trabalho.

Ao pequeno Augusto, com amor e carinho, que mesmo sem compreender a necessidade da minha ausência, me deu forças para não desistir e me lembra a todo instante que ir além sempre vale à pena.

À vó Cida (na memória) que acompanhou o início desta jornada, mas que agora me empresta sua luz lá de cima.

Ao Professor Jair, por ter acreditado mais uma vez em mim, pelos 10 anos de parceria.

AGRADECIMENTOS

Neste momento em que me deparo com o final deste trabalho e reflito sobre o caminho percorrido percebo o quanto (e quantos!) tenho a agradecer.

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos por me orientar com tanto afeto e dedicação e por tornar possível meu crescimento na jornada acadêmica.

À Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura por tantas contribuições em toda a minha formação (sempre presente!), e pelas valiosas contribuições na Banca do meu Exame de Qualificação, que possibilitaram a melhoria deste trabalho.

À Profa. Dra. Ana Cláudia Pinto, que desde a minha formação tem contribuído para o meu crescimento e agora como colega de trabalho sempre afetuosa e assertiva. Obrigada por todas as contribuições, inclusive as da Banca do meu Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava pela sensibilidade nas valiosas contribuições na Banca do meu Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Maria de Fátima Aveiro Colares pelo carinho no percurso para a defesa deste trabalho.

À Secretaria de Educação e Cultura de Uberaba, às escolas municipais e os professores que de alguma forma participaram e autorizaram a realização da pesquisa viabilizando-a. Agradeço a receptividade e a disponibilidade que dispensaram a mim e à equipe de coleta de dados.

Aos docentes, técnicos administrativos e colegas da UFTM, em especial do Curso de Terapia Ocupacional, que de alguma forma contribuíram nessa jornada. Agradeço particularmente a Erika (Renata) Trevisan pelo apoio ácido bem humorado.

Aos docentes, técnicos administrativos e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, onde tive a oportunidade de realizar o mestrado e, agora, o doutorado. Muito obrigada pela formação em pesquisa a partir de um campo tão especial.

Às minhas alunas e ex-aluno (atual colega) que integraram a equipe de coleta de dados deste estudo: Eduardo, Bárbara, Flávia, Bruna e Taysa. Um agradecimento especial ao Eduardo, que acreditou que seria possível e abraçou o trabalho. Vocês foram demais, equipe!

As minhas colegas de estudo Patrícia Barbieri e Iahel Manon pelo apoio e presença. E ao apoio virtual das amigas Ana Paula Biancolino e Adriana Batista. Vocês não imaginam o quanto me ajudaram!

À minha família, todos. Cada um à sua maneira, sempre me incentivando a batalhar pelos meus objetivos. Em especial à minha mãe e ao meu pai, por possibilitarem que eu me tornasse quem hoje eu sou; pela Mariana, que veio ao mundo para me forçar a ser uma pessoa melhor, que me dá forças para desejar ser exemplo; ao Paulo, meu irmão, e sua família pelo apoio. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao Paulo e ao Augusto, mais uma vez e sempre. Pela paciência e tolerância nas minhas ausências. Agradeço pelo amor, respeito, pela força, carinho, apoio e copos de água sempre presentes. Com certeza sou muito abençoada por ter vocês na minha vida.

Aos participantes deste estudo que possibilitaram a sua realização. Por acreditarem, de alguma maneira, que sua concretização poderia contribuir com a juventude e compartilharam um pouquinho de suas visões sobre o universo adolescente.

Epígrafe

Às vezes abro a janela e encontro o jasmineiro em flor.
Outras vezes encontro nuvens espessas.
Avisto crianças que vão para a escola.
Pardais que pulam pelo muro.
Gatos que abrem e fecham os olhos, sonhando com pardais.
Borboletas brancas, duas a duas, como refletidas no espelho do ar.
Marimbondos que sempre me parecem personagens de Lope de Vega.
Ás vezes, um galo canta.
Às vezes, um avião passa.
Tudo está certo, no seu lugar, cumprindo o seu destino.
E eu me sinto completamente feliz.
Mas, quando falo dessas pequenas felicidades certas,
que estão diante de cada janela, uns dizem que essas coisas não existem,
outros que só existem diante das minhas janelas, e outros,
finalmente, que é preciso aprender a olhar, para poder vê-las assim.

Cecília Meireles

RESUMO

Ruzzi Pereira, A. **Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção.** 2015. 114 f.. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

OBJETIVOS GERAIS: Avaliar a prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas públicas municipais de Uberaba – MG. OBJETIVOS ESPECÍFICOS - descrever e analisar: o estilo parental adotado pelos pais dos adolescentes, de acordo com a percepção do responsável participante; o estilo parental adotado pelos pais e mães, de acordo com a percepção dos adolescentes; a autoestima dos adolescentes; o apoio social percebido pelos adolescentes; verificar se há correlação entre estilo parental, autoestima, apoio social e problemas associados ao uso de drogas entre os adolescentes participantes da pesquisa. METODOLOGIA: Pesquisa transversal, descritiva correlacional de abordagem quantitativa. O estudo envolveu 685 participantes, sendo 347 adolescentes, de ambos os sexos, alunos do 8° e 9° anos do ensino fundamental de escolas municipais de Uberaba-MG e 338 responsáveis por esses adolescentes. A coleta de dados ocorreu em 2013, por meio dos instrumentos: DUSI - Drug Use Screening Inventory; Escala de Autoestima de Rosenberg; Escalas de Exigência e Responsividade Parental versões para adolescentes e para pais e/ou responsáveis; Critério de Classificação Econômica Brasil; e Social Support Appraisals (SSA- REDUZIDA). As variáveis dependentes são todas do tipo ordinal, sendo realizados testes e medidas de correlação do tipo Não Paramétrico. RESULTADOS: A maioria dos participantes eram meninas de 14 anos (38,62%). Os adolescentes relataram uso de várias substâncias, com maior uso de: álcool (52,9%), tabaco (10,08%), tranquilizantes (6,15%) anfetaminas (4,25%), e maconha (3,46%) nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. O estilo parental predominante adotado pelos pais/responsáveis foi o autoritativo, mas a percepção que os pais têm sobre ele não tem associação com a prevalência e com os problemas relacionados ao uso de drogas. O estilo autoritativo também predominou na percepção dos filhos. O estilo parental materno tem associação com o uso de drogas pelos filhos, sendo os estilos permissivos e negligentes mais associados ao uso de álcool combinado com drogas ilícitas; o autoritário e o autoritativo tem o maior número de filhos abstêmios, mas parece associar-se ao uso de drogas ilícitas. Os pais e as mães são mais exigentes com filhos mais jovens, o que é um fator de proteção ao uso de substâncias. O apoio social de todas as fontes analisadas é percebido como muito baixo pelos participantes, sendo os professores a melhor fonte e a família a que provê menor apoio. Os adolescentes têm em sua maioria autoestima positiva, mas não há correlação entre autoestima e o risco do uso de drogas, o que sugere que adolescentes com autoestima positiva e negativa estão igualmente suscetíveis ao uso e abuso delas. CONCLUSÃO: reforça-se a necessidade de que as políticas públicas sobre drogas sejam realmente efetivadas e que haja um trabalho para compreensão de que não há quantidade segura para o uso por adolescentes; que o álcool é a droga de acesso às outras substâncias, mas por si só já é a droga que mais traz prejuízos físicos, psíquicos e sociais.

Palavras-chave: Adolescente. Drogas de Abuso. Autoestima. Apoio Social. Poder familiar

ABSTRACT

Ruzzi Pereira, A. **Prevalence of alcohol and other drugs among students public schools of Uberaba-MG: risk and protective factors.** 2015. 114 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

GENERAL OBJECTIVE: To evaluate the prevalence of problems related to alcohol and other drugs among students in 8th and 9th grades of elementary education of public school in Uberaba - MG. SPECIFIC OBJECTIVES–To describe and analyze: the parenting style adopted by the parents of the adolescents, according to the perception of these parents; the parenting style adopted by parents, according to the adolescents' perception; the self-esteem of adolescents; the social support perceived by the adolescents; as well as check for correlation between parenting style, self-esteem, social support and problems associated with drug use among the study adolescents participants. METHODS: Cross-sectional correlational descriptive study of quantitative approach. The study involved 685 participants, 347 adolescents of both sexes, from 8th and 9th years of elementary education at public schools in Uberaba-MG and 338 responsible for these adolescents. Data collection took place in 2013, through the instruments: DUSI - Drug Use Screening Inventory; Rosenberg Self-Esteem Scale; Scales Exigency and Responsiveness Parental versions for teenagers and parents and / or guardians; Economic Classification Criterion Brazil; and Social Support Appraisals (SSA-LOW). The dependent variables are all the ordinal type and tests and measures correlation were performed by nonparametric tests. RESULTS: Most of the participants were girls 14 years old (38.62%). Adolescents reported use of various substances in the 30 days preceding the survey: alcohol (52.9%), tobacco (10.08%), tranquilizers (6.15%) amphetamines (4.25%), and marijuana (3.46 %). The predominant parental style adopted by parents / guardians was authoritative, but the perception that parents have about it is not associated with the prevalence and problems related to drug use. The authoritative style also prevailed in the perception of children. The maternal parenting style is associated with drug use by children, and the permissive and neglectful styles most associated with the use of alcohol combined with illicit drugs; the authoritarian and authoritative has the largest number of abstainers children, but appears to be associated with the use of illicit drugs. Parents are more demanding with younger children, which is a protective factor against substance use. Social support is perceived as too low by the participants, the best source being teachers. Family provides the lowest support. Teenagers have mostly positive self-esteem, but there is no correlation between self-esteem and the risk of drug use, suggesting that adolescents with positive self-esteem and negative are also susceptible to the use and abuse them. CONCLUSION: it is reinforced the need for really effective public policies on drugs and the facts that there is a long path to understanding that there is no safe amount of drugs for use by adolescents; that alcohol promotes access to other substances, but by itself is the drug that brings more physical, psychological and social damage.

Keywords: Adolescent. Street Drugs. Self Concept. Social Support. Parenting.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes: escola por gênero e por grupo etário 52
Tabela 2 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por gênero..... 53
Tabela 3 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por ano escolar 53
Tabela 4 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por classificação econômica..... 54
Tabela 5 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por nível de escolaridade do chefe de família..... 54
Tabela 6 - DUSI: Escala de Mentira por grupo etário..... 55
Tabela 7 - DUSI: Escala de Mentira por grupo etário no gênero masculino..... 55
Tabela 8 - DUSI: Escala de Mentira por grupo etário no gênero feminino..... 56
Tabela 9 - DUSI: Escala de Mentira por gênero 56
Tabela 10 - Uso de álcool por idade..... 57
Tabela 11 - Associação do uso do álcool e o uso de outras drogas 58
Tabela 12 - Uso do álcool e não associação ao uso de outras drogas 59
Tabela 13 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas 60
Tabela 14 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por gênero 61
Tabela 15 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por grupo etário..... 61
Tabela 16 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por classificação econômica 62
Tabela 17 - Problemas com o uso de álcool e drogas ilícitas (área 1) e gênero 62
Tabela 18 - Classificação econômica (CCEB) por problemas com o uso de álcool e drogas ilícitas (área 1) 62
Tabela 19 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas e desempenho escolar 63
Tabela 20 – Autoestima por gênero..... 64
Tabela 21 – Autoestima por grupo etário 64
Tabela 22 – Autoestima por classificação econômica..... 64
Tabela 23 - DUSI e autoestima Rosenberg 65
Tabela 24 - SSA por categoria de análise 66
Tabela 25 - SSA categoria professores..... 66
Tabela 26 - SSA categoria outros..... 66
Tabela 27 - SSA categoria amigos 66
Tabela 28 - SSA categoria família..... 66
Tabela 29 - Apoio social global..... 66
Tabela 30 - Apoio social por grupo classificação econômica 67
Tabela 31 - Apoio social por gênero 67
Tabela 32 - Apoio social por grupo etário..... 67

Tabela 33 - Estilo parental de acordo com a percepção dos pais 68
Tabela 34 - Estilo Parental Materno – percepção dos filhos 68
Tabela 35 - Estilo Parental Paterno – percepção dos filhos 68
Tabela 36 - Exigência parental por gênero 68
Tabela 37 - Exigência parental por grupo etário 68
Tabela 38 - Exigência parental por grupo classificação econômica 68
Tabela 39 - Responsividade parental por gênero 69
Tabela 40 - Responsividade parental por grupo etário 69
Tabela 41 - Responsividade parental por classificação econômica 69
Tabela 42 - Exigência materna (percepção dos filhos) por grupo etário 69
Tabela 43 - Exigência materna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica 70
Tabela 44 - Exigência materna (percepção dos filhos) por gênero 70
Tabela 45 - Responsividade materna (percepção dos filhos) por gênero 70
Tabela 46 - Responsividade materna (percepção dos filhos) por grupo etário 70
Tabela 47 - Responsividade materna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica 70
Tabela 48 - Exigência paterna (percepção dos filhos) por grupo etário 71
Tabela 49 - Exigência paterna (percepção dos filhos) por gênero 71
Tabela 50 - Exigência Paterna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica 71
Tabela 51 - Responsividade paterna (percepção dos filhos) por gênero 71
Tabela 52 - Responsividade paterna (percepção dos filhos) por grupo etário 72
Tabela 53 - Responsividade paterna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica 72
Tabela 54 – Área 1 DUSI e Estilo Parental 72
Tabela 55 – Área 5 DUSI e Estilo Parental 72
Tabela 56 – Área 6 DUSI e Estilo Parental 73
Tabela 57 – Área 9 DUSI e Estilo Parental 73
Tabela 58 - Apoio social e áreas do DUSI 73
Tabela 59 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estilo parental (percepção dos pais) .. 74
Tabela 60 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estilo parental paterno (percepção dos filhos) 74
Tabela 61 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estilo parental materno (percepção dos filhos) 75
Tabela 62 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria família 75
Tabela 63 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria professores 76
Tabela 64 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria amigos 76

Tabela 65 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria outros 76

LISTA DE SIGLAS

CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
DUSI	Drug Use Screening Inventory
EM	Escala de Mentira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
SEMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SNC	Sistema Nervoso Central
SSA	Social Support Appraisals
SPA	Substâncias Psicoativas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
1.2 Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência 24
1.2.1 Autoestima ..... **Erro! Indicador não definido.**1
1.2.2 Estilos e Práticas Parentais 322
1.2.3 Apoio e Rede Social 35
2 JUSTIFICATIVA 38
3 OBJETIVOS 39
3.1 OBJETIVO GERAL 39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 39
4 METODOLOGIA 40
4.1 Participantes 40
4.2 Local 41
4.3 Instrumentos de Medida 42
4.3.1 DUSI -Drug Use Screening Inventory (Anexo D) 42
4.3.2 Escala de Autoestima De Rosenberg (Anexo E) 43
4.3.3 Escalas de Exigência e Responsividade Parental (Anexo F) 44
4.3.4 Escalas de Exigência e Responsividade Parental (para pais e/ou responsáveis) (anexo G) 45
4.3.5 Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (anexo H) 45
4.3.6 Social Support Appraisals (SSA- REDUZIDA) (anexo I) 46
4.4. Procedimentos 47
4.4.1 Procedimentos éticos 47
4.4.2 Procedimentos para o estudo piloto 47
4.4.3 Procedimentos gerais de coleta de dados 49
4.4.4 Procedimento de coleta de dados junto aos responsáveis participantes 50
4.4.5 Procedimento de coleta de dados junto aos adolescentes 50
4.5 Procedimentos para Análise dos dados 50
5 RESULTADOS 52
6 DISCUSSÃO 77
7 CONCLUSÕES 89
REFERÊNCIAS 92
ANEXOS 101
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – PROTOCOLO 2303/2012 102

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – PROTOCOLO 2440/2012 103

ANEXO C – APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO 104

ANEXO D - DUSI -DRUG USE SCREENING INVENTORY 105

ANEXO E - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG 109

ANEXO F - ESCALAS DE EXIGÊNCIA E DE RESPONSIVIDADE PARENTAL 110

ANEXO G - ESCALAS DE EXIGÊNCIA E RESPONSIVIDADE PARENTAL (PARA PAIS E/OU RESPONSÁVEIS) 111

ANEXO H - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL 112

ANEXO I - VERSÃO BRASILEIRA DO SOCIAL SUPPORT APPRAISALS (SSA-REDUZIDA) - 113

APÊNDICES 114

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃ DO ADOLESCENTE 115

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS 117

APÊNDICE C – CONTATO INICIAL COM A DIRETORA DA ESCOLA OU SUPERVISORA DE ENSINO: 118

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA O CONVITE DOS ADOLESCENTES – VISITA EXPLICATIVA 119

APÊNDICE E - ORIENTAÇÕES AOS PARTICIPANTES “PRÉ COLETA” DE DADOS 120

APRESENTAÇÃO

A ideia de realizar a presente pesquisa se deu a partir de projetos de extensão e pesquisa conduzidos por mim durante minhas atividades como docente na Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. Nesse contexto, também era responsável pela supervisão do estágio curricular em infância e adolescência e orientava estágios em comunidades terapêuticas voltadas para a reabilitação de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Desta forma, o convívio com adolescentes já em uso abusivo de substâncias me fez pensar que seria necessário um estudo para que se pudesse verificar formas de ajudar esta população antes de chegarem à dependência química.

Destarte, o presente estudo aborda a temática do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes a partir do estudo da prevalência do uso de tais substâncias entre estudantes das séries finais do segundo ciclo do ensino fundamental (oitavo e nono anos) de escolas públicas municipais da cidade de Uberaba – MG, bem como potenciais fatores de risco e de proteção a eles relacionados, em âmbito individual, familiar e do contexto escolar e de amizades.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência e o uso de drogas

A adolescência é um período do desenvolvimento em que ocorrem mudanças físicas, mentais e sociais. Nesta fase, pequenas mudanças podem impactar no resto da vida toda (DANIELSSON et al., 2010; MURPHY et al., 2013; SILVA; PADILHA, 2011). É, também, uma época de descoberta e experimentação, quando uma grande quantidade de pessoas usa o álcool e as outras drogas[1] pela primeira vez (MALTA et al., 2010; SMYTH; KELLY; COX, 2011), podendo continuar o consumo dessas substâncias ao longo da vida ou não.

O uso de drogas durante a adolescência pode prejudicar o desenvolvimento normal do adulto e pode resultar em uso crônico e dependência, levando em longo prazo a problemas de saúde e morte precoce (CHARTIER; HESSELBROCK; HESSELBROCK, 2010; GRUBER et al., 2012; SCHUPPAN; AFDHAL, 2008; TUCKER, 2009). O uso de tais substâncias durante essa fase da vida ocorre tipicamente no contexto de amizades, época em que o tempo que se passa com os amigos aumenta, ao passo que o tempo que se passa com os pais diminui, tornando o relacionamento com os pares o contexto social primário, o que influencia no desenvolvimento social (TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011).

Estudos demonstram que quanto mais precoce o início do uso e da experimentação, maiores os danos e os prejuízos ao longo da vida, como comportamento sexual de risco, problemas de saúde física e mental (DANIELSSON et al., 2010), comportamento violento e agressivo, vadiagem e abandono escolar e a uma série de comportamentos delinquentes e anti-sociais (TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011), bem como o risco de dependência dessas substâncias e do uso de múltiplas drogas (GALDURÓZ et al., 2010; LOPES et al., 2012; TUCKER, 2009).

Ademais, as bebidas alcoólicas são a primeira droga a ser usada. É social e amplamente aceita em nossa cultura, experimentada cada vez mais cedo, geralmente no contexto familiar, e têm sido identificadas como droga de acesso às drogas ilícitas e ao tabaco (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010; MALTA et al., 2011; SILVA; PADILHA, 2011; TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011).

---

[1] Neste estudo serão referidas drogas como sinônimo para substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, incluindo álcool e tabaco.

Além dos problemas citados, o consumo de qualquer droga pode originar uma série de danos à saúde física e psicológica, de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer e, ainda, podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes, que assumem comportamentos de risco, como envolverem-se mais em situações de violência e em acidentes de trânsito (LEWIS; HESSION, 2012), iniciar atividade sexual mais precocemente e realizar sexo não protegido, comportamento binge[2] e usar múltiplas drogas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a; CARLINI et al., 2010; MALTA et al., 2011; MALTA et al., 2014; MATOS et al., 2010). Prevenir ou retardar o início do uso de drogas pode reduzir o número de pessoas que precisarão de cuidados médicos; diminuir os custos para o sistema de saúde pública e despesas de saúde relacionadas. Além disso, pode diminuir o número de usuários de múltiplas substâncias, que tem sido mais fortemente associado ao aumento da mortalidade (TUCKER, 2009).

Vale ressaltar que é sabido que o uso de substâncias psicoativas (SPA) não é algo da atualidade e sim uma prática milenar e universal. A história do uso das drogas se mescla a própria história da humanidade, estando associado à cultura em cada contexto histórico e social (BERMÚDEZ-HERRERA et al., 2011; MATOS et al., 2010; SILVA; PADILHA, 2011). O consumo destas substâncias sempre aconteceu ao longo dos tempos, em todas as religiões e culturas, com finalidades específicas. Por meio delas, as pessoas buscam aumentar o prazer, diminuir o sofrimento, além de socialização ou até isolamento social (PASUCH; OLIVEIRA, 2014; MATOS et al., 2010; SOARES, et al., 2013). Porém, a preocupação com o uso tem crescido a partir da década de 1960, devido à forma como as pessoas passaram a consumir tais substâncias e o aumento o consumo pelos adolescentes (DIETZ et al., 2011; SILVA; PADILHA; 2011)

Droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzir alterações em seu funcionamento e desencadear a dependência (BRASIL, 2007; OMS, 2009).

As drogas atuam no cérebro de diferentes maneiras. As estimulantes fazem com que o cérebro funcione mais rapidamente, deixando-o em um estado de alerta exagerado. Provocam euforia e bem-estar, e consequente aumento da capacidade de trabalho. Como principais representantes desse grupo destacam-se o crack, a cocaína, o ecstasy e as anfetaminas. As drogas depressoras agem fazendo com que o Sistema Nervoso Central (SNC) funcione de

[2] No Brasil assume-se como consumo de risco para Homens: > 14 drinques por semana; para mulheres e para idosos > 7 drinques por semana e o comportamento binge para homens > 4 por ocasião e mulheres e idosos > 3 por ocasião, sendo considerado uma dose 12-15 gramas de álcool = 1 drinque padrão nos EUA/Brasil.

maneira mais lenta, provocando, assim, uma sensação de desligamento da realidade e de tranquilidade. São exemplos desse tipo de drogas o álcool, os barbitúricos e os tranquilizantes. Já as alucinógenas atuam perturbando o funcionamento cerebral. Não aceleram nem diminuem o ritmo do SNC, porém, são capazes de ocasionar ilusões, alucinações e delírios, acompanhados por relaxamento ou euforia. Alguns dos principais representantes desse grupo são o LSD, a maconha, o chá de lírio e o chá de cogumelos (SENGIK; SCORTEGAGNA, 2008).

Atualmente, o uso abusivo de tais substâncias constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, pois tal fenômeno atinge todas as idades, sexo e classes sociais, mas para alguns grupos específicos, como os adolescentes, a preocupação é maior devido aos anos eventualmente perdidos ou riscos a que eles se expõem (BENJET et al., 2014; BERMÚDEZ-HERRERA et al., 2011; KELLY et al., 2012; POKREL et al., 2013).

Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia esse uso (BRASIL, 2009; CARLINI et al., 2010; LOPES et al., 2012; MARQUES; CRUZ, 2010). Geralmente os adolescentes iniciam suas experiências com as drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco em seus ambientes familiares. Após, recorrem às ilícitas para aumentar o seu prazer, procurar outras emoções ou fugir de seus problemas (BARRETO et al., 2010; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a; CARLINI et al., 2010; JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; STONE et al., 2012).

Em 2011, o Monitoring the Future Study, dos Estados Unidos, trouxe dados acerca do uso e experimentação de substâncias por adolescentes. Em pesquisa realizada com alunos do oitavo ao décimo segundo ano, 20% dos alunos do oitavo ano, aproximadamente 38% dos alunos do décimo e 50% dos alunos do décimo segundo ano já haviam experimentado algum tipo de droga ilícita. Em relação aos jovens mais velhos, o uso de álcool foi relatado por 35,8% dos estudantes da 8ª, 58,2% da 10ª e 70% da 12ª série. O consumo de tabaco na vida foi relatado por 20% dos estudantes da 8ª, 33% da 10ª e 42,2% da 12ª série (JOHNSTON, 2011).

Stone et al. (2012) realizaram um estudo de revisão sobre marcadores de risco para o uso de substâncias psicoativas. Nessa revisão eles assinalam que os dados do National Survey on Drug Use and Health de 2007, também dos Estados Unidos, apontam para um grande número de pessoas com idade entre 18 e 26 anos que já fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse levantamento assinala que nessa etapa da vida ocorre uma rápida transição para um novo contexto social, que envolve maior liberdade e menor controle pelos

responsáveis do que no início da adolescência, concomitante com o aumento do uso e abuso de drogas (STONE et al., 2012).

No Reino Unido há uma preocupação crescente com os adolescentes, de maneira geral, mas em especial às meninas inglesas, como mostra o estudo de Armitage (2013), que verificou os padrões de uso de álcool entre escolares, em uma amostra com 1230 adolescentes com idade entre 11 e 18 anos e se esses padrões variavam de acordo com gênero e outras variáveis sócio-demográficas. No estudo, os participantes foram questionados sobre consumo de risco, comportamento binge e problemas com álcool, sendo considerado consumo de risco beber mais doses de álcool em uma semana do que o recomendado pelo Reino Unido (21 doses para mulheres e 28 para homens); comportamento binge - beber mais doses em uma única ocasião do que o recomendado (três doses para mulheres e quatro para homens); e para detectar os problemas com o álcool[3].

A pesquisa partiu de estudos anteriores, nos quais foi constatado que a Inglaterra é o país que mais consome álcool entre todos os países da União Europeia. Dados do estudo de Armitage (2013) apontam que as meninas têm apresentado um padrão de uso semelhante ao dos meninos, o que mostra o crescente consumo entre as meninas em relação à frequência e ao comportamento binge, e que meninos e meninas mais velhas consomem álcool em maior quantidade. De acordo com o estudo, essas informações são importantes para estimar a prevalência do consumo e de problemas relacionados ao uso cada vez mais precoce do álcool, o que pode fomentar programas de prevenção e políticas destinadas a essa população.

Perra et al. (2012) também relatam que as taxas de uso de drogas entre adolescentes britânicos é a mais alta entre os adolescentes da Europa; por isso, prevenir o uso por jovens é prioridade da saúde pública, devido às implicações sociais e para a saúde a longo prazo. O uso de SPA por adolescentes reforça as diferenças sócio-econômicas e os resultados na saúde durante a vida: a prevalência do uso é maior entre os jovens em desvantagem social e, frequentemente, o uso por adolescentes é fortemente associado ao uso pesado na idade adulta, morbi e mortalidade precoce.

Vários estudos têm relacionado o uso de álcool por adolescentes com o aumento de acidentes e morte por causas evitáveis relacionados nessa faixa etária. Além disso, quanto mais cedo iniciam o uso de drogas, mais cedo estão sujeitos a enfrentarem tais problemas

[3] Para tal detecção foi utilizado o questionário CAGE, pela rápida aplicação e por ser um instrumento válido para identificação clínica de tais problemas. No CAGE são feitas quatro perguntas. Um sim em qualquer uma delas já indica problemas relacionados ao álcool. São elas: 1) Cut down Você tentou **diminuir** a quantidade de bebidas alcoólicas que bebe? 2) Annoyed Você se sente **aborrecido(a)** porque as pessoas criticam a forma/ o quanto você bebe? 3) Guilt Você se sente **culpado(a)** porque as pessoas criticam a forma/quanto você bebe? 4) Eye opener Você precisa beber **logo de manhã** para se sentir melhor?

(BUCKLEY; CHAPMAN; SHEEHAN, 2012; CHARTIER; HESSELBROCK; HESSELBROCK, 2010; NOFFSINGER, 2012).

Em um estudo australiano realizado Buckley, Chapman e Sheehan em 2012, com adolescentes com idade entre 13 e 14 anos, alunos do nono ano de cinco escolas de ensino médio, verificou-se que o início da experimentação de substâncias entre adolescentes ocorre por volta de 10 a 12 anos de idade e o uso frequente a partir dos 14 anos. Esses adolescentes estão mais predispostos a acidentes e atividades sexuais desprotegidas. Dos adolescentes entrevistados 32% dos de 14 anos haviam bebido no mês da pesquisa, 26% usado maconha e 37% haviam se envolvido em brigas com violência física. Ainda, constatou-se que para cada morte de adolescente em acidente, haviam 12 hospitalizados e 641 emergências médicas que envolviam o uso de substâncias por parte da vítima ou do agressor/causador do acidente.

Outros estudos também têm mostrado a associação do uso de drogas com violência física. No estudo de Noffsinger (2012) ele verificou que o uso de qualquer tipo de droga está associado ao maior envolvimento em brigas que envolvem violência física. Ainda de acordo com este estudo, o homicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 24 anos nos Estados Unidos e a agressão física é a sexta causa de lesões não fatais nesse grupo. Nesse estudo eles encontraram que as brigas também estão associadas à menor monitoramento parental, a ser membro de gangue e ao comportamento binge.

Benjet et al. (2014) realizaram uma pesquisa para estimar a prevalência, distribuição por sexo, idade e associação com variáveis sócio-demográficas e qualquer uso de álcool, padrões de consumo e qualquer desordem relacionada ao uso de álcool, em uma amostra representativa de adolescentes que viviam na cidade do México, na área metropolitana. Os resultados obtidos mostraram que a bebida alcoólica é facilmente obtida pelos adolescentes jovens, seja em estabelecimentos formais ou informais de venda; que o comportamento de consumir bebida alcoólica por adolescentes é altamente influenciado por normas sócio-culturais e facilidade de acesso à bebida; e mais da metade da amostra (58,7%) usaram álcool alguma vez na vida, sendo que 15,1% foram considerados bebedores regulares.

Também no México, Jinez, Souza e Pillon (2009) realizaram um estudo para identificar fatores de risco e o uso de drogas entre os estudantes do ensino médio em Guanajuato, do qual participaram 695 estudantes. Nessa pesquisa os autores verificaram que, em relação às pesquisas nacionais realizadas em 1998 e 2002, houve aumento do uso experimental de álcool entre os adolescentes e o aumento do consumo entre as mulheres, embora ainda haja predomínio do uso no sexo masculino. Referem o uso de drogas como problema de saúde pública, enfatizando que as mesmas podem acarretar em problemas

físicos, psíquicos e sociais, além de gastos de recursos públicos frente às complicações a elas relacionadas, sobretudo em adolescentes, mesmo quando fazem uso experimental ou recreativo.

Em 2009 o Brasil, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, em parceria com o Instituto de Matemática da Universidade de São Paulo – IME-USP, realizou o Relatório Brasileiro sobre Drogas, uma fonte unificada de informações sobre drogas no país, cuja meta final era subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas setoriais nessa área. Esse documento reúne informações do I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados pela SENAD em 2001 e 2005, respectivamente sobre o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras em 2004; e sobre o I Levantamento Nacional sobre consumo de álcool na população brasileira, de 2007. Os levantamentos, entre outros pontos, abordam os riscos do consumo de tais substâncias. Em todos eles os resultados mostram que a população vem consumindo álcool cada vez mais cedo, em torno dos nove aos quatorze anos de idade, que as mulheres vêm aumentando o consumo de álcool e outras drogas, sendo que no caso do álcool já se igualaram a população masculina (BRASIL, 2009).

No Brasil, o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras (GALDURÓZ et al., 2004), realizado com 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio, nas 27 capitais brasileiras, apontou que 65,2% desses jovens já haviam consumido álcool alguma vez na vida, o que aponta um aumento de 1,1% em relação aos números obtidos nos levantamentos domiciliares de 2001 e 2005. De acordo com o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras, 48,3% dos adolescentes com idade entre 12 e 17 anos já consumiram bebida alcoólica alguma vez na vida e, destes, 14,8% bebem regularmente e 6,7% já são dependentes de álcool. Esse dado chama atenção para o álcool como a droga mais usada por adolescentes, que está precocemente exposto ao contato e pela facilidade ao acesso (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Em 2010, Carlini et al. realizaram 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, com 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular. As classes sociais predominantes foram C (34,2%) entre estudantes da rede pública e B (42,4%) na rede particular. Entre todos os

entrevistados, 25,5% dos estudantes referiram uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), com pequenas diferenças entre gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos de uso na faixa etária entre 10 e 12 anos. Para o uso no ano de qualquer droga (exceto álcool e tabaco), 9,9% dos estudantes da rede pública e 13,6% da rede pública referiram o uso. As drogas mais citadas pelos estudantes de toda a rede de ensino (pública e particular) foram bebidas alcoólicas (42,4%) e tabaco (9,6%) para uso no ano. Em relação às demais, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%). Os autores destacam o uso de energéticos em mistura com álcool (15,4%) referido para uso na vida e que o uso na vida de esteróides anabolizantes (1,4%), êxtase (1,3%) e LSD (1,0%) também merecem atenção, sendo a distribuição heterogênea entre as capitais.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (BRASIL, 2009), 17,2% dos indivíduos com idade entre 12 e 17 anos relataram ter feito uso de alguma droga ilícita pelo menos uma vez na vida, 7% já apresentavam dependência de álcool e 2,9% dependência de tabaco. A idade precoce de início do uso aumenta a vulnerabilidade ao abuso e dependência de substâncias.

O I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre Universitários das 27 capitais brasileiras, realizado pela SENAD em parceria com o Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da USP – IPQ/USP atenta para a população de universitários, que cada vez mais vem usando álcool em comportamento binge, com aumento também do uso de drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína, o ecstasy, entre outros (BRASIL, 2010a).

Estima-se que quase dois bilhões de pessoas no mundo fazem uso de bebidas alcoólicas, sendo esta a causa atribuível a 3,8% das mortes e 4,6% das doenças em todo o mundo, apontado o álcool como agente de mais de 60 tipos de doenças. Em relação às drogas ilícitas, há uma estimativa de que 172 a 250 milhões de pessoas que já usaram alguma substância ilícita, sendo a maconha a de maior consumo, seguida pelas anfetaminas, cocaína, opiáceos e ecstasy. Para o tabaco, estima-se que 25% da população adulta faça uso dessa substância (BRASIL, 2010a).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), no primeiro semestre de 2009 realizou a primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), na qual foram incluídos os escolares do nono ano (oitava série) do Ensino Fundamental em escolas públicas e privadas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Malta et al. (2014; 2011; 2010) e Barreto et al. (2010) relatam em algumas

publicações os resultados da PeNSE. Nesses relatos é possível verificar que 24,2% dos estudantes já experimentaram cigarro (tabaco) alguma vez na vida, não sendo observada diferença entre os sexos nos resultados, com maior frequência entre alunos de escolas públicas. O uso atual do cigarro foi observado em 6,3% dos alunos, com proporção levemente superior entre alunos de escolas públicas e sem diferença entre os sexos. A PeNSE revela, ainda, que 71,4% dos alunos já experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida, sendo maior a frequência entre as meninas e os alunos de escolas privadas. O consumo atual de bebida alcoólica foi de 27,3%, com frequência levemente superior entre alunos de escolas privadas. Alunos que já experimentaram droga ilícita alguma vez na vida somaram 8,7%, sendo o seu uso mais frequente entre meninos e alunos de escolas públicas.

No estudo de Giacomozzi et al. (2012) que investigou o uso de álcool e outras drogas e as vulnerabilidades relacionadas de estudantes de nove escolas públicas participantes do Programa Saúde do Escolar/Saúde e Prevenção nas Escolas no município de Florianópolis, foi verificado que 30,1% dos 789 participantes já usaram álcool; 20,1% o tabaco; 7% a maconha; 1,3% a cocaína; e 0,6% o crack. Os sujeitos eram alunos que cursavam entre o sétimo ano do ensino fundamental e o terceiro ano do ensino médio. Nesse estudo, os autores obtiveram que os estudantes que utilizavam álcool e outras drogas cabularam mais aulas, participaram mais de brigas, eram sexualmente mais ativos e declararam que se arriscaram mais frente ao HIV/Aids.

Cardoso e Malbergier (2014) avaliaram a relação de problemas escolares e o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas junto a 965 escolares adolescentes dos municípios de Jacareí e Diadema (SP), os autores obtiveram que 208 (22,6%) haviam feito uso exclusivo de álcool; 24 (2,6%) uso exclusivo de tabaco; 54 (5,9%) uso combinado de álcool e tabaco, mas não de drogas ilícitas; e 63 (6,9%) haviam usado alguma droga ilícita, podendo ter feito uso de álcool e/ou tabaco nos 30 dias anteriores a pesquisa. Nesse estudo verificou-se associação entre: o uso de substâncias e repetências dos anos escolares, falta de concentração, notas baixas, desejo de abandonar a escola, sentir-se entediado no ambiente escolar, não fazer os deveres, faltar/chegar atrasado e prejuízos acadêmicos decorrentes do uso de drogas.

Especificamente sobre o uso da cocaína e da maconha, ainda de acordo com Cardoso e Malbergier (2014), o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil mostrou que 2% dos adolescentes no Brasil fizeram uso de cocaína no último ano. Quase metade dos usuários adultos (45%) experimentou cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade. O Brasil é responsável por 20% do consumo mundial de cocaína/crack, sendo o principal mercado de crack do mundo e o segundo maior consumidor de cocaína. Em

relação ao uso de maconha, o estudo mostrou que 3% dos adolescentes, que equivalem a mais de 470 mil indivíduos, fizeram uso desta substância no último ano. Além disso, mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes consomem maconha diariamente (1,5 milhão de pessoas) e 62% deles experimentaram maconha antes dos 18 anos.

1.2 Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência

Estudos tem se aprofundado na análise dos possíveis fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência, para melhor compreensão desse fenômeno mundial, para o planejamento de ações preventivas e para diminuição dos agravos.

O consumo de drogas por adolescentes tem uma série de implicações sociais e pessoais (LARROSA; PALOMO, 2010), sendo fundamental a identificação de fatores risco e de proteção associados a esse consumo, para que se possam tomar medidas de cuidado e prevenção do abuso. Muitos fatores têm sido atribuídos ao risco ou à proteção do uso de drogas entre adolescentes, alguns deles, inclusive, podem agir de ambas as maneiras, dependendo da cultura, do meio em que estão inseridos os indivíduos sob seus efeitos ou da relação que estabelecem com os adolescentes (DIETZ et al., 2011; LARROSA; PALOMO, 2010).

As manifestações dos problemas relacionados ao uso de substâncias aparecem no final da adolescência, quando a vulnerabilidade aumenta em nível macro (disponibilidade, leis, saída de casa), nível intermediário (pais, pares, religião, estressores externos) e nível micro (experiências com álcool, traços de personalidade, genética) (KAYNAK et al., 2013).

Eventos considerados como risco são obstáculos individuais ou ambientais que podem aumentar a vulnerabilidade da pessoa para problemas no seu desenvolvimento, associados à maior probabilidade do uso e abuso de drogas. Por vulnerabilidade entende-se a predisposição para desenvolver variadas formas de psicopatologias ou comportamentos não eficazes, ou suscetibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento. Entre os fatores de risco conta-se com as condições associadas às situações familiares, à sociedade, aos amigos e ao meio ambiente, quando não saudáveis (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; PESCE et al., 2004).

Outra questão que pode justificar o aumento da vulnerabilidade na adolescência são as mudanças neurocognitivas que ocorrem nessa fase. Segundo Pokrel et al. (2013), as habilidades cognitivas associadas com a auto-regulação não estão totalmente desenvolvidas até o final da adolescência e início da idade adulta, ao passo que a tendência em se arriscar e buscar experiências emocionantes e inovadoras aumenta significativamente nesta fase,

resultando na discrepância entre aumento da suscetibilidade e pouca habilidade em exercer auto-regulação.

É importante ressaltar que os fatores de risco isolados não constituem causa para o surgimento de doenças; eles podem deixar os indivíduos mais vulneráveis, mas a questão do consumo de drogas ou da dependência deve ser entendida como uma questão complexa e multicausal (CHARTIER; HESSELBROCK; HESSELBROCK, 2010; COSTA et al., 2007; SCHENKER; MINAYO, 2005). Assim, condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, familiares envolvidos com drogas, conflitos com pais, pais separados, não coabitação com família, amigos usuários de drogas, maus tratos, desconhecimento dos prejuízos do abuso das drogas, baixa autoestima, problemas psicoemocionais, privações econômicas extremas são alguns exemplos de fatores associados ao uso de drogas na adolescência (COSTA et al., 2007; DIETZ et al., 2011; SCHENKER; MINAYO, 2005).

A presença de características individuais, tais como autoestima positiva, autocontrole, autonomia, características de temperamento afetuoso e flexível; apoio afetivo na família; e, apoio do meio ambiente externo, promovido por pessoas significativas, são importantes fatores de proteção para o desenvolvimento integral. Consequentemente estes aspectos contribuem para a diminuição dos riscos (AMPARO et al., 2008; CID-MONCKTON; PEDRÃO, 2011).

Jackson et al. (2012) realizaram uma revisão de estudos sobre prevenção de comportamentos de risco na adolescência para beber, fumar, usar outras drogas e comportamentos sexuais de risco, para prevenir danos na vida adulta no Reino Unido. Os autores buscam mostrar que se fosse investido em políticas e ações que estimulassem a ampliação dos fatores de proteção suficientemente, diminuiriam os de risco, e assim os problemas com o uso de drogas poderiam ser reduzidos ou evitados.

Riech et al. (2013) consideram três dimensões de fatores de risco para a saúde de crianças de nove a onze anos, sendo: fatores pessoais (desenvolvimento psicossocial, biológico e cognitivo, tais como autoestima e número de amigos, desenvolvimento da puberdade e gênero e desempenho escolar); fatores da família (características dos pais e socialização, monitoramento parental e estado civil); e fatores do ambiente (características da vizinhança e da família). Para os autores, comportamentos de risco para saúde incluem: acidentes e violência não intencional e intencional; uso de tabaco; uso de álcool e outras drogas; comportamento sexual; e práticas pobres de saúde. Esses riscos contribuem para

morbidade e mortalidade entre os jovens; são estabelecidos durante a infância e adolescência e se estendem para a vida adulta, sendo possíveis de prevenção.

Stone et al. (2012) realizaram uma revisão com 114 artigos publicados entre 2000 e 2010 sobre os fatores de risco associados ao uso de drogas por adolescentes norte-americanos, identificando fatores ligados ao indivíduo e ao contexto. Quanto ao indivíduo, identificaram 10 marcadores fixos de risco para maior exposição e/ou uso de drogas. Sendo eles:

(a) gênero - meninos apresentam maior risco de abuso de substâncias do que as meninas.

(b) raça/etnia - brancos estão mais associados ao uso de álcool; caucasianos ao maior risco de transtornos relacionados ao uso de substâncias; afroamericanos mais associados aos fatores psicossociais (relacionados ao bem-estar e afeto) do que os euroamericanos; e o uso da maconha está mais relacionado aos euroamericanos do que aos afroamericanos.

(c) indicadores biológicos - a história de dependência química na família está associada à dependência no jovem, por interação do risco genético aos fatores de risco social e comportamental.

(d) indicadores pré e pós-natal - exposição às drogas durante a gestação e desmame precoce tem sido associado ao uso de substâncias psicoativas, mas os resultados dos estudos ainda são pouco consistentes, embora efeitos negativos nos jovens têm sido relatados.

(e) renda/ status sócio-econômico - há alguma associação entre baixa renda e condições sócio-econômicas desfavoráveis na infância e o uso de tabaco e maconha por jovens, assim como com melhores condições sócio-econômicas e de renda a jovens que consomem bebida alcoólica com maior frequência.

(f) educação dos pais - nesse marcador houve divergência em relação aos resultados dos estudos, sendo que alguns relacionam o maior nível de educação dos pais a filhos que bebem mais e tornam-se fumantes crônicos, ao passo que a maior educação materna está ligada a proteção ao uso de álcool e outras drogas em outros estudos.

(g) status marital dos pais - algumas pesquisas associam o divórcio ou mães que sem relacionamento estável com jovens que usam álcool e maconha.

(h) história de uso de SPA pela família, de acordo com os estudos pesquisados, filhos de bebedores abusivos têm duas vezes mais chances de se tornarem bebedores pesados do que filhos de bebedores moderados e três vezes mais chances do que filhos de bebedores leves; filhos de mães que fumam, bebem ou usam drogas ilegais usam mais maconha ou outras drogas ilegais que filhos de mães abstêmias; e pais usuários de maconha geralmente iniciam seus filhos no uso dessa droga.

(i) psicopatologia nos pais – pais com comportamentos anti-sociais estão associados a filhos que apresentam comportamento binge, principalmente a jovens de até 20 anos de idade e do sexo feminino; e depressão dos pais está associada ao uso de álcool e tabaco por filhos.

(j) Desorganização na vizinhança, como densidade populacional, deterioração física, ligação do bairro com crimes juvenis, com o tráfico de drogas e com mortes pelo tráfico está associado ao uso de tabaco, álcool e maconha pelos jovens.

Stone et al. (2012) também verificaram nesse estudo de revisão os fatores de risco contextuais. Eles afirmam que a sociedade e a cultura exercem papel crucial na influência do uso de substâncias e que estes fatores podem ser controlados tanto por mecanismos formais, como o controle de preço, taxação, acesso legal e marketing; quanto informais, como as normas sociais. Os fatores de risco contextuais são externos ao indivíduo, mas exercem influência sobre o uso.

Por fim, os autores supracitados ainda elencam fatores individuais e interpessoais de risco e de proteção encontrados na literatura, sendo eles: (1) ter sido vítima de abuso/violência; (2) presenciar relações familiares conturbadas; (3) gestão familiar – diretrizes, monitoramento, disciplina e recompensas – nesse caso, a boa gestão familiar é associada à proteção do uso, ao passo que a gestão inconsistente está relacionada ao risco de uso e problemas relacionados a ele; (4) comportamento internalizante e externalizante, sendo que as meninas apresentam mais os comportamentos internalizantes, e os meninos os externalizantes, ambos associados ao uso de álcool; (5) atitudes e expectativas favoráveis no uso da substância; (6) situação de moradia – viver na casa dos pais é fator protetivo, bem como estar fora da casa dos pais é fator de risco; (7) trabalho – também pode exercer papel de risco e de proteção. Comparado com universitários, jovens trabalhadores fumam mais tabaco e usam menos álcool e drogas ilícitas; jovens que trabalham, mas não estudam tem risco maior de usar SPA; (8) frequentar faculdade aumenta o risco para o álcool e protege do tabaco; (9) relação com colegas – ter colegas que usam álcool e tabaco aumenta o risco de se tornar usuário pesado, já esta relação com a maconha é menos clara; (10) crença na ordem moral – quanto mais cedo se crê na moralidade, mais se está protegido, sendo o inverso verdadeiro; (11) religiosidade pode ser um fator de proteção principalmente para drogas ilícitas e uso pesado de álcool; (12) fatores educacionais – bom desempenho e expectativas educacionais até os 16 anos de idade são fatores de proteção ao uso, sendo o inverso fator de risco; (13) engravidar – jovens que engravidam diminuem o uso de SPA, mas o consumo pode aumentar após o parto. Já os companheiros não diminuem o uso; (14) casar ou manter relacionamento estável – morar junto – o casamento é capaz de modular o risco de outras

variáveis em relação às drogas, mas também é igualmente sujeito a modulação por outras variáveis; e (15) eventos estressantes na vida – morte de um dos pais, mudar a aparência, terminar uma relação de compromisso, entre outros – aumentam o risco de dependência de substâncias.

Kaynak et al. (2013) focam sua pesquisa sobre transtornos relacionados ao uso de substâncias em universitários em dois fatores, um de risco (a busca por sensações, natural na adolescência, que pode ser entendida como a necessidade geral de emoção e excitação, uma preferência por amigos e situações imprevisíveis, e da necessidade de mudanças e novidades) e um de proteção (monitoramento parental). Os autores consideram que pais que realizam um efetivo monitoramento, mesmo se os filhos apresentam o comportamento de busca de sensação mais frequentemente, são capazes de reduzir o risco para o uso de substâncias permanecendo próximos e ajudando os filhos a se envolverem em atividades saudáveis e estimulantes.

Na contramão a essa proteção, meninos que tem o melhor amigo ou pai bebedor pesado ou pais que são permissivos sobre o uso de álcool têm o risco aumentado de viver uma trajetória também de bebedor pesado (DANIELSSON et al., 2010). Outros fatores ligados ao aumento do risco para beber pesado incluem atividades sociais com amigos, estresse emocional, baixa resistência à pressão dos pares, alto nível de comportamento externalizante, dificuldade na escola, acesso fácil ao álcool e eventos estressantes da vida (DAUBER et al., 2009; DIETZ et al., 2011; MARTI; STICE; SPRINGER, 2010).

Outro fator que vem sendo estudado como risco ao uso de drogas por adolescentes é a influência dos pares. Marturano, Elias e Campos (2004) referem que há alguns diversos modos de influência dos pares sobre o desenvolvimento do adolescente, tanto no sentido positivo como negativo; que essa influência não ocorre apenas de maneira coercitiva, sendo que a admiração e o respeito de opiniões influenciam a maioria dos adolescentes; e que a suscetibilidade à influência dos pares não é uniforme entre os adolescentes.

As normas e o status social influenciam no papel a ser desempenhado pelos membros de um grupo, ou seja, os papéis sociais auxiliam as pessoas a saberem o que esperar uma das outras. Assim, no processo de socialização as pessoas influenciam e são influenciadas pela família, pela escola, por outras instituições e por seus pares, construindo sua identidade social. E nessa construção, para se sentir pertencente a um grupo, o indivíduo tende a seguir as normas grupais, que pode ser desde a abstinência até o uso pesado de substâncias (DIETZ et al., 2011; FELIPE, 2009).

Kelly et al. (2012) realizaram um estudo para verificar a suscetibilidade de adolescentes mais jovens (10 a 12 anos) à influência dos amigos, comparado aos adolescentes mais velhos (13 a 14 anos). O estudo confirma que os adolescentes, de modo geral, são suscetíveis à influência dos pares, mas que os mais jovens são ainda mais suscetíveis do que os mais velhos.

A literatura recente confirma que amigos usuários de álcool e outras drogas são uma chave no contexto social associados ao início e desenvolvimento do uso (SALAS-WRIGHT et al., 2014). Adolescentes que estabelecem amizades com usuários de drogas têm maior risco de usar também e aqueles que iniciam o uso tendem a selecionarem amigos com o mesmo comportamento. Esse risco pode se dar porque o grupo pressiona os pares (pressão real ou percebida) para adotarem valores e interesses do grupo, como função de preservar a similaridade entre os indivíduos e se distinguirem de outros grupos (TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011).

Chartier, Hesselbrock e Hesselbrock (2010) referem que a influência de amigos no uso de algum tipo de droga pode ocorrer de três formas: modelação direta; afiliação a pares com mesmo comportamento/opinião; e excesso de estímulo para os adolescentes cuja maioria dos amigos é usuária de substâncias. De acordo com esses autores, irmãos mais velhos e os pais podem estimular os adolescentes da mesma forma, por modelação, aprovando o comportamento e facilitando o acesso ao álcool, por exemplo.

Porém, além das condições que aumentam a vulnerabilidade ao uso de drogas, é necessário considerar os fatores protetivos em relação a esta situação (HANSON, 2002; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005). Assim como o adolescente encontra em seu desenvolvimento fatores que podem favorecer o uso de drogas, existem alguns fatores que podem protegê-lo, mesmo em situação favorável ao uso. Como fatores de proteção para o não consumo de drogas destacam-se o lazer, práticas esportivas, práticas religiosas (grupos), relacionamento familiar e apoio dos pais, conhecimento dos efeitos desastrosos do abuso de drogas, adoção das normas convencionais sobre o uso delas, expectativas educacionais e projetos de vida (COSTA et al., 2007; PRATTA; SANTOS, 2007; QUEIROZ, 2010)

Piko e Kovács (2010) em um estudo realizado na Hungria com 881 adolescentes de 14 a 20 anos de idade, investigaram possíveis fatores protetivos ao uso de drogas, ligados à família e à escola. Nessa pesquisa os autores trazem que mesmo os adolescentes passando menor tempo com os pais nessa fase, as relações pais-adolescentes continuam a servir como função adaptativa e protetora, proporcionando uma base segura aos jovens.

O monitoramento parental tem sido apontado como um forte fator de proteção ao uso de SPA (KAYNAK et al., 2013; NOFFSINGER, 2012; PIKO; KOVÁCS, 2010). A supervisão influencia o comportamento dos jovens, diminui o envolvimento em situações de risco e pode prevenir o envolvimento com colegas delinquentes (CID-MONCKTON; PEDRÃO, 2011; KAYNAK et al., 2013; NOFFSINGER, 2012). Além disso, a relação com os pais oferece apoio social. Tal apoio contribui para competência social dos jovens, para a competência para o enfrentamento de problemas e para a melhoria da autoestima, o que pode diminuir a necessidade de usar drogas, principalmente em situações de risco social (KAYNAK et al., 2013; PIKO; KOVÁCS, 2010).

O afeto e o controle parental têm sido visto como comportamentos positivos dos pais e associados ao menor risco do adolescente usar álcool. Além disso, quanto maior o nível de afeto parental, menor a influência de amigos para comportamento delinquente mais tarde (TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011).

Estudos mostram que jovens com menor monitoramento parental têm maior probabilidade de usarem álcool e outras drogas e se envolverem em problemas do que aqueles cujos pais os acompanham de perto (NOFFSINGER, 2012; ROZIN; ZAGONEL, 2012). Isso pode estar relacionado a outros fatores. Na adolescência o monitoramento é menor do que na infância, os indivíduos passam mais tempo fora de casa e com amigos, além de o álcool ser uma droga socialmente aceita em todos os níveis sociais e de fácil acesso (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Outros estudos também investigaram a escola como fator de risco e de proteção ao uso de drogas. Yan et al. (2008), em um estudo que objetivou determinar os caminhos que os adolescentes usam para o consumo de drogas nos Estados Unidos, comparando os latinos residentes neste país com os norte-americanos, negros e asiáticos, apontam vários aspectos protetivos ao uso de álcool entre os adolescentes: que atitudes positivas dos pais encorajam o melhor desempenho escolar e esse é protetivo ao uso de álcool; que o envolvimento escolar pode ser positivo sob três aspectos: perceber o professor como suporte, pertença social e engajamento; e que um relacionamento familiar positivo, caracterizado por monitoramento, conexão entre os familiares, apoio e encorajamento acadêmico atenuam o impacto negativo das normas dos pares no comportamento de beber, assim como a conexão com a escola e o auto conceito positivo.

Amparo et al. (2008) e Piko e Kovács (2010) também referem que a escola em um efeito significativo no desenvolvimento psicossocial do adolescente. O clima escolar e a ligação com a escola e com os professores podem servir como fonte de proteção para o jovem.

O estudo de Amparo et al. (2008) identificou a percepção de 852 jovens do ensino médio público de regiões administrativas do Distrito Federal, em situação de risco psicossocial, sobre a realização e aspirações escolares e a rede de apoio social relacionadas ao contexto de ensino-aprendizagem, com base na Abordagem Ecológica do Desenvolvimento e a Psicologia Positiva. Os resultados revelaram que a escola se constitui numa importante rede de proteção, com a qual os jovens apresentam, em geral, atitudes positivas de confiança e interesse. Piko e Kovács (2010) ainda encontraram que, em relação à escola, o uso de drogas pode ser influenciado por diferentes fatores de proteção, como estar feliz com a escola e falar sobre problemas com professores; e que o uso de drogas é mais influenciado por fatores emocionais do que racionais.

Como se observa na literatura, vários são os fatores de risco e de proteção que estão associados ao uso abusivo de substâncias por adolescentes e que estes fatores se relacionam entre si. Alguns desses fatores chamam especial atenção neste estudo, pelo interesse vivenciado na prática docente nos campos de estágio com adolescentes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Tais fatores serão descritos a seguir.

1.2.1 Autoestima

Autoestima é um conceito de difícil definição. Pode ser entendida como a capacidade de pensar em si; a confiança na capacidade de lidar com os desafios básicos da vida; confiança no direito de ser bem sucedido e feliz; sentimento de ser digno, merecedor e hábil a fazer valer as próprias necessidades e desejos, de alcançar valores e aproveitar os benefícios dos esforços pessoais (ZAKERI; KARIMPOUR, 2011). De acordo com Rosenberg (1979), a autoestima pode ser entendida como uma avaliação de si mesmo como digno e capaz, desenvolvida por meio de interação com os outros. Nessa interação, perpassam critérios sociais, valores familiares e a percepção de sucesso ou falha em várias áreas da vida (MARSHALL et al., 2013; ZAKERI; KARIMPOUR, 2011).

Experiências junto a adolescentes em risco social têm mostrado a importância da promoção de autoestima positiva. Ela atua como um fundamental fator de proteção para vários comportamentos de risco na adolescência, incluindo o uso de drogas (COSTA; ASSIS, 2006).

Além disso, ela pode ser um importante fator de proteção, que contribui para a preservação do bem-estar biológico, psicológico e social do indivíduo, sendo uma característica essencial da saúde mental, ao passo que a autoestima negativa tem sido

associada a eventos negativos para o desenvolvimento, dentre eles o consumo de drogas entre adolescentes, o desenvolvimento de transtornos mentais e problemas sociais (ROZIN; ZAGONEL, 2012; AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010; VASELSKA et al., 2009). Ademais, a autoestima também parece exercer um papel mediador crítico na adolescência, em relação à influência negativa dos pares na questão do uso de drogas e as estratégias parentais usadas na infância, que impactarão as ações do adolescente nesse sentido, com a redução da suscetibilidade ao uso (YANG et al., 2013).

Rozin e Zagonel realizaram em 2012 um estudo de revisão integrativa da literatura sobre fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes com 21 artigos publicados entre 2002 e 2009, no qual verificaram que a baixa autoestima pode influenciar no início do uso da substância, bem como no desenvolvimento de dependência.

Um estudo realizado por Aguirre, Castillo e Zanetti (2010) concluiu que os adolescentes que apresentam elevada autoestima possuem baixo risco para o consumo de álcool. A pesquisa analisou a relação entre o nível de autoestima e o consumo de álcool junto a 109 adolescentes com idade entre 17 e 20 anos, em Queretaro, México. A maioria dos adolescentes participantes tinha autoestima elevada (94,5%) e nenhum apresentou baixa autoestima. No estudo, 80,7% dos adolescentes participantes não possuíam risco para consumo de álcool.

Vaselska et al. (2009) realizaram um estudo para verificar a associação entre autoestima e resiliência com tabaco e uso de maconha junto a 3694 adolescentes com média de idade de 14 anos, em escolas do ensino fundamental da Eslováquia. Eles encontraram associação entre autoestima negativa e comportamento de risco, consumo de tabaco e maconha, mas apenas entre os meninos.

1.2.2 Estilos e Práticas Parentais

A relação pais-adolescente pode influenciar os resultados no desenvolvimento e na saúde do filho, assim como o desenvolvimento de comportamentos de risco à saúde. Tais comportamentos dos pais incluem o tipo de disciplina (consistente ou inconsistente), o nível de envolvimento dos pais, o tipo de comunicação, e o estilo parental adotado (NEWMAN et al., 2008).

O estilo parental abrange um complexo de atitudes em relação à criança que, em conjunto, vão criar um clima emocional em que os comportamentos dos pais são expressos, e pode variar ao longo de duas dimensões: exigência (controle) e responsividade (aceitação); a

combinação destas dimensões resulta em categorias distintas de estilos parentais: autoritário (controle alto e aceitação baixa); autoritativo (controle alto e aceitação alta); permissivo/indulgente (controle baixo e aceitação alta); e negligente (controle baixo e aceitação baixa). O estilo parental autoritativo tem sido referido como o mais saudável e protetivo na criação de filhos (NEWMAN et al., 2008; ZAKERI; KARIMPOUR, 2011).

Enfim, estilo parental é o conjunto de atitudes, metas e modelos dos pais. As estratégias utilizadas pelos pais, a fim de promover a socialização de seus filhos, são denominadas práticas educativas, ou seja, o estilo parental é o resultado da integração das práticas educativas dos pais (OLIVEIRA et. al., 2002; OYSERMAN, 2002).

As interações familiares, os estilos e as práticas parentais são reconhecidos como influências significativas para o desenvolvimento de seus filhos nas diversas áreas da vida, incluindo o comportamento e o uso de substâncias por adolescentes. Newman et al. (2008) realizaram um estude de revisão de pesquisas publicadas entre o ano de 1996 e 2006 que analisam relações entre modelos de pais e comportamentos de risco em adolescentes. Os autores encontraram que adolescentes crescidos sob disciplina autoritária demonstraram consistentemente mais comportamentos seguros e menos comportamentos de risco comparados a adolescentes vindos de famílias não autoritárias e que o modelo autoritativo está relacionado como mediador na formação do adolescente, incluindo o desenvolvimento acadêmico e o ajuste psicossocial.

Além disso, adolescentes que têm satisfação no relacionamento familiar com os pais se envolvem menos com o álcool e com o tabaco e iniciam mais tarde o relacionamento sexual (NEWMAN et al., 2008; YAN et al., 2008). Os autores ainda afirmam que o relacionamento positivo com os pais, caracterizado por monitoramento familiar, conexão entre familiares, suporte e encorajamento acadêmico, é mais protetivo do que o relacionamento com os pares.

Da mesma forma, práticas parentais inconsistentes têm sido relacionadas ao uso de drogas na adolescência, assim como as consistentes à proteção. Evidências encontradas no estudo de Zehe e Colder (2014) sugerem que além das práticas educativas, atitudes parentais negativas em relação ao álcool em casa e consequências de ser pego bebendo são associadas com a diminuição do risco para o consumo nessa fase. Em um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, os autores investigaram junto a 378 famílias de Erie County, NY, como as mudanças nas práticas parentais estão associadas às mudanças no modo de beber de filhos adolescentes. Foi observado que, ao longo do tempo, os pais são menos propensos a disciplinar a forma de beber dos seus adolescentes e menos propensos a comunicar as

consequências do uso de álcool e que tais mudanças estão associadas com um aumento no uso de álcool na adolescência.

O envolvimento e a supervisão parental influenciam o autocontrole e o desempenho acadêmico e este é protetivo ao uso de drogas (PASUCH; OLIVEIRA, 2014; YAN et al., 2008). Por outro lado, o estilo parental, as relações familiares e outros fatores ligados à família podem influenciar na iniciação do uso de drogas pelo adolescente, na continuidade do uso e no desenvolvimento de problemas. Relações ruins com os pais podem levar ao alcoolismo em jovens, além de predispor ao aumento do consumo na idade adulta. Manejo familiar pobre, disciplina inconsistente e monitoramento inadequado de pais com transtornos relacionados ao álcool também estão associados com problemas relacionados ao uso de substâncias por crianças e adolescentes (CHARTIER; HESSELBROCK; HESSELBROCK, 2010).

Schenker e Minayo (2005) realizaram um estudo de revisão sobre fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência, em estudos publicados entre os anos de 1995 e 2003, sendo analisados 67 textos segundo a teoria sistêmica/ecológica, com foco nas relações intrafamiliares e interpessoais, contextualizadas socioculturalmente. O trabalho discorre sobre a interdependência dos diversos contextos – individual, familiar, escolar, grupo de pares, midiático e comunidade de convivência. As autoras ressaltam que a família tem um papel tanto de co-autora no surgimento do abuso de drogas na adolescência quanto de instituição protetora para a saúde dos adolescentes.

O estudo de Gomide et al. (2005) sobre correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais, os autores apontam que é no seio da família que os valores morais e os padrões de conduta são adquiridos. Somente quando esses valores morais não são adquiridos adequadamente durante a infância é que os outros ambientes poderão ter influência de risco na adolescência. Famílias com fortes laços afetivos e pais que desenvolvem práticas parentais adequadas são cruciais para a prevenção de comportamentos antissociais na adolescência.

Kumpfer e Alvarado (2003) apresentam em seu estudo de revisão que o estilo parental eficaz é o mais poderoso modo de reduzir problemas de comportamento dos adolescentes. Os autores analisaram dois estudos federais dos Estados Unidos que envolveram intervenções familiares eficazes. Os resultados revelam que, quando não há um efetivo monitoramento parental e o acompanhamento das demandas dos adolescentes esses comportamentos antissociais podem se manifestar de várias maneiras, como roubos, uso de drogas, prostituição, entre outros.

Zakeri e Karimpour (2011) examinaram a relação entre o estilo parental e a autoestima junto a 546 universitários de Shiraz, no Irã. Os resultados mostraram associação entre estilo parental e autoestima; que o estilo parental autoritativo está associado a autoestima positiva e que os pais das meninas assumem mais o estilo autoritário do que os pais dos meninos.

1.2.3 Apoio e Rede Social

Apoio social refere-se a funções desempenhadas por um grupo para um indivíduo, em determinadas situações da sua vida, sendo um meio de influência fundamental no comportamento das pessoas. Essas funções levam o indivíduo a acreditar que é amado, que as pessoas se preocupam com ele, estimulando seu sentimento de pertença ao grupo social do qual faz parte (COBB, 1976).

Fontes de apoio efetivas fornecem ajuda e atuam como um amortecedor ao estresse e conflito. A família e os pares constituem a maior parte da rede de apoio de adolescentes, sendo a família nuclear e extensa a fonte natural de apoio mais duradoura. Na adolescência, a fonte de apoio dos pares aumenta, mas os pais permanecem como apoio chave (McGRATH et al., 2014).

A pesquisa de McGrath et al. (2014) examinou o apoio social de adolescentes na Flórida, EUA, e Offaly, Irlanda, buscando entender se os tipos e fontes de apoio social diferem entre os jovens de ambos os países; e que relação existe entre o bem-estar e os tipos e fontes de apoio. Comparando medidas semelhantes de apoio social em dois contextos sociais distintos, verificaram que o apoio social é amplamente visto como um componente integral para lidar com as tensões do cotidiano, que existem várias fontes e tipos de suporte potencialmente disponíveis para os jovens nas diferentes culturas e que, além dos pais e familiares, outros adultos que convivem com os adolescentes, como os professores, também são importantes fontes de apoio.

Rede social é definida por Chartier, Hesselbrock e Hesselbrock (2010) como aqueles a quem se pode recorrer em momentos de dificuldade e de quem uma pessoa pode esperar confiante valorização, carinho e amor. A importância de conexões sociais positivas tem sido estabelecida com a saúde física e bem estar psicológico e associada a uma série de resultados positivos para adolescentes, do mesmo modo que a percepção baixa de apoio social tem sido associada com comportamento problemático e dificuldade emocional durante a infância e adolescência (MARSHALL et al., 2013).

Marshall et al. (2013) no estudo em que analisaram as relações entre a autoestima e apoio social junto a 961 adolescentes australianos verificaram associação positiva entre autoestima e níveis de qualidade do apoio social; que a forma como o adolescente se sente influencia tanto a percepção sobre a qualidade do apoio social quanto o tamanho da rede de apoio, embora em menor grau.

Chartier, Hesselbrock e Hesselbrock (2010) analisaram dois estudos nacionais acerca do uso de álcool entre adolescentes para verificarem fatores de risco isolados e combinados para o desenvolvimento deste comportamento. Os autores referem que múltiplos fatores de risco provavelmente interagem entre si, com o meio ambiente, e, possivelmente, com fatores genéticos para aumentar a probabilidade de problemas com o álcool na adolescência; que adolescentes que relatam uso pesado de tabaco e maconha percebem menor apoio social de amigos e família comparados com usuários leves, contudo aqueles que fazem uso pesado de álcool, comparado aos de uso leve, relatam maior apoio social percebido de amigos (CHARTIER; HESSELBROCK; HESSELBROCK, 2010).

Em um processo saudável, o contexto da escola tem lugar de destaque como fator de formação e de socialização e como importante fonte de apoio social e afetivo. Professores e colegas são importantes recursos emocionais nesse contexto (AMPARO et al., 2008; OKULICZ-KOZARYN, 2010). Contudo, seu papel no desenvolvimento social e afetivo das pessoas tem sido um tema polêmico (LISBOA; KOLLER, 2004). A escola, espaço fundamental para a socialização de jovens na cultura ocidental, também se apresenta como espaço de risco e de proteção ao desenvolvimento (AMPARO et al., 2008; OKULICZ-KOZARYN, 2010;).

Pasuch e Oliveira, em um estudo de revisão realizado em 2014 para conhecer a prevalência do uso de drogas entre estudantes do ensino médio, verificaram a partir dos 13 artigos utilizados, que as primeiras experiências com drogas ocorrem frequentemente na adolescência, em ambientes familiares, com substâncias lícitas como álcool e tabaco, e que a adolescência é uma fase de exposição e vulnerabilidade ao consumo de substâncias. Verificou-se que os estudantes apresentam contato precoce com substâncias psicoativas, fazendo uso em grande quantidade, sejam lícitas como álcool e tabaco, ou ilícitas, como solventes e maconha. As autoras concluem que houve o aumento do uso de substâncias entre estudantes nos últimos anos e que a abordagem do tema nas escolas é a melhor maneira de prevenir.

Os resultados do estudo de Amparo et al. (2008) revelaram que a escola se constitui numa importante rede de proteção, com a qual os jovens apresentam, em geral, atitudes

positivas de confiança e interesse. A continuidade da formação é valorizada e a escola está incluída em projetos futuros destes jovens. Além disso, os amigos, os professores e os pais representam importantes fatores de proteção no contexto escolar.

Okulicz-Kozaryn (2010) em um estudo realizado com adolescentes dos últimos anos do ensino fundamental na Polônia verificou que a família e a escola são fundamentais como rede de apoio para os jovens. Os participantes confiam nos amigos, nos professores e na estrutura escolar. Os jovens ressaltam a importância das relações de amizade e que contexto da escola é um ambiente favorecedor dessas relações, que pode ser um fator importante de proteção. Por outro lado, essa pesquisa também aponta que as dificuldades de aprendizagem, o fracasso e a evasão escolar associados à violência nas escolas e ao uso de drogas podem também se constituir em importantes fatores de risco para esta faixa etária.

No Brasil, o Ministério da Educação e Cultura, por meio das Secretarias de Educação Básica e de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão em parceria com as Secretarias Municipais e Estaduais de Educação, vem implementando programas nas escolas com vistas a capacitar profissionais de educação, membros dos conselhos de educação, conselhos escolares, além de profissionais da saúde, assistência social, conselheiros tutelares, entre outros profissionais ligados à Rede a fim de: garantir os direitos da população escolar e o enfrentamento e prevenção das violências no contexto escolar, como no caso do Programa Educação que Protege; proporcionar melhoria da qualidade de vida da população brasileira, pelo Programa Saúde na Escola; e capacitar a comunidade escolar para o manejo de situações relacionadas ao uso de substâncias pelos escolares, de forma preventiva e não excludente, pelo curso Prevenção do Uso de Drogas para Educadores da Educação Básica. Além dos objetivos supracitados, tais Programas e ações podem aproximar o estudante do ambiente escolar, compondo uma comunidade escolar, no sentido em que recebem atenção adequada e fortalecem os vínculos com os profissionais que estão sendo melhor preparados para o enfrentamento das situações adversas (BRASIL, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

Em razão do aumento do uso de drogas entre os adolescentes e o mal que ele pode causar, ressalta-se a importância da continuidade do desenvolvimento de estudos sobre sua prevalência e sobre fatores de risco e de proteção, para subsidiar trabalhos na área, que tem sido de grande preocupação para os legisladores, trabalhadores da saúde, para o sistema judiciário, bem como para professores e para pais.

Estudos realizados em vários países junto a estudantes evidenciam que a adolescência é a fase da vida em que há maior exposição e vulnerabilidade ao uso de substâncias psicoativas, sejam elas ilícitas ou lícitas. Nesta fase, a experimentação destas substâncias torna-se um fenômeno mais frequente e, eventualmente, definem-se padrões de consumo repetitivo, que podem estar associados a diferentes riscos e danos. Ainda, a literatura mostra que a autoestima, as práticas parentais e o apoio social podem influenciar positiva ou negativamente no uso de drogas entre os jovens e que potencializar os fatores de proteção pode ser uma forma de diminuir os riscos para o desenvolvimento relacionados às drogas.

Diante do exposto, a presente pesquisa pode contribuir no sentido de ampliar o conhecimento acerca desses fatores de risco e de proteção, buscando compreender melhor como eles atuam no desenvolvimento, trazendo a avaliação dos adolescentes sobre esses fatores. Além disso, a realização deste estudo justifica-se pela possibilidade de compreender a relação da autoestima, do estilo parental e do apoio social com o comportamento do adolescente de usar ou não drogas para que se possa pensar em estratégias voltadas à prevenção de agravos relacionados ao uso de SPA nessa fase da vida.

Sendo assim, os seguintes questionamentos norteiam essa pesquisa:

- A prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas municipais de Uberaba – MG é semelhante à prevalência encontrada em outros estudos nacionais em populações similares?
- Em relação aos adolescentes que apresentam menos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas: qual o estilo parental adotado por seus pais? Eles avaliam sua autoestima mais positivamente? Estão satisfeitos com sua rede de apoio social?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas públicas municipais de Uberaba – MG.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever e analisar: o estilo parental adotado pelos pais dos adolescentes, de acordo com a percepção do responsável participante; o estilo parental adotado pelos pais e mães, de acordo com a percepção dos adolescentes; a autoestima dos adolescentes; o apoio social percebido pelos adolescentes; verificar se há correlação entre estilo parental, autoestima, apoio social e problemas associados ao uso de drogas entre os adolescentes participantes da pesquisa.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva correlacional de abordagem quantitativa. O estudo transversal é uma observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade, sendo que esta quantidade deve ser previamente planejada. É utilizado para investigar uma ampla gama de problemas de Saúde Publica, com os mais variados propósitos, desde a administração até analíticos (KLEIN; BLOCH, 2009).

4.1 Participantes

Participaram da pesquisa 685 sujeitos, sendo 347 alunos do oitavo (8º) e nono (9º) anos do segundo ciclo do ensino fundamental de escolas da rede municipal de ensino de Uberaba – MG e um de seus responsáveis, num total de 338.

Assim, os participantes desta pesquisa foram constituídos por amostragem não probabilística de conveniência. A população do estudo se configurou em estudantes, de ambos os sexos, matriculados no 8° ou 9° ano do segundo ciclo do ensino fundamental de escolas municipais de Uberaba-MG e um de seus responsáveis, tendo sido considerados todos os alunos das referidas séries que estavam presentes na escola no dia da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Para este estudo, foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

a) <u>Critérios de inclusão para os adolescentes</u>

- Estar matriculado em sala regular de ensino no 8º ou 9º ano do segundo ciclo do ensino fundamental da rede municipal de ensino da cidade de Uberaba-MG;
- Entregar aos pesquisadores o TCLE assinado pelo responsável; e
- Concordar em participar da pesquisa e assinar o TCLE junto com o responsável.

b) <u>Critérios de exclusão para o adolescentes</u>

- Alunos matriculados em séries anteriores ao 8º ano do segundo ciclo do ensino fundamental; ou estar no ensino médio; ou em sala para alunos com necessidades especiais de ensino;
- Não ser aluno de escola pública municipal;
- Ter participado do estudo piloto;
- Não entregar aos pesquisadores o TCLE assinado pelo responsável; e
- Solicitar a retirada da pesquisa.

c) <u>Critérios de inclusão para os responsáveis participantes</u>

- Ser responsável por adolescente matriculado no 8º ou 9º anos do segundo ciclo do ensino fundamental de escola municipal;
- Concordar em participar por meio da assinatura do TCLE.

d) Critérios de exclusão para os responsáveis participantes

- Não enviar o TCLE assinado;
- Enviar o questionário sem preenchimento (em branco) ou solicitar a retirada da pesquisa.

e) Critérios de inclusão para as escolas

- Ser escola pública municipal do ensino fundamental de Uberaba-MG;
- Estar localizada em perímetro urbano do Município de Uberaba – MG.

f) Critérios de exclusão para as escolas

- Estar localizada na zona rural do Município de Uberaba – MG
- Solicitar a retirada da pesquisa.

4.2 Local

Uberaba é uma cidade localizada no Triângulo Mineiro. De acordo com o IBGE, sua população estimada em 2014 era de 318.813 habitantes. Conta com 94 escolas de ensino fundamental, sendo 29 escolas públicas municipais, 35 escolas públicas estaduais e 30 escolas privada. Das 29 escolas públicas municipais, alvo desta pesquisa, 20 estão localizadas na cidade e nove na zona rural. De acordo com censo realizado pelo INEP, nessas escolas há cerca de 15.600 alunos matriculados. Na época da pesquisa, nas escolas participantes havia 2340 alunos frequentando as últimas séries do ensino fundamental.

Ainda de acordo com o IBGE, em 2012 o PIB per capita do município foi de 9.368.416 mil reais e de acordo com o site oficial da prefeitura, a renda per capita anual nesse mesmo período foi de R$24.173,00, sendo a média de Minas Gerais 17.932,00 e a nacional de R$ 19.766,00 (UBERABA, 2012)

O município conta com ampla rede de serviços de saúde e assistência social. Em 2012 possuía 80 estabelecimentos privados e 46 estabelecimentos públicos de saúde geral, destes 44 são municipais, um é estadual, e um federal.

Quanto à assistência social, a Secretaria de Desenvolvimento Social possui a ela vinculados: o CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social; oito unidades CRAS – Centro de Referência da Assistência Social – PAIF - Programa de Atenção Integral à Família; o Núcleo de Assistência Social (NAS); o Núcleo de Socialização; o

Programa de Apoio a Geração de Trabalho e Renda; o Núcleo de Iniciação Produtiva; o Programa de Apoio à Pessoa Idosa; o Programa de Apoio à Pessoa com Deficiência; o Programa de Apoio a Juventude; o Catru - Centro de Atendimento ao Trabalhador Rural de Uberaba; o Centro Pop; a Casa de Passagem; e o Banco de Alimentos.

4.3 Instrumentos de Medida

A coleta dos dados se deu por meio dos seguintes instrumentos:

4.3.1 DUSI -Drug Use Screening Inventory (anexo D)

Para verificação do uso e problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas utilizou-se como instrumento de coleta o Drug Use Screening Inventory – DUSI, que foi desenvolvido originalmente nos EUA, pelo Dr. Ralph Tarter, em resposta a uma necessidade prática e objetiva de um questionário que avaliasse de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e/ou drogas pelos adolescentes. No Brasil, ele foi adaptado e validado por Micheli e Formigoni, pesquisadoras da Universidade Federal de São Paulo, em 2000, para ser utilizado com a população de adolescentes (MICHELI; SARTES, 2008).

O DUSI é um instrumento voltado para adolescente usuário de álcool e outras drogas, para identificação ou avaliação do uso. Identifica áreas para prevenção e avalia a magnitude de mudança após uma intervenção/tratamento (TARTER, 1990).

O instrumento é composto por uma tabela inicial que Investiga a frequência do uso de 13 substâncias psicoativas no último mês, drogas de preferência e problemas em decorrência do uso, seguida por 149 questões divididas em 10 áreas que medem a gravidade de problemas em: (1) uso de substâncias, (2) comportamento, (3) saúde, (4) transtornos psiquiátricos, (5) sociabilidade, (6) sistema familiar, (7) escola, (8) trabalho, (9) relacionamento com amigos, (10) lazer/recreação. As 149 questões são respondidas em “sim” ou “não”, sendo que as respostas afirmativas equivalem a problemas.

Além das áreas, o DUSI conta com uma escala de mentiras (EM), composta por 10 questões, dispostas ao final de cada área a fim de checar possíveis questionários inválidos (MICHELI; SARTES, 2008). Uma pontuação de cinco ou mais de respostas negativas na EM pode indicar resultados inválidos.

Assim, após a aplicação, quatro índices podem ser calculados pelas respostas obtidas pelo DUSI:

1. Densidade absoluta de problemas – indica a intensidade de problemas em cada área isoladamente;
2. Densidade relativa de problemas – indica a contribuição percentual de cada área no total de problemas;
3. Densidade global de problemas – indica a intensidade geral de problemas;
4. EM – reflete a confiabilidade das respostas fornecidas.

A pesquisa de Rosário (2011) analisa instrumentos de detecção e avaliação do uso de álcool e outras drogas para adolescentes e traz uma extensa revisão sobre o DUSI ou DUSI-R. Nesse estudo a autora apresenta as propriedades psicométricas do instrumento para vários países referindo que na época da pesquisa o mesmo já estava disponível em 15 línguas.

O estudo acima citado apresenta para a versão americana análises psicométricas com "uma alta confiabilidade, bem como validade concorrente e construto satisfatórios" (ROSÁRIO, 2011, p.57). Tarter et al. (1994) analisam as áreas de acordo com o sexo do adolescente, reportando Alfa de Cronbach para uso de substâncias de 0,87 e 0,88, respectivamente para o sexo masculino e feminino.

No estudo sobre as propriedades psicométricas realizado por Micheli e Formigoni em 2002 para a versão brasileira, ainda e acordo com Rosário (2011), o DUSI apresenta em relação às respostas afirmativas na área do uso de substâncias 80% de sensibilidade e 90% de especificidade, com uma taxa de acerto de 83,6% para a totalidade da amostra. A versão brasileira ainda apresentou forte consistência interna e confiabilidade para toda a amostra, sendo o Alfa de Cronbach e a confiabilidade nas 10 áreas de 0,96 (desvio padrão de 0,02) e 0,88 (desvio padrão de 0,08) respectivamente.

4.3.2 Escala de Autoestima de Rosenberg (anexo E)

Para verificação e análise da autoestima dos adolescentes utilizou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg. Esta escala foi desenvolvida originalmente por Rosenberg em 1965, intitulada Self-steem Rosenberg.

Neste estudo foi utilizada a adaptação brasileira da Escala de Hutz e Zanon (2011). O instrumento é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos variando entre concordo totalmente (4), concordo (3), discordo (2) e discordo totalmente (1).

A tabulação da Escala de Autoestima de Rosenberg é feita somando-se os valores obtidos nas respostas, com inversão nos itens 3, 5, 8, 9 e 10. Maior pontuação na escala refere-se à autoestima positiva. As pontuações menores que 25 representam autoestima negativa.

No estudo de revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg realizado por Hutz e Zanon (2011) os autores realizaram análise da consistência interna da escala, obtendo Alfa de Cronbach 0,90, o que de acordo com os autores é satisfatório e similar ao que vem sendo relatado na literatura. Realizaram, ainda, a análise fatorial dos 10 itens da escala, obtendo o índice KMO de 0,91 e teste de esfericidade de Barlett significativo ($p<0,001$).

4.3.3 Escalas de Exigência e Responsividade Parental (anexo F)

Para verificação e análise da percepção dos adolescentes sobre o estilo parental adotado pelos seus pais/responsáveis, utilizou-se as Escalas de Exigência e Responsividade Parental.

Os estudos sobre práticas parentais iniciaram com Baumrind em 1966. Posteriormente, os estilos parentais passaram a ser estudados por meio de duas dimensões: exigência e responsividade (BAUMRIND, 1971; MACCOBY; MARTIN, 1983), às quais se combinam para classificar quatro tipos de estilos: autoritativo (exigente e responsivo); negligente (pouco exigente e pouco responsivo); autoritário (exigente e pouco responsivo); permissivo (responsivo e pouco exigente). Lamborn et al. em 1991 desenvolveram duas escalas, uma de responsividade e outra de exigência. A escala de responsividade mede o quanto o adolescente percebe seus pais como amorosos, responsivos e envolvidos. A escala de exigência mede o quanto os pais monitoram e supervisionam o adolescente. A combinação das dimensões permite classificar o estilo parental dos pais (WEBER et al., 2004).

As Escalas de Exigência e Responsividade Parental foram traduzidas e adaptadas para o Brasil por Costa, Teixeira e Gomes (2000). Neste estudo optou-se por utilizar o refinamento das referidas escalas, realizados por Teixeira, Bardagi, e Gomes (2004). No refinamento, as Escalas de Exigência e Responsividade Parental são compostas de dois instrumentos de 24 itens (sendo 12 itens para exigência e 12 itens para responsividade, respectivamente), nos quais os adolescentes avaliam quantitativamente as atitudes e as práticas de seus pais para consigo relacionadas às referidas dimensões, através de um sistema Likert de cinco pontos indicando (separadamente para pai e mãe) a intensidade ou frequência

das atitudes e comportamentos descritos nas frases. Na forma impressa do instrumento, as frases são apresentadas em sequência (primeiro as 12 de exigência e depois as 12 de responsividade) e os jovens foram orientados a responder cada item em relação à mãe e ao pai, biológicos ou não (Teixeira; Bardagi; Gomes, 2004).

No estudo para o refinamento do instrumento, os autores observaram na versão final do instrumento, com 24 itens, os índices Alpha de Cronbach entre 0,78 e 0,92. De acordo com eles, estes resultados mostram a validade de construto e a excelente consistência interna do instrumento (Teixeira; Bardagi; Gomes, 2004).

4.3.4 Escalas de Exigência e Responsividade Parental (para pais e/ou responsáveis) (anexo G)

Para avaliação da percepção do ponto de vista dos pais/responsáveis sobre o próprio estilo parental, foram utilizadas as Escalas de Exigência e Responsividade Parental traduzidas e adaptadas para o Brasil por Costa, Teixeira e Gomes (2000) adaptadas para pais ou responsáveis por Weber et al. (2004). Nesta versão, as Escalas de Exigência e Responsividade Parental são compostas de dois instrumentos de 16 itens (sendo 06 itens para exigência e 10 itens para responsividade, respectivamente), nos quais os pais avaliam suas atitudes e práticas para com seus filhos relacionadas às referidas dimensões, através de um sistema Likert de 3 pontos indicando a intensidade ou frequência das atitudes e comportamentos descritos nas frases.

Weber et al. (2004) transformaram as escalas originalmente desenvolvidas para adolescente, com as mesmas frases, voltadas para o comportamento dos pais. De acordo com os autores, as escalas sofreram um processo de confirmação de sua estrutura originalmente proposta, por meio de análise exploratória de componentes principais com avaliação da validade convergente e discriminante de suas dimensões, bem como avaliação da consistência interna das variáveis componentes do modelo, de forma a permitir a verificação de sua estrutura inicial. No estudo, os índices de consistência interna obtidos na análise da escala de responsividade foram Alfa de Cronbach para pais e mães combinados 0,76; para os pais 0,71; para as mães 0,73. Os autores referem que os índices de consistência interna encontrados podem ser considerados adequados para uso em pesquisa.

4.3.5 Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (anexo H)

Para avaliar e classificar as famílias participantes quanto a classe econômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ABEP, 2013). Este instrumento tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado é exclusivamente de classes econômicas. A versão utilizada nesta pesquisa foi a mais recente na época da coleta de dados, em vigor em 2013.

O CCEB é composto por dois grupos de investigação. Primeiro o entrevistado responde sobre a posse de alguns itens em domicílio como televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer. Em seguida, fornece informações sobre o grau de instrução do chefe de família. O sistema de pontos é obtido com base em respostas relacionadas ao valor atribuído a cada item, que varia também de acordo com a quantidade, somado ao valor do grau de instrução do chefe de família, que é determinado de acordo com sua escolaridade. Por fim, a classe econômica é determinada através da soma dos pontos. As classes existentes no CCEB são A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP, 2013).

4.3.6 Social Support Appraisals (SSA- REDUZIDA) (anexo I)

Para a avaliação da percepção do apoio social foi usada a versão brasileira reduzida do Social Support Appraisal - SSA, que teve sua adaptação transcultural e validação realizada por Squassoni (2012). O SSA foi desenvolvido por Vaux et al. em 1986 para avaliar a percepção do apoio social recebido da família, dos amigos e de pessoas da comunidade. A versão brasileira do instrumento foi obtida por meio da adaptação transcultural a partir da versão portuguesa de Antunes e Fontaine de 1995. Esta versão avalia a percepção de crianças e adolescentes sobre o apoio recebido da família, dos amigos, dos professores e de outras pessoas em geral.

A versão brasileira reduzida do instrumento possui 23 itens afirmativos, divididos em quatro subescalas, a saber: família, amigos, professores e outros. É uma escala likert com seis pontos, na qual as questões recebem a pontuação de seis a um pontos (6 - Concordo Totalmente; 5 – Concordo bastante; 4 - Concordo um pouco; 3 - Discordo um pouco; 2 – Discordo bastante; 1 - Discordo Totalmente). Para a tabulação dos escores, somam-se os valores das pontuações obtidos referentes ao apoio de cada subescala e, somando-se os valores das subescalas obtém-se a pontuação para o apoio social total. A interpretação dos resultados referentes à percepção do apoio social foi realizada de acordo com a orientação do

estudo de Squassoni, Matsukura e Panúncio-Pinto (2014), seguindo as faixas de classificação: muito baixo, baixo, médio, alto, muito alto, com base nos escores obtidos pelos participantes, a partir dos intervalos interquartis.

Em sua tese de doutorado "Confiabilidade, validade e estudo dos padrões normativos da versão brasileira do Social Support Appraisals – SSA" (2012), Squassoni avalia, dentre outras, a consistência interna do instrumento reduzido, obtendo Alfa de Cronbach de 0,833 para subescala família, 0,808 para amigos, 0,806 para professores, 0,777 para outros, sendo a avaliação do SSA de 0,890, considerado uma consistência interna muito boa.

4.4 Procedimentos

4.4.1 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, por meio do processo 2303/2012, de 14/09/2012; houve solicitação de alterações por meio do processo 2440/2012, com aprovação em 08/02/2013, ambos ainda de acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, conforme anexos A e B. Para início da coleta de dados junto aos adolescentes e responsáveis participantes, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Educação e Cultura (anexo C). Todos os adolescentes que trouxeram o termo de consentimento assinado pelos pais/responsáveis (apêndices A e B) e compareceram no dia indicado para responder os questionários participaram da pesquisa, não tendo havido nenhuma recusa ou desistência. A participação na pesquisa era voluntária e confidencial e o cumprimento das normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos foi garantido.

4.4.2 Procedimentos para o estudo piloto

Em agosto de 2013 foi realizado um estudo piloto em uma das escolas municipais, para que se pudesse calibrar o tempo de aplicação do maior instrumento que seria usado (DUSI), a idade dos participantes, a forma como seriam abordadas as escolas e os participantes, o treinamento da equipe de coleta de dados, e a organização do material e espaço físico da coleta de dados.

Primeiramente a Secretaria Municipal de Educação e Cultura - SEMEC[4] do município foi contatada a fim de solicitar a autorização para a realização da pesquisa e conhecer quais escolas do segundo ciclo do ensino fundamental pertenciam à rede municipal de ensino de Uberaba, buscando saber quantas eram e onde se localizavam.

Após o recebimento da autorização, em agosto de 2013, visitou-se a escola indicada com maior número de alunos no segundo ciclo do ensino fundamental e realizou-se o estudo piloto.

Para a realização do piloto foram convidados pela coordenação pedagógica da escola 10 alunos de cada sala do 6°, 7°, 8° e 9º anos, num total de cinco salas de cada ano, todas no período matutino. Na ocasião, foram entregues 200 TCLE. Desses, 55 alunos os trouxeram autorizados, sendo esse o número de participantes desta fase. Nessa etapa os responsáveis não foram convidados para participar.

Os adolescentes levavam o TCLE para casa para autorização pelos responsáveis. Dos 200 TCLE entregues, 55 alunos os trouxeram autorizados, sendo esse o número de participantes desta fase, quando foi utilizado apenas um dos instrumentos, que calibrou a idade dos participantes do estudo. Esses alunos e seus responsáveis não participaram da realização da pesquisa. Após a realização do estudo piloto verificou-se a necessidade de restringir a pesquisa aos anos finais do segundo ciclo do ensino fundamental (8º e 9º). Essa necessidade foi devido às características do instrumento, que foi desenvolvido para adolescentes e em sua análise obteve-se que as crianças mentem mais nesse tipo de teste, sendo excluídos pela escala de mentira. Além disso, a faixa etária da maioria dos alunos de 8º e 9° anos é de possível de comparabilidade internacional. Cerca de 90,0% dos alunos tinham entre 13 e 15 anos de idade. A maioria dos sistemas de monitoramento em saúde dos adolescentes coordenados pela Organização Mundial de Saúde utiliza essa faixa etária e estratégia metodológica semelhante.

Para a realização do piloto e demais etapas da coleta de dados foi realizado um treinamento para os auxiliares de coleta, no qual foram sistematizada as etapas sucessivas: elaboração dos roteiros explicativos: para apresentação da pesquisa para escola; para os adolescentes; e sobre o dia da coleta de dados (apêndices C a E) treinamento dos cinco auxiliares de coleta, no qual se apresentou o referencial teórico do estudo, os roteiros explicativos; os instrumentos de pesquisa e as formas de aplicação dos mesmos; preparo das

[4] A SEMEC possui um comitê que avalia todas as solicitações de desenvolvimento de pesquisa e projetos de extensão junto à rede municipal de ensino. Tal comitê delibera a favor ou não da realização das propostas, segundo seus critérios.

escolas: esclarecimentos sobre o estudo; organização do ambiente de coleta: carteiras equidistantes e ausência do professor no momento da coleta; distanciamento adequado entre pesquisador e alunos; e colocação dos questionários preenchidos sobre uma mesa, dispostos de modo a não ser possível ver o preenchimento da primeira página, que na sequência eram recolhidos e colocados em um envelope que era lacrado e identificado pelo número da escola, de modo a garantir o anonimato dos participantes. No momento da digitação dos dados, os envelopes foram abertos e os questionários numerados sequencialmente.

4.4.3 Procedimentos gerais de coleta de dados

Após a realização do piloto, todas as 20 escolas municipais da cidade[5] foram visitadas para apresentação da pesquisa a cada direção, esclarecer os objetivos e a metodologia e solicitar a permissão para a coleta de dados. A partir dessa permissão local, era marcada nova visita à escola, na qual era conversado com os alunos das salas de 8° e 9° anos, explicados os procedimentos e feito o convite para a pesquisa. Nesse dia era agendada uma data para os pesquisadores retornarem para a coleta de dados.

Sempre que a escola permitia o agendamento da coleta era para o dia subsequente a visita na qual eram entregues os TCLE e o questionário de responsividade e exigência parental para pais e/ou responsáveis. Quando por motivo de prova ou outro não era possível a coleta no dia subsequente, um professor ou inspetor de alunos ficava responsável por lembrar os alunos na véspera da coleta sobre a necessidade das pessoas que desejassem participar da pesquisa de trazer a autorização.

Foram entregues 2220 TCLE para alunos e responsáveis. Os adolescentes levavam para casa os TCLE para o consentimento da participação dos filhos, juntamente com um TCLE para participação do seu responsável e um questionário de responsividade e exigência parental para pais e/ou responsáveis que, na concordância, o responsável responderia o questionário e enviaria preenchido pelo adolescente.

A coleta de dados se deu de 13 de novembro a 13 de dezembro de 2013. Todos os procedimentos em relação ao sigilo e preparação do ambiente, descritos no estudo piloto, foram adotados durante a coleta de dados nas escolas.

---

[5] Apenas as escolas situadas na cidade de Uberaba foram alvo da pesquisa, ficando de fora as escolas da zona rural.

4.4.4 Procedimento de coleta de dados junto aos responsáveis participantes

Os responsáveis recebiam uma cópia do questionário de responsividade e exigência parental para pais e/ou responsáveis que era encaminhada por meio do adolescente, juntamente com o TCLE. Assim, eles respondiam o questionário em suas residências e encaminhavam de volta da mesma forma.

4.4.5 Procedimento de coleta de dados junto aos adolescentes

No dia e horário combinado na visita explicativa, os adolescentes cujos termos estavam assinados pelos responsáveis se dirigiam a um espaço destinado pela direção da escola para responderem os instrumentos da coleta.

Após todos os participantes estarem alocados e receberem os instrumentos, era lida uma orientação geral (apêndice E) iniciava-se a coleta. Os adolescentes responderam a Escala de Autoestima de Rosemberg, o Critério de Classificação Econômica Brasil, as Escalas de Exigência e Responsividade Parental, o Social Support Appraisals (SSA- reduzida) e o DUSI -Drug Use Screening Inventory, nesta ordem. Um a um os instrumentos eram lidos pela pesquisadora, lendo-se a afirmativa ou questão, a depender do instrumento, e as respostas possíveis. Quando um adolescente não entendia a afirmativa ou questão ou as possibilidades de resposta, a mesma era relida da mesma forma, assim por até três vezes. A coleta de dados junto aos adolescentes durava cerca de uma hora.

4.5 Procedimentos para Análise dos dados

As correlações entre escores de escalas foram avaliadas pelo coeficiente de Correlação de Spearman e respectivos testes de significância. Deu-se preferência à correlação não paramétrica já que se trata de variáveis escores de escalas, nas quais parâmetros como média ou desvio padrão não tem o mesmo significado que teriam em variáveis quantitativas contínuas (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006. pg 266).

Da mesma forma, as associações entre variáveis categóricas foram avaliadas preferencialmente pelo teste exato de Fisher (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006, p. 126), ou quando os instrumentos computacionais não o permitiam, pelo teste de Qui Quadrado (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006, p. 134).

As comparações entre os escores de dois grupos foram realizadas pelo teste de Mann Whitney (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006, p. 153) e as que envolviam mais de dois grupos

pelo teste de Kruskal-Wallis. (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006, p. 235). Neste caso, quando o teste resultasse significante foi aplicada a correção para comparações múltiplas com o objetivo de identificar quais diferenças eram as que originavam a significância.

Todos os testes foram realizados admitindo-se como probabilidade de erro de primeira espécie o valor (alfa) de 5%.

5 RESULTADOS

Das 29 escolas municipais de Uberaba que possuem o segundo ciclo do ensino fundamental, 20 caracterizavam-se como alvo da pesquisa, devido a sua localização na cidade. Porém, uma das escolas não aceitou participar da pesquisa, pois na época da coleta o bairro no qual ela está localizada estava sofrendo com problemas com o tráfico de drogas e houve receio de represália devido ao conteúdo do estudo.

Os participantes desta pesquisa se constituíram de 347 adolescentes e 338 responsáveis, totalizando 685 sujeitos na pesquisa, não sendo considerados os 55 participantes do estudo piloto nas análises.

A maioria da amostra dos adolescentes foi composta pelo gênero feminino com 62,82%, com apenas 37,18% do gênero masculino. O grupo etário de 14 anos constitui 38,62%, seguido do grupo de até 13 anos, 35,45%; e 15 anos e mais com 22,19% conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes: escola por gênero e por grupo etário

Escola	**Gênero**		**Grupo Etário**			
	Masculino	**Feminino**	**Até 13**	**14**	**15e mais**	**N inf**
1	33,33% 4	66,67% 8	41,67% 5	33,33% 4	25% 3	0% 0
2	30% 6	70% 14	40% 8	40% 8	20% 4	0% 0
3	27,27 6	72,73% 16	50% 11	45,45% 10	4,55% 1	0% 0
4	32,35% 11	67,65% 23	42,42% 14	33,33% 11	24,24% 8	2,94% 1
5	36,36% 4	63,64% 7	62,5% 5	37,5% 3	0% 0	27,27% 3
6	35,71% 5	64,29% 9	14,29% 2	42,86% 6	42,86% 6	0% 0
7	0% 0	100% 2	0% 0	50% 1	50% 1	0% 0
8	40% 2	60% 3	0% 0	80% 4	20% 1	0% 0
9	26,32% 5	73,68% 14	36,84% 7	42,11% 8	21,05% 4	0% 0
10	46,15% 6	53,85% 7	38,46% 5	38,46% 5	23,08% 3	0% 0
11	68,42% 13	31,58% 6	31,58% 6	36,84% 7	31,58% 6	0% 0
12	45,83% 11	54,17% 13	17,39% 4	39,13% 9	43,48% 10	4,17% 1

Continua

Conclusão

Escola	Gênero		Grupo Etário			
	Masculino	Feminino	Até 13	14	15e mais	N inf
13	33,33% 16	66,67% 32	37,5% 18	50% 24	12,5% 6	0% 0
14	55,56% 5	44,44% 4	11,11% 1	22,22 2	66,67% 6	0% 0
15	35,71% 5	64,29% 9	30,77% 4	30,77% 4	38,46% 5	7,14% 1
16	0% 0	100% 3	66,67% 2	33,33% 1	0% 0	0% 0
17	40,74% 11	59,26% 16	50% 11	36,36% 8	13,64% 3	18,52% 5
18	46,43% 13	53,57% 15	42,31% 11	34,62% 9	23,08% 6	7,14% 2
19	26,09% 6	73,91% 17	39,13% 9	43,48% 10	17,39% 4	0% 0
Total	37,18% 129	62,82% 218	35,45% 123	38,62% 134	22,19% 77	3,75% 13

Para gênero, teste Qui quadrado, p = 0.398
Para grupo etário, teste Qui quadrado, p = 0.002
N inf = não informado

A tabela 2 caracteriza os adolescentes por grupo etário e gênero. Dos participantes, 13 não informaram a idade, sendo sete meninos e seis meninas.

Tabela 2 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por gênero

Grupo etário	Gênero		Total
	Masculino	Feminino	
Até 13 anos	31,01% 40	38,07% 83	35,45% 123
14 anos	41,09% 53	37,16% 81	38,62% 134
15 anos e mais	22,48% 29	22.02% 48	22,19% 77
Não Informado	5,43% 7	2,75% 6	3,75% 13
Total	129	218	347

Teste Qui quadrado, p = 0.389

Em relação ao ano escolar a maior parte dos adolescentes (56,3%) encontrava-se no oitavo ano (tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por ano escolar

Grupo etário	Ano Escolar		Total
	8°	9°	
Até 13 anos	96,72% 118	3,288% 4	100% 122
14 anos	36,0% 48	63,91% 85	100% 133

Continua

Conclusão

Grupo etário	Ano Escolar		Total
	8°	9°	
15 anos e mais	27,63%	72,37%	100%
	21	55	76
Não Informado	50,0%	50,0%	100%
	5	5	10
Total	56,3%	47,3%	100%
	192	149	341

teste Qui quadrado, p = 0.000

Quanto à classificação econômica, de acordo com as respostas fornecidas no CCEB, 39,48% dos adolescentes encontrava-se na B2 (média bruta mensal familiar, R$3000,00), seguida de 23,92% na B1 (R$6000,00) e 21,9% na C1 (R$2000,00); 6,05% estão na A2 e na C2 e 1,44% está na D. Apenas um adolescente (0,29%) foi classificado na E; e não foi possível classificar três adolescentes participantes.

Tabela 4 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por classificação econômica

Grupo etário	Critério de Classificação Econômica Brasil								Total
	.	A2	B1	B2	C1	C2	D	E	
Até 13 anos	0,81%	5,69%	26,02%	39,84%	24,39%	2,44%	0,81%	0%	100%
	1	7	32	49	30	3	1	0	123
14 anos	0,75%	6,72%	22,39%	45,52%	19,40%	4,48%	0,75%	0%	100%
	1	9	30	59	26	6	1	0	132
15 anos e mais	0%	5,19%	22,08%	31,17%	23,38%	12,99%	3,90%	1,30%	100%
	0	4	17	24	18	10	3	1	77
Não Informado	7,69%	7,69%	30,77%	23,08%	15,38%	15,38%	0%	0%	100%
	1	1	4	3	2	2	0	0	13
Total	0,86%	6,05%	23,92%	39,48%	21,90%	6,05%	1,44%	0,29%	100%
	3	21	83	137	76	21	5	1	347

teste Qui quadrado, p = 0.057

Em relação à escolaridade do chefe de família, a maioria completou o ensino fundamental 1ou o ensino médio (28,27% e 27,96% respectivamente), com menor percentual de chefes de família com o nível e escolaridade em ensino fundamental incompleto.

Tabela 5 - Caracterização dos adolescentes: grupo etário por nível de escolaridade do chefe de família

Grupo etário	Nível de escolaridade do chefe de família					Total
	Fund inc	Fund1 comp	Fund2 comp	Med Comp	Sup Compl	
Até 13 anos	3,48%	25,22%	14,78%	35,65%	20,87%	100%
	4	29	17	41	24	115
14 anos	4,55%	28,79%	21,97%	24,24%	20,45%	100%
	6	38	29	32	27	132
15 anos e mais	18,92%	35,78%	13,51%	24,32%	9,46%	100%
	14	25	10	18	7	74
Não Informado	0%	16,67%	25,0%	33,33%	25,0%	100%
	0	2	3	4	3	12
Total	7.21%	28.23 %	17.72%	28,53%	18,32%	100%
	24	94	59	95	61	333

teste Qui quadrado, p = 0,002
Fund inc = Nível de escolaridade fundamental 1 incompleto
Fund1 comp = Nível de escolaridade fundamental 1 completo, mas não o fundamental 2
Fund2 comp = Nível de escolaridade fundamental 2 completo
Med Comp = Ensino médio completo
Sup Compl = Ensino superior completo

A maioria dos responsáveis participantes também era do gênero feminino (85,20% - 288), sendo 13,62% do gênero masculino (46) e 1,18% não se identificou (04).

O início das análises para se estabelecer a prevalência do uso de drogas entre os adolescentes se deu pela verificação da escala de mentira das respostas obtidas pelo DUSI, apresentadas nas tabelas de 6 a 9. Foi possível observar, com estes participantes, que não há diferença por grupo etário na escala de mentira, mas que as meninas mentem mais dos que os meninos no teste. No total, foram excluídos 87 adolescentes devido às respostas na escala, sendo 42 meninos e 45 meninas.

Tabela 6 - DUSI: Escala de Mentira por grupo etário

	Escala de Mentira		
Grupo Etário	**= ou menor que 5**	**5 negativas e mais**	**Total**
Até 13 anos	78,86%	21,14%	
	97	26	123
14 anos	69,4%	30,6%	
	93	41	134
15 anos e mais	80,52%	19,48%	
	62	15	77
Não Informado	61,54%	38,46%	
	8	5	13
Total	74,93%	25,07%	
	260	87	347

Teste exato de Fisher = 0,122

Tabela 7 - DUSI: Escala de Mentira por grupo etário no gênero masculino

		Escala de Mentira	
Grupo Etário	**= ou menor que 5**	**5 negativas e mais**	**Total**
Até 13 anos	67,5%	32,5%	
	27	13	40
14 anos	62,26%	37,74%	
	33	20	53
15 anos e mais	82,76%	17,24%	
	24	5	29
Não Informado	42,86%	57,14%	
	3	4	7
Total	67,44%	32,56%	
	87	42	129

Teste exato de Fisher = 0, 116

Tabela 8 - DUSI: Escala de Mentira por grupo etário no gênero feminino

Grupo Etário	Escala de Mentira		Total
	= ou menor que 5	5 negativas e mais	
Até 13 anos	84,34	15,66%	
	70	13	83
14 anos	74.07%	25,93%	
	60	21	81
15 anos e mais	79,17%	20,83%	
	38	10	48
Não Informado	83,33%	16,67%	
	5	1	6
Total	79,36%	20,64%	
	173	45	218

Teste exato de Fisher = 0,429

Tabela 9 - DUSI: Escala de Mentira por gênero

Gênero	Escala de Mentira		Total
	= ou menor que 5	5 negativas e mais	
Masculino	67,44%	32,56%	
	87	42	129
Feminino	79,36%	20,64%	
	173	45	218
Total	74,93%	25,07%	
	260	87	347

Teste exato de Fisher = 0,015

Após a exclusão dos adolescentes pela escala de mentira, as respostas fornecidas no DUSI foram analisadas para o estabelecimento da prevalência do uso de drogas. Primeiramente analisou-se a tabela inicial do DUSI, observando-se a relação da idade por tipo de droga consumida ou não.

Todas as drogas apresentadas na tabela do DUSI para uso nos último 30 dias tiveram a indicação de uso por pelo menos um dos adolescentes participantes da pesquisa (tabela 10), sendo as mais utilizadas o álcool (52,9%), seguido por analgésicos sem prescrição médica (52,33%). Foram encontradas significância estatística para idade com o uso do álcool, do tabaco (10,08%) e das anfetaminas (4,25%). Observa-se que o grupo etário que mais referiu o uso de álcool foi de 16 anos, seguido de 15 e 14 anos. O participante de 18 anos também faz uso de álcool. Os grupos etário que mais usam o tabaco são o de 16 e 15 anos, respectivamente e as anfetaminas o grupo etário de 17 anos seguido pelo de 16 e 15 anos.

Observa-se o uso da maconha nos últimos 30 dias de 3,46%, menor que o uso de tranquilizantes (6,15%). Ressalta-se que na referida tabela do DUSI, na linha que indica o uso de cocaína também está sinalizado crack, um derivado.

Tabela 10 - Uso de álcool por idade

Droga		Idade em anos 12	13	14	15	16	17	18	N inf	Total
Álcool	Não usa	87,5% 7	57,3% 51	40,22% 37	38% 19	33,33% 2	60% 3	0% 0	37,5% 3	47,1% 122
	Usa	12,5% 1	42,7% 38	59,78% 55	62% 31	66,67% 4	40% 2	100% 1	62,5% 5	52,9% 137
Total Sujeitos		8	89	92	50	6	5	1	8	259
Teste Exato de Fisher = 0,0031										
Anfetamina	Não usa	100% 8	95,51% 85	100% 93	90% 45	83,33% 5	80% 4	100% 1	100% 7	95,75% 248
	Usa	0% 0	4,49% 4	0% 0	10% 5	16,67% 1	20% 1	0% 0	0% 0	4,25% 11
Total Sujeitos		8	89	93	50	6	5	1	7	259
Teste Exato de Fisher = 0,0016										
Êxtase	Não usa	100% 8	98,88% 88	100% 93	98% 49	83,33% 5	100% 5	100% 1	100% 8	98,85% 257
	Usa	0% 0	1,12% 1	0% 0	2% 1	16,67% 1	0% 0	0% 0	0% 0	1,15% 3
Total Sujeitos		8	89	93	50	6	5	1	8	260
Teste Exato de Fisher = 0,115										
Cocaína	Não usa	100% 8	98,88% 88	100% 93	100% 50	100% 6	100% 5	100% 1	100% 8	99,62% 259
	Usa	0% 0	1,12% 1	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0,38% 1
Total Sujeitos		8	89	93	50	6	5	1	8	260
Teste Exato de Fisher = 0,642										
Maconha	Não usa	100% 8	96,63% 86	98,92% 92	90% 45	100% 6	100% 5	100% 1	100% 8	96,54% 251
	Usa	0% 0	3,37% 3	1,8% 1	10% 5	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	3,46% 9
Total Sujeitos		8	89	93	50	6	5	1	8	260
Teste Exato de Fisher = 0,273										
Alucinógeno	Não usa	100% 8	97,75% 87	98,92% 92	100% 50	100% 6	100% 5	100% 1	100% 8	98,85% 257
	Usa	0% 0	2,25% 2	1,08% 1	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	1,15% 3
Total Sujeitos		8	89	93	50	6	5	1	8	260
Teste Exato de Fisher = 0,726										
Tranquilizante	Não usa	87,5% 7	93,26% 83	97,85% 91	90% 45	83,33% 5	100% 5	100% 1	87,5% 7	93,85 244
	Usa	12,5% 1	6,74% 6	2,15% 2	10% 5	16,67% 1	0% 0	0% 0	12,5% 1	6,15% 16
Total Sujeitos		8	89	93	50	6	5	1	8	260
Teste Exato de Fisher = 0,166										
Analgésicos	Não usa	62,5% 5	51,14% 45	44,57% 41	40% 20	33,33% 2	80% 4	0% 0	75% 6	47,67% 123
	Usa	37,5% 3	48,86% 43	55,43 51	60% 30	66,67% 4	20% 1	100% 1	25% 2	52,33% 135
Total Sujeitos		8	88	92	50	6	5	1	8	258
Teste Exato de Fisher = 0,291										

Continua

Conclusão

Droga		Idade em anos 12	13	14	15	16	17	18	N inf	Total
Opiáceos	Não usa	100% 8	98,88% 88	100% 93	98% 49	100% 6	100% 5	100% 1	100% 8	99,23% 258
	Usa	0% 0	1,12% 1	0% 0	2% 1	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0,77% 2
Total Sujeitos		8	89	93	50	6	5	1	8	260
Teste Exato de Fisher = 0,616										
Fenilciclina	Não usa	100% 8	100% 89	100% 92	98% 49	100% 6	100% 5	100% 1	100% 8	99,61% 258
	Usa	0% 0	0% 0	0% 0	2% 1	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0,39% 1
Total Sujeitos		8	89	92	50	6	5	1	8	259
Teste Exato de Fisher = 0,301										
Anabolizante	Não usa	87,5% 7	100% 88	97,77% 90	96% 48	100% 6	100% 4	100% 1	100% 8	97,67% 252
	Usa	12,5% 1	0% 0	3,23% 3	4% 2	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	2,33% 6
Total Sujeitos		8	88	93	50	6	4	1	8	258
Teste Exato de Fisher = 0,211										
Inalantes	Não usa	100% 7	93,18% 82	91,4% 85	83,67% 41	83,33% 5	100% 5	100% 1	100% 8	91,05% 234
	Usa	0% 0	6,82% 6	8,6% 8	16,33% 8	16,67% 1	0% 0	0% 0	0% 0	8,95% 23
Total Sujeitos		7	88	93	49	6	5	1	8	257
Teste Exato de Fisher = 0,521										
Tabaco	Não usa	87,5% 7	93,26% 83	96,74% 89	78% 39	50% 3	100% 4	100% 1	75% 6	89,92% 232
	Usa	12,5% 1	6,74% 6	3,26% 3	22% 11	50% 3	0% 0	0% 0	25% 2	10,08% 26
Total Sujeitos		8	89	92	50	6	4	1	8	258
Teste Exato de Fisher = 0,001										
Outras	Não usa	100% 8	92,94% 79	94,44% 85	93,48% 43	100% 6	100% 5	100% 1	100% 7	94,35% 234
	Usa	0% 0	7,06% 6	5,56% 5	6,52% 3	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	5,65% 14
Total Sujeitos		8	85	90	46	6	5	1	7	248
Teste Exato de Fisher = 0,988										

N inf = não informado

Para se estabelecer se o álcool pode ser a porta de entrada de outras drogas para os participantes, analisou-se a associação do seu uso com outras drogas, conforme mostra a tabela 11, sendo observada significância entre o uso de álcool e as seguintes drogas: maconha, analgésicos, anabolizantes, inalantes, tabaco e outras drogas.

Tabela 11 - Associação do uso do álcool e o uso de outras drogas

Outra Droga		Usa álcool Não	Sim	Total	Teste Exato de Fisher
Maconha	Não	100% 122	93,43% 128	96,53% 250	0,004
	Sim	0% 0	6,57% 9	3,47% 9	

Continua

Conclusão

Outra Droga		Usa álcool Não	Sim	Total	Teste Exato de Fisher
Analgésicos	Não	56,56% 69	40% 54	47,86% 123	0,009
	Sim	43,44% 53	60% 81	52,14% 134	
Anabolizantes	Não	100% 0	95,56% 129	97,67% 251	0,031
	Sim	0% 0	4,44% 6	2,33% 6	
Inalantes	Não	95,08% 116	87,31% 117	91,02% 233	0,047
	Sim	4,92% 6	12,69% 17	8,98% 23	
Tabaco	Não	100% 122	80,74% 109	89,88% 231	0,0000
	Sim	0% 0	19,26% 26	10,12% 26	
Outras drogas	Não	100% 120	88,98% 113	94,33% 233	0,0000
	Sim	0% 0	11,02% 14	5,67% 14	

A categoria outras drogas excluem as seguintes drogas: anfetamina, êxtase, cocaína, alucinógeno, tranquilizantes, opiáceos e fenilciciclina, para as quais foram realizados o teste isoladamente e não foram encontradas associações estatísticas,como apresenta a tabela 12.

Tabela 12 - Uso do álcool e não associação ao uso de outras drogas

Outra Droga		Usa álcool Não	Sim	Total	Teste Exato de Fisher
Anfetamina	Não	96,72% 118	94,85% 129	95,74% 247	0,547
	Sim	3,28% 4	5,15% 7	4,26% 11	
Êxtase	Não	100% 122	97,81% 134	98,84% 256	0,250
	Sim	0% 0	2,19% 3	1,16% 3	
Cocaína	Não	100% 122	99,27% 136	99,61% 258	1,000
	Sim	0% 0	0,73% 1	0,39% 1	
Alucinógeno	Não	99,18% 121	98,54% 135	98,84% 256	1,000
	Sim	0,82% 1	1,46% 2	1,16% 3	
Tranquilizantes	Não	94,26% 115	93,43% 128	93,82% 243	0,803
	Sim	5,74% 7	6,57% 9	6,18% 16	
Opiáceos	Não	99,18% 121	99,27% 136	99,23% 257	1,000

Continua

Conclusão

Outra Droga		Usa álcool Não	Sim	Total	Teste Exato de Fisher
	Sim	0,82%	0,73%	0,77%	
		1	1	2	
	Não	100%	99,26%	99,61%	
Fenilciciclina		122	135	257	1,000
	Sim	0%	0,74%	0,39%	
		0	1	1	

Assim, foram criadas oito categorias para se estabelecer o uso associado de drogas, conforme apresentadas no quadro abaixo. Optou-se por separar as drogas lícitas entre si e as drogas ilícitas também para que se pudesse verificar se as drogas lícitas funcionam como drogas de acesso às drogas ilícitas.

Quadro 1: Categorias de associação do uso de drogas

não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	= não uso de nenhuma substância
não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	= não uso de drogas lícitas, mas uso de drogas ilícitas
não álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	= apenas uso de tabaco
não álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	= não uso de álcool, mas uso de tabaco e drogas ilícitas
sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	= apenas uso de álcool
sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	= uso de álcool e drogas ilícitas, mas não de tabaco
sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	= apenas uso de álcool e tabaco
sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	= uso de álcool, drogas ilícitas e tabaco

A frequência e percentagem das oito categorias encontram-se na tabela 13.

Tabela 13 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas

Uso de álcool	Frequência	Percentagem
Não álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	62	24.12%
Não álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	60	23.35%
Não álcool/não drogas ilícitas/ sim tabaco	0	0%
Não álcool / sim drogas ilícitas /sim tabaco	0	0%
Sim álcool/ não drogas ilícitas /não tabaco	36	14.01%
Sim álcool / sim drogas ilícitas / não tabaco	73	28.40%
Sim álcool/ não drogas ilícitas /sim tabaco	5	1.95%
Sim álcool / sim drogas ilícitas / sim tabaco	21	8.17%
Total	257	100%

Observa-se na tabela 14 que que os meninos são mais abstêmios que as meninas, que estas consomem mais drogas associadas do que os meninos, exceto para associação de álcool

e tabaco e que o consumo de drogas lícitas e ilícitas associadas neste grupo não difere por gênero.

Tabela 14 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por gênero

Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	Gênero Masculino	Feminino	Total
Não álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	32,56% 28	19,88% 34	24,12% 62
Não álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	19,77% 17	25,15% 43	23,35% 60
Sim álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	11,63% 10	15,20% 26	14,01% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	25,58% 22	29,82% 51	28,40% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/ sim tabaco	2,33% 2	1,75% 3	1,95% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ sim tabaco	8,14% 7	8,19% 14	8,17% 21
Total	100% 86	100% 171	100% 257

Teste de Fisher: p = 0,356

Em relação ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por grupo etário, pode-se verificar na tabela 15 que, os grupos de 13 e 14 anos de idade são os que mais consomem drogas, sendo o maior uso do álcool e drogas ilícitas associadas, seguido de uso de drogas ilícitas apenas.

Tabela 15 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por grupo etário

Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	Grupo Etário Até 13	14	15 e +	N inf	Total
Não álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	31,96% 31	19,78% 18	18,03% 11	25,00% 2	24,12% 62
Não álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	27,84% 27	20,88% 19	21,31% 13	12,50% 1	23,35% 36
Sim álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	11,34% 11	18,68% 17	11,48% 7	12,50% 1	14,01% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	21,65% 21	37,36% 34	26,23% 16	25,00% 2	28,40% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/ sim tabaco	1,03% 1	0,00% 0	3,28% 2	25,00% 2	1,95% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ sim tabaco	6,19% 6	3,30% 3	19,67% 12	0,00% 0	8,17% 21
Total	100% 97	100% 91	100% 61	100% 8	100% 257

Teste do qui-quadrado P < 0.001

Não houve associação significante para o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por classificação econômica (p = 0,342); assim como não houve associação significante para: problemas com o uso de álcool e drogas ilícitas identificados na área 1 do DUSI e gênero

(Teste exato de Fisher p = 0,925) e problemas com o uso de álcool e drogas ilícitas identificados na área 1 do DUSI e classificação econômica (Teste de Kruskal-Wallis: p = 0,076) conforme mostram as tabelas 16, 17 e 18.

Tabela 16 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por classificação econômica

	Classificação Econômica pelo CCEB								
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	**.**	**A2**	**B1**	**B2**	**C1**	**C2**	**D**	**E**	**Total**
Não álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	100% 2	26,67% 4	31,03% 18	17,43% 19	25,93% 14	14,29% 2	50% 2	100% 1	24,12% 62
Não álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	0,0% 0	20,0% 3	22,41% 13	27,52% 30	18,52% 10	21,43% 3	25% 1	0,0% 0	23,35% 60
Sim álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	0,0% 0	0,0% 0	10,34% 6	17,43% 19	14,81% 8	21,43% 3	0,0% 0	0,0% 0	14,01% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	0,0% 0	46.67% 7	31,03% 18	25,69% 28	33,33% 18	7,14% 1	25% 1	0,0% 0	28,40% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/ sim tabaco	0,0% 0	0,0% 0	1,72% 1	1,83% 2	1,85% 1	7,14% 1	0,0% 0	0,0% 0	1,95% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ sim tabaco	0,0% 0	6,67% 1	3,45% 2	10,09% 11	5,56% 3	28,57% 4	0,0% 0	0,0% 0	8,17% 21
Total	100% 2	100% 15	100% 58	100% 109	100% 54	100% 14	100% 4	100% 1	100% 257

Teste Qui quadrado: p = 0,342

Tabela 17 - Problemas com o uso de álcool e drogas ilícitas (área 1) e gênero

	Gênero		
Problemas com o uso de álcool e drogas ilícitas	**Masculino**	**Feminino**	**Total**
Sem	91,95% 80	89,60% 155	90,38% 235
Presença	6,9% 6	8,67% 15	8,08% 21
Pesado	1,15% 1	1,73% 3	1,54% 4
Total	100% 87	100% 173	100% 260

Teste exato de Fisher = 0,925

Tabela 18 - Classificação econômica (CCEB) por problemas com o uso de álcool e drogas ilícitas (área 1)

CCEB	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	0,0	0,0	0,0	0,0
A2	5,8	11,8	0,0	40,0
B1	2,6	6,8	0,0	33,3
B2	6,1	11,7	0,0	73,3
C1	5,8	11,1	0,0	53,3
C2	13,3	23,9	0,0	73,3

Continua

Conclusão

CCEB	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
D	0,0	0,0	0,0	0,0
E	0,0	.	0,0	0,0
Total	5,5	11,7	0,0	73,3

Teste de Kruskal-Wallis: p = 0,076

Devido aos adolescentes participantes desta pesquisa terem sido captados no ambiente escolar, procedeu-se a análise do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas a partir das categorias criadas, verificando-se a associação com a área 7 do DUSI (escola), que investiga o desempenho acadêmico.

Tabela 19 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas e desempenho escolar

	Área 07 (escola)			
Uso de álcool	**med (da)**	**Sd (da)**	**med (dr)**	**Sd (dr)**
Não álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	25	12.66446	9.525278	3.789768
Não álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	30	13.14455	9.952607	3.569082
Sim álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco	30	12.42996	10.61947	3.281352
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco	30	14.3384	9.940953	3.691268
Sim álcool/não drogas ilícitas/ sim tabaco	40	15.41103	8.791209	5.428814
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ sim tabaco	50	13.52247	10.27991	2.932085

Onde:
med (da): mediana da densidade absoluta da área 07 (DUSI)
Sd (da): desvio padrão da densidade absoluta da área 07 (DUSI)
med (dr): mediana da densidade relativa da área 07 (DUSI)
Sd (dr): desvio padrão da densidade relativa da área 07 (DUSI)

O teste de Kruskal-Wallis não indicou existência de diferenças entre os escores da densidade relativa da área 7 em relação ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Já para a densidade absoluta, o mesmo teste indicou existência de diferenças entre os Escores ($P < 0,001$). Foram aplicados contrastes por Mann-Whitney para identificar quais são as diferenças que originaram a significância. Essa aplicação foi feita com correção para comparações múltiplas, originando um valor crítico de $p = 0,002$. Assim, o nível global de significância permaneceu em 5%.

A partir das correções foram obtidas as seguintes comparações para problemas na escola e o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas:

Quadro 2 - Diferenças significantes entre uso de drogas e desempenho escolar

Não álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco < Sim álcool / sim drogas ilícitas / sim tabaco
Não álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco < Sim álcool / sim drogas ilícitas / sim tabaco
Sim álcool/não drogas ilícitas/ não tabaco < Sim álcool / sim drogas ilícitas / sim tabaco
Sim álcool/sim drogas ilícitas/ não tabaco < Sim álcool / sim drogas ilícitas / sim tabaco

Nota: todos os valores de p nos contrastes foram < 0,001.

Verifica-se no quadro 2 que os adolescentes têm maior problema no desempenho escolar devido ao uso associado de álcool, tabaco e drogas ilícitas, seguido pelo uso associado de álcool e tabaco e que o uso de qualquer substância pode influenciar no desempenho acadêmico.

Após a análise da prevalência do uso de drogas pelos escolares, procedeu-se a análise das variáveis independentes: autoestima, apoio social e estilo parental e, posteriormente, a correlação destas com os problemas relacionados ao uso de substâncias pelos escolares.

A análise da autoestima, segundo os dados obtidos pela a Escala de Autoestima de Rosenberg, mostrou que os adolescentes participantes possuem autoestima positiva. Não foi encontrada diferença significante quando analisada a autoestima por gênero, grupo etário ou classificação econômica, conforme apresentado nas tabelas 20, 21 e 22.

Tabela 20 – Autoestima por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	29,9	4,4	20,0	40,0
Feminino	28,7	4,6	17,0	38,0
Total	29,1	4,6	17,0	40,0

Teste de Mann Whitney: p = 0,061

Tabela 21 – Autoestima por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	29,4	4,6	19,0	40,0
14 anos	28,9	4,7	18,0	38,0
15 anos e mais	28,7	4,3	17,0	36,0
Não Informado	30,8	5,0	25,0	38,0
Total	29,1	4,6	17,0	40,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,823

Tabela 22 – Autoestima por classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	25.0	.	25.0	25.0
A2	30.9	3.4	25.0	37.0
B1	29.0	5.0	19.0	40.0
B2	29.1	4.6	17.0	38.0
C1	28.6	4,2	20,0	38,0
C2	28,5	4,8	19,0	38,0
D	33,3	3,4	30,0	38,0
E	26,0	.	26,0	26,0
Total	29,1	4,6	17,0	40,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,255

A tabela 23 apresenta o coeficiente de correlação de Spearman, a significância em densidades absoluta e relativa das áreas do DUSI e a correlação com a autoestima dos adolescentes. Assumiu-se como valor estatístico significante quando a correlação foi menor que 0,05. No estudo, em densidade absoluta, com exceção da área 1 e 8, as áreas sofreram influência direta da autoestima dos adolescentes. Ou seja, quanto mais negativa a autoestima, maior o risco de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, sendo o inverso verdadeiro; para autoestima positiva, o risco de problemas diminui. Já em densidade relativa, somente a área 6 (sistema familiar) correlacionou-se com a autoestima no total de problemas das áreas, ou seja, adolescentes com autoestima positiva tendem a sofrer influência positiva do sistema familiar, que por sua vez irá influenciar positivamente na proteção aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas nas áreas de vida avaliadas pelo DUSI. Também nesse caso o inverso acontece com a autoestima negativa, que sofrerá maior influência negativa do sistema familiar, que influenciará nos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas influenciando em todas as áreas avaliadas pelo DUSI.

Tabela 23 - DUSI e autoestima Rosenberg

DUSI	CSda	p	CSdr	p
Área 1	-0,089	1,000	-0,051	1,000
Área 2	-0,309	0,000	0,053	1,000
Área 3	-0,207	0,008	0,060	1,000
Área 4	-0,401	0,000	-0,007	1,000
Área 5	-0,338	0,000	-0,055	1,000
Área 6	-0,405	0,000	-0,274	<0,001
Área 7	-0,331	0,000	-0,029	1,000
Área 8	-0,155	0,127	-0,122	0,542
Área 9	-0,171	0,005	0,091	1,000
Área 10	-0,281	0,000	0,083	1,000

Onde:
CSda: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade absoluta;
CSdr: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade relativa;
Ainda - Área 1: uso de substâncias; Área 2: comportamento; Área 3: saúde; Área 4: transtornos psiquiátricos; Área 5: sociabilidade; Área 6: sistema familiar; Área 7: escola; Área 8: trabalho; Área 9: relacionamento com amigos, Área 10: lazer/recreação.

Após, procedeu-se a análise do apoio social dos adolescentes, por meio dos resultados obtidos no SSA. Verificou-se que no total, o grupo de adolescentes participantes avalia o apoio social percebido como muito baixo, tendo sido avaliados os professores como a fonte mais suportiva, seguidos de outras fontes de suporte; a família é a fonte percebida como menos suportiva pelos adolescentes, conforme apresentado nas tabelas 24 a 29.

Tabela 24 - SSA por categoria de análise

Apoio social	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
SSA família	10.594	5,0578	6	34,5
SSA amigos	12,728	5,1595	6	34
SSA professores	14,389	5,3871	5	30
SSA outros	15,659	5,0875	6	34
SSA total	53,355	15,6771	24	118

Tabela 25 - SSA categoria professores

SSA professores	Frequência	Percentual
Muito Baixo	192	74,13
Baixo	26	10,04
Médio	35	13,51
Alto	5	1,93
Muito Alto	1	0,39
Total	259	100,0

Tabela 26 - SSA categoria outros

SSA outros	Frequência	Percentual
Muito Baixo	242	93,44
Baixo	11	4,25
Médio	5	1,93
Alto	1	0,39
Total	259	100,0

Tabela 27 - SSA categoria amigos

SSA amigos	Frequência	Percentual
Muito Baixo	253	97,68
Baixo	1	0,39
Médio	4	1,54
Alto	1	0,39
Total	259	100,0

Tabela 28 - SSA categoria família

SSA família	Frequência	Percentual
Muito Baixo	256	98,84
Baixo	1	0,39
Médio	1	0,39
Alto	1	0,39
Total	259	100,0

Tabela 29 - Apoio social global

SSA global	Frequência	Percentual
Muito Baixo	256	98,84
Baixo	1	0,39
Médio	2	0,77
Total	259	100,0

Os resultados não apresentaram significância estatística quando avaliado o apoio social por gênero e por grupo etário, mas o aluno da classe econômica E é o que percebe o

apoio social como mais baixo, seguido pela classe econômica A2. Mesmo dentro da percepção do suporte como muito baixo, os adolescentes participantes da classe econômica C2 foram os que melhor avaliaram o apoio social, seguidos pelos da classe C1, D, B2 e B1.

Tabela 30 - Apoio social por grupo classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	47,0	.	47,0	47,0
A2	43,5	11,4	29,0	63,0
B1	50,2	14,1	25,0	91,0
B2	53,8	16,0	24,0	118,0
C1	56,8	17,2	26,0	115,0
C2	60,9	12,6	45,0	90,0
D	56,0	7,6	48,0	63,0
E	33,0	.	33,0	33,0
Total	53,4	15,7	24,0	118,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,012

Tabela 31 - Apoio social por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	54,2	16,2	26,0	118,0
Feminino	52,9	15,5	24,0	115,0
Total	53,4	15,7	24,0	118,0

Teste de Mann Whitney: p = 0,593

Tabela 32 - Apoio social por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	53,3	15,9	24,0	115,0
14 anos	50,6	14,3	25,0	91,0
15 anos e mais	57,3	17,1	28,0	118,0
Não Informado	55,8	11,9	38,0	78,0
Total	53,4	15,7	24,0	118,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,107

Antes da apresentação dos resultados obtidos acerca do estilo parental se faz necessário um esclarecimento quanto à denominação que será usada. A pesquisa avaliou a percepção dos adolescentes participantes e dos responsáveis participantes. Assim, quando os resultados se referirem a percepção dos responsáveis serão denominados de exigência parental ou responsividade parental, pois apenas um dos responsáveis pelo adolescente participou da pesquisa; quando os resultados se referirem à percepção do filho, os mesmos serão apresentados subdivididos em exigência e responsividade materna e paterna, de acordo com a escala utilizada para a avaliação.

De acordo com a percepção dos pais e dos filhos, o estilo parental predominante é o autoritativo, para os pais e para as mães. A percepção dos pais quanto ao estilo parental que eles adotam não difere por gênero, grupo etário ou classificação econômica; nem em relação à

exigência parental (tabelas 33 a 38); tampouco em relação à responsividade parental (tabelas 39 a 41).

Tabela 33 - Estilo parental de acordo com a percepção dos pais

Estilo Parental	Frequência	Percentual
Autoritário	56	23,83%
Autoritativo	114	48,51%
Permissivo	15	6,38%
Negligente	50	21,28%
Total	235	100%

Tabela 34 - Estilo Parental Materno – percepção dos filhos

Estilo Parental Materno	Frequência	Percentual
Autoritativo	37	14,51%
Autoritário	92	36,08%
Permissivo	47	18,43%
Negligente	79	30,98%
Total	255	100%

Tabela 35 - Estilo Parental Paterno – percepção dos filhos

Estilo Parental Paterno	Frequência	Percentual
Autoritativo	25	12,20%
Autoritário	79	38,54%
Permissivo	26	12,68%
Negligente	75	36,59%
Total	205	100%

Tabela 36 - Exigência parental por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	17,3	1,8	6,0	18,0
Feminino	17,2	1,6	6,0	18,0
Total	17,2	1,7	6,0	18,0

Teste de Mann Whitney: p =0,617

Tabela 37 - Exigência parental por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	17,3	1,6	12,0	18,0
14 anos	17,4	1,0	14,0	18,0
15 anos e mais	16,8	2,5	6,0	18,0
Não Informado	17,9	0,4	17,0	18,0
Total	17,2	1,7	6,0	18,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,366

Tabela 38 - Exigência parental por grupo classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	17,5	0,7	17,0	18,0
A2	17,5	1,2	14,0	18,0
B1	17,7	0,8	14,0	18,0

Continua

Conclusão

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
B2	17,0	1,9	6,0	18,0
C1	17,2	1,3	12,0	18,0
C2	16,7	3,2	6,0	18,0
D	18,0	0,0	18,0	18,0
E	18,0	.	18,0	18,0
Total	17,2	1,7	6,0	18,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,434

Tabela 39 - Responsividade parental por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	26,6	3,8	10,0	30,0
Feminino	26,1	3,4	14,0	30,0
Total	26,2	3,6	10,0	30,0

Teste de Mann Whitney: p = 0,089

Tabela 40 - Responsividade parental por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	26,8	3,3	10,0	30,0
14 anos	26,2	3,4	15,0	30,0
15 anos e mais	25,7	4,1	12,0	30,0
Não Informado	25,3	4,3	19,0	30,0
Total	26,2	3,6	10,0	30,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,393

Tabela 41 - Responsividade parental por classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	22,5	2,1	21,0	30,0
A2	25,5	2,9	19,0	30,0
B1	27,0	2,8	18,0	30,0
B2	26,3	3,9	10,0	30,0
C1	26,0	3,3	18,0	30,0
C2	24,3	4,4	16,0	30,0
D	29,3	0,6	29,0	30,0
E	29,0	.	29,0	30,0
Total	26,2	3,6	10,0	30,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,548

Os alunos mais jovens percebem as mães como mais exigentes do que os alunos mais velhos, assim como as classes econômicas mais altas.

Tabela 42 - Exigência materna (percepção dos filhos) por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	40,6	8,4	6,0	48,0
14 anos	39,9	6,2	23,0	48,0
15 anos e mais	38,3	8,4	11,0	48,0
Não Informado	44,3	2,5	41,0	48,0
Total	39,9	7,6	6,0	48,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,027

Tabela 43 - Exigência materna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	41,5	9,2	35,0	48,0
A2	40,0	8,0	19,0	48,0
B1	33,7	13,8	0,0	48,0
B2	32,6	13,9	0,0	48,0
C1	35,3	11,6	0,0	48,0
C2	17,7	18,3	0,0	48,0
D	32,5	11,6	21,0	43,0
E	.	.	.	.
Total	33,2	13,8	0,0	48,0

Teste de Kruskal–Wallis: p = 0,040

Tabela 44 - Exigência materna (percepção dos filhos) por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	39,4	8,3	7,0	48,0
Feminino	40,2	7,2	6,0	48,0
Total	39,9	7,6	6,0	48,0

Teste de Mann Whitney: p = 0,593

Quanto à responsividade maternal, não foram encontradas diferenças estatísticas significantes por gênero, grupo etário e classificação econômica.

Tabela 45 - Responsividade materna (percepção dos filhos) por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	38,8	8,1	4,0	49,0
Feminino	37,0	10,9	4,0	48,0
Total	37,6	10,0	4,0	49,0

Teste de Mann Whitney: p = 0,679

Tabela 46 - Responsividade materna (percepção dos filhos) por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	38,5	10,0	6,0	48,0
14 anos	36,8	10,6	4,0	49,0
15 anos e mais	37,3	9,2	10,0	48,0
Não Informado	39,8	10,6	18,0	48,0
Total	37,6	10,0	4,0	49,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,329

Tabela 47 - Responsividade materna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	34,5	6,4	30,0	39,0
A2	40,8	6,2	26,0	49,0
B1	38,1	9,9	9,0	48,0
B2	37,7	9,5	7,0	48,0
C1	37,3	10,0	4,0	48,0

Continua

Conclusão

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
C2	31,4	16,4	4,0	48,0
D	42,5	6,6	33,0	48,0
E	48,0	.	48,0	48,0
Total	37,6	10,0	4,0	49,0

Teste de Mann Whitney: p = 0,633

Avaliação semelhante dos filhos ocorreu em relação à exigência e à responsividade paterna, não havendo diferenças estatísticas significantes por gênero e classificação econômica. Os filhos mais jovens percebem os pais como mais exigentes que os mais velhos (tabela 48).

Tabela 48 - Exigência paterna (percepção dos filhos) por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	35,5	13,2	0,0	48,0
14 anos	32,7	13,0	0,0	48,0
15 anos e mais	29,6	15,7	0,0	48,0
Não Informado	40,1	5,8	31,0	48,0
Total	33,2	13,8	0,0	48,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,034

Tabela 49 - Exigência paterna (percepção dos filhos) por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	32,4	14,7	0,0	48,0
Feminino	33,7	13,3	0,0	48,0
Total	33,2	13,8	0,0	48,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,464

Tabela 50 - Exigência Paterna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	32,5	4,9	29,0	36,0
A2	42,1	5,8	27,0	48,0
B1	39,9	7,7	15,0	48,0
B2	40,1	7,7	6,0	48,0
C1	39,4	6,8	11,0	48,0
C2	37,9	11,2	16,0	48,0
D	45,0	2,4	42,0	47,0
E	44,0	.	44,0	44,0
Total	39,9	7,6	6,0	48,0

Teste de Kruskal-Wallis: p = 0,295

Tabela 51 - Responsividade paterna (percepção dos filhos) por gênero

Gênero	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Masculino	31,2	14,2	0,0	48,0
Feminino	30,5	14,7	0,0	48,0
Total	30,8	14,5	0,0	48,0

Teste de Mann Whitney: p = 0,980

Tabela 52 - Responsividade paterna (percepção dos filhos) por grupo etário

Grupo etário	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 13 anos	32,5	13,9	0,0	48,0
14 anos	30,0	14,6	0,0	48,0
15 anos e mais	29,2	15,2	0,0	48,0
Não Informado	31,9	15,5	11,0	48,0
Total	30,8	14,5	0,0	48,0

Teste de Kruskal – Wallis: p = 0,534

Tabela 53 - Responsividade paterna (percepção dos filhos) por grupo classificação econômica

Classificação Econômica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
.	38,5	13,4	29,0	48,0
A2	36,2	12,8	3,0	48,0
B1	31,9	14,2	0,0	48,0
B2	29,5	14,6	0,0	48,0
C1	33,0	13,0	0,0	48,0
C2	16,2	17,2	0,0	44,0
D	30,8	13,7	12,0	45,0
E	.	.	.	.
Total	30,8	14,5	0,0	48,0

Teste de Kruskal-Wallis: p = 0,085

Algumas áreas de interesse do DUSI foram testadas em relação ao estilo parental, à exigência e à responsividade parental, maternal e paterna e ao apoio social. Embora de fraca intensidade, observam-se correlações, como mostram as tabelas 54 a 58. Em relação à área 5 (sociabilidade), observa-se correlação apenas com a responsividade paterna. Em relação à area 9, ao contrário, só não foi encontrada correlação com a exigência parental.

Tabela 54 – Área 1 DUSI e Estilo Parental

Estilo Parental	CSda	p	CSdr	p
Exigência Parental	-0,258	< 0,001	-0,270	< 0,001
Responsividade parental	-0,266	< 0,001	-0,263	< 0,001
Exigência Materna	-0,285	< 0,001	-0,296	< 0,001
Responsividade Materna	-0,199	0,001	-0,204	0,001
Exigência Paterna	-0,205	0,002	-0,219	0,001
Responsividade Paterna	-0,183	0,008	-0,193	0,006

CSda: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade absoluta
CSdr: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade relativa

Tabela 55 – Área 5 DUSI e Estilo Parental

Estilo Parental	CSda	p
Exigência Parental	-0,025	0,697
Responsividade parental	-0,092	0,154
Exigência Materna	-0,034	0,590
Responsividade Materna	-0,150	0,160
Exigência Paterna	-0,128	0,067
Responsividade Paterna	-0,150	0,032

CSda: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade absoluta

Tabela 56 – Área 6 DUSI e Estilo Parental

Estilo Parental	CSda	p	CSdr	p
Exigência Parental	- 0,183	0,005	-0,129	0,052
Responsividade parental	- 0,283	< 0,001	-0,241	< 0,001
Exigência Materna	-0,237	< 0,001	-0,160	0,011
Responsividade Materna	-0,355	< 0,001	-0,278	< 0,001
Exigência Paterna	-0,268	< 0,001	-0,217	0,002
Responsividade Paterna	-0,403	< 0,001	-0,352	< 0,001

CSda: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade absoluta
CSdr: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade relativa

Tabela 57 – Área 9 DUSI e Estilo Parental

Estilo Parental	CSda	p
Exigência Parental	-0,107	0,105
Responsividade parental	-0,173	0,008
Exigência Materna	-0,192	0,002
Responsividade Materna	-0,141	0,025
Exigência Paterna	-0,266	<0,001
Responsividade Paterna	-0,184	0,009

CSda: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade absoluta

Tabela 58 - Apoio social e áreas do DUSI

Apoio social	daDUSI	CSda	p
Apoio social	Área 02	0,301	< 0,001
Apoio social	Área 04	0,244	<0,001
Apoio social	Área 05	0,201	0,001
Apoio social	Área 06	0,322	<0,001
Apoio social	Área 07	0,331	<0,001
Apoio social	Área 09	0,225	< 0,001
Apoio social	Área 10	0,225	<0,001

CSda: Coeficiente de Correlação de Spearman sobre densidade absoluta
daDUSI: Ddensidade absoluta das areas do DUSI

Por fim, foram analisados os resultados obtidos sobre o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas com o estilo parental na percepção dos pais e dos filhos e com as categorias do apoio social.

Não foram encontradas correlações entre a percepção dos pais sobre o estilo parental que adotam e o uso de drogas pelos filhos, assim como também não foi encontrada entre o estilo parental paterno e o uso de substâncias (tabelas 59 e 60), mas os resultados apresentados na tabela 61 apontam que o estilo parental materno influencia no uso de tais substâncias, sendo que os filhos de mães autoritárias parecem estar mais protegidos do uso de álcool e tabaco combinados e é o menor grupo entre os usuários de álcool associado às drogas ilícitas; os filhos de mães autoritativas são o maior grupo entre os usuários de drogas ilícitas (sem uso de álcool e sem uso de tabaco) e o maior grupo entre usuários de drogas lícitas (uso de álcool e tabaco combinados), mas o estilo parece proteger do uso de todas as drogas

combinadas; o estilo parental materno permissivo predomina no grupo de usuários de álcool e drogas ilícitas combinadas e do usuários de álcool apenas (sem o uso de tabaco ou de drogas ilícitas), sendo o menor grupo entre os usuários de drogas ilícitas apenas (sem associação com álcool ou tabaco) e, na contramão desses resultados, também são o maior grupo dentre os escolares que não consomem nenhum tipo de drogas; e os filhos de mães negligentes parecem ser mais suscetíveis ao uso de drogas lícitas e ilícitas combinadas, embora sejam o menor grupo dentre os usuários de drogas ilícitas apenas (sem associação do uso de álcool ou de tabaco).

Tabela 59 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estilo parental (percepção dos pais)

	Estilo Parental				
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	**Autoritário**	**Autoritativo**	**Permissivo**	**Negligente**	**Total**
Não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	28,57%	26,79%	7,14%	14,0%	23,28%
	16	30	1	7	54
Não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	21,43%	23,21%	28,57%	24,0%	23,28%
	12	26	4	12	54
Sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	12,50%	17,86%	7,14%	12,0%	14,66%
	7	20	1	6	34
Sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	28,57%	23,21%	35,71%	34,0%	27,59%
	16	26	5	17	64
Sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	1,79%	2,68%	0,0%	2,0%	2,16%
	1	3	0	1	5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	7,14%	6,25%	21,43%	14,0	9,05%
	4	7	3	7	21
Total	100%	100%	100%	100%	100%
	56	112	14	50	232

Qui-quadrado p= 0,528

Tabela 60 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estilo parental paterno (percepção dos filhos)

	Estilo Parental Paterno				
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	**Autoritário**	**Autoritativo**	**Permissivo**	**Negligente**	**Total**
Não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	28,0%	33,77%	15,38%	20,27%	25,74%
	7	26	4	15	52
Não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	24,0%	19,48%	19,23%	27,03%	22,77%
	6	15	5	20	46
Sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	16,0%	11,69%	26,92%	9,46%	13,37%
	4	9	7	7	27
Sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	28,0%	31,17%	38,46%	25,68%	29,70%
	7	24	10	19	60
Sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	0,0%	1,30%	0,0%	2,70%	1,49%
	0	1	0	2	3
Sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	4,0%	2,60%	0,0%	14,86%	6,93%
	1	2	0	11	14
Total	100%	100%	100%	100%	100%
	25	77	26	74	202

Qui-quadrado p= 0.077

Tabela 61 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estilo parental materno (percepção dos filhos)

	Estilo Parental Materno				
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	**Autoritário**	**Autoritativo**	**Permissivo**	**Negligente**	**Total**
Não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	24,32% 9	25,27% 23	28,89% 13	17,72% 14	23,41% 59
Não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	27,03% 10	27,47% 25	8,89% 4	25,32% 20	23,41% 59
Sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	16,22% 6	13,19% 12	17,78% 8	12,66% 10	14,29% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	18,92% 7	26,37% 24	42,22% 19	29,11% 23	28,97% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	0,0% 0	4,40% 4	0,0% 0	1,27% 1	1,98% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	13,51% 5	3,30% 3	2,22% 1	13,92% 11	7,94% 20
Total	100% 37	100% 91	100% 45	100% 79	100% 252

Qui-quadrado p= 0,042

A análise das correlações entre o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas com apoio social por categorias, mostrou associação com o apoio social familiar e do advindo dos professores, parecendo ser o apoio social percebido mais alto advindo da família um fator de risco para o uso de todas as drogas; o apoio social advindo dos professores se mostrou protetivo ao uso de drogas, sendo os adolescentes que o percebem como alto o maior grupo entre os abstêmios (tabela 62 e 63). Não foram encontradas correlações entre o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas e o apoio social de amigos e de outras fontes (tabelas 64 e 65).

Tabela 62 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria família

	SSA Família				
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	**Muito Baixo**	**Baixo**	**Médio**	**Alto**	**Total**
Não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	24,11% 61	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	23,83% 61
Não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	23,72% 60	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	23,44% 60
Sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	14,23% 36	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	14,06% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	28,85% 73	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	28,52% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	1,98% 5	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	1,95% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	7,11% 18	100% 1	100% 1	100% 1	8,20% 21
Total	100% 253	100% 1	100% 1	100% 1	100% 256

Qui-quadrado p= 0,003

Tabela 63 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria professores

Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	SSA Professores Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Total
Não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	25.65% 49	3,85% 1	24,24% 8	60,0% 3	0,0% 0	23,83% 61
Não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	25.65% 49	23,08% 6	15,15% 5	0,0% 0	0,0% 0	23,44% 60
Sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	11,52% 22	23,08% 6	24,24% 8	0,0% 0	0,0% 0	14,06% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	28,27% 54	38,46% 10	24,24% 8	20,0% 1	0,0% 0	28,52% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	1,57% 3	0,0% 0	6,06% 2	0,0% 0	0,0% 0	1,95% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	7,33% 14	11,54% 3	6,06% 2	20,0% 1	0,0% 0	8,20% 21
Total	100% 191	100% 26	100% 33	100% 5	100% 1	100% 256

Qui-quadrado p= 0,034

Tabela 64 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria amigos

Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	SSA Amigos Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Total
Não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	23,6% 59	100% 1	25,0% 1	0,0% 0	23,83% 61
Não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	24,0% 60	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	23,44% 60
Sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	14,4% 36	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	14,06% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	28,4% 71	0,0% 0	25,0% 1	100% 1	28,52% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	2,0% 5	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	1,95% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	7,6% 19	0,0% 0	50,0% 2	0,0% 0	8,20% 21
Total	100% 250	100% 1	100% 4	100% 1	100% 256

Qui-quadrado p= 0,382

Tabela 65 - Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por apoio social categoria outros

Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	SSA Outros Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Total
Não álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	23,43% 56	36,36% 4	20,0% 1	0,0% 0	23,83% 61
Não álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	23,43% 56	18,18% 2	40,0% 2	0,0% 0	23,44% 60
Sim álcool/não drogas ilícitas/não tabaco	13,81% 33	27,27% 3	0,0% 0	0,0% 0	14,06% 36
Sim álcool/sim drogas ilícitas/não tabaco	29,29% 70	9,09% 1	20,0% 1	100% 1	28,52% 73
Sim álcool/não drogas ilícitas/sim tabaco	2,09% 5	0,0% 0	0,0% 0	0,0% 0	1,95% 5
Sim álcool/sim drogas ilícitas/sim tabaco	7,95% 19	9,09% 1	20,0% 1	0,0% 0	8,20% 21
Total	100% 239	100% 11	100% 5	100% 1	100% 256

Qui-quadrado p= 0,882

6 DISCUSSÃO

Uso de substâncias está associado a diversos fatores tais como: diversão e lazer; isolamento social; início precoce do trabalho devido ao contato com o mundo adulto; aceitação dos pares; estímulo para experimentação da própria família; cultural; melhorar a satisfação com a vida, inclusive ligada ao desemprego; forma de diminuir a ansiedade e estresse; ou seja, ligado às distintas vulnerabilidades que permeiam o viver (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Após a caracterização dos adolescentes participantes (tabelas 1 a 5) os dados foram processados examinando-se a validade dos questionários DUSI pela escala de mentira (tabelas 6 a 9). Nossos achados mostram, por meio desta escala, que meninas quando questionadas sobre o uso de drogas mentem mais (tabela 9). Uma explicação possível para isso é a imagem da figura feminina que a nossa sociedade ainda mantém sobre a questão do gênero, na qual as meninas devem ser bem-comportadas e só desenvolverem boas ações e, assim, tentariam mostrar, mesmo admitindo algum uso no DUSI, que não mentem, que não se importam se ganham ou perdem em um jogo, entre outras respostas, que as tornariam mais femininas e aceitas. No Brasil algumas pesquisas sobre gênero têm mostrado que a imagem predominante sobre as meninas é de pessoas delicadas, responsáveis, organizadas, estudiosas, esforçadas, meigas, sendo que o mesmo comportamento não é esperado dos meninos (MAIA; NAVARRO; MAIA, 2011; PEREIRA, 2011). Desse modo, mesmo as meninas buscando um espaço igual e assumindo comportamentos de igualdade, ainda ocorre de manterem o discurso da norma.

A maioria dos adolescentes participantes tinha 14 anos idade, o que se justifica pela forma como foram captados, nos 8os e 9os anos do segundo ciclo do ensino fundamental. Porém, a escolha dessa fase da vida se deu devido às transições que o indivíduo está enfrentando, o que pode torná-lo mais vulnerável à experimentação e ao uso de substâncias.

Vários estudos apresentam essa etapa da vida como crucial quanto ao comportamento de uso e experimentação de drogas e as consequências que acarretam na vida do adolescente e, posteriormente, do adulto (DANIELSSON et al., 2010; MALTA et al., 2010; MURPHY et al., 2013; SILVA; PADILHA, 2011; SMYTH; KELLY; COX, 2011; STONE et al., 2012), por isso a escolha por tais participantes.

De maneira geral, os resultados desta pesquisa apontam que o uso de drogas entre os adolescentes participantes aumenta com a idade, chegando a 66,67% de uso no mês entre os de 16 anos, sendo a substância mais usada o álcool associado com drogas ilícitas, seguida de

apenas drogas ilícitas. Quando analisada cada droga em relação à idade (tabela 10), o álcool se destaca como a droga mais consumida; houve associação do consumo de anfetaminas e de tabaco com a idade, sendo que o uso das anfetaminas também aumenta com a idade e o uso do tabaco é maior entre os sujeitos de 15 e 16 anos.

Danielsson et al. (2010) referem que adolescentes de 14 anos que pertencem ao grupo de uso problemático de substâncias, principalmente as meninas, são mais prováveis de terem problemas legais, abandonar a escola e ficarem dependentes até os 20 anos de idade, comparando às meninas que fazem uso não problemático.

Vários estudos reforçam a preocupação da Saúde Pública com o uso de álcool por adolescentes muito jovens, pois o uso precoce do álcool está associado ao envolvimento em assaltos, início precoce das atividades sexuais e a tornar-se bebedor de longa data e dependente (DANIELSSON et al., 2010; KELLY et al., 2012). Trucco, Colder e Wieczorek (2011) ainda apontam além desses danos, a associação do uso precoce do álcool com o comportamento binge e o uso de outras drogas.

É importante perceber qual a relação que a sociedade estabelece com essa substância. Quando o DUSI era lido pelos entrevistadores, em todas as escolas, havia uma estranheza dos adolescentes ao ouvirem que o álcool é uma droga. Vários estudos vêm mostrando que, embora ele seja a droga mais consumida em vários países e a que mais causa danos à sociedade, ele é aceito e, a partir da adolescência, muitas vezes o seu consumo incentivado, principalmente entre os meninos, mesmo sendo seu consumo legal restrito aos maiores de 18 ou 21 anos, a depender do país, como no caso do Brasil em que a venda e o consumo são permitidos apenas aos maiores de 18 anos, mas os adolescentes o obtém facilmente.

O estudo de Perra et al. (2012) reforça essa ideia. Eles referem que para os britânicos, culturalmente, o uso de álcool aos 15-16 anos não é considerado um problema, mesmo sendo os maiores consumidores da União Europeia. Stone et al. (2012) também referem que a sociedade e a cultura exercem papel crucial na influência do uso de substâncias pelos jovens, tanto para a abstinência quanto para o abuso.

Ainda, 52,9% dos escolares participantes deste estudo usaram álcool nos 30 dias que antecederam a pesquisa, o que vai ao encontro do estudo de Benjet et al. (2014), no qual mais da metade dos adolescentes referiu que já havia usado essa droga, sendo um dos possíveis fatores, de acordo com os autores, a facilidade de acesso e as influências socioculturais. Carlini et al. (2010) no 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 encontraram que 60,5% dos entrevistados já fizeram algum uso na vida do álcool e 21,1% dos participantes relataram o uso de álcool no mês da pesquisa.

Ainda acerca do uso frequente e precoce do álcool, a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010b), em seus pressupostos, reconhece o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, e as coloca como foco do controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes. Tal controle tem se efetivado aos poucos, principalmente em relação ao tabaco, mas o mesmo não ocorreu com as bebidas alcoólicas em nosso país, que embora tenha se reduzido os horários de propaganda na mídia, a propaganda ainda é ocorre, a cerveja foi uma das maiores patrocinadoras da seleção brasileira de futebol e a taxação prevista não se efetivou.

Donovan e Molina, no estudo realizado em 2008, concluem que a experimentação do álcool por crianças pequenas ocorre em casa, dada pelos pais, o que leva a criança a perceber uma aprovação parental e modelar o uso do álcool com a família. As crianças internalizam essa aprovação. Ou seja, em várias culturas o álcool é visto como algo inofensivo e aceito desde muito cedo, perdurando essa ideia pela vida.

A segunda droga mais utilizada pelos participantes foram os analgésicos sem prescrição médica. Não foram encontradas associação com o uso destes e a idade dos sujeitos. Como o instrumento não especifica o tipo de analgésico, hipotetisa-se que os adolescentes consideraram os mais comuns, como os usados para cólicas menstruais e cefaleias, embora os últimos possam ser usados após o consumo de substâncias, para amenizar os efeitos colaterais. De acordo com o editorial Revista da Associação Médica Brasileira de dezembro de 2001, a automedicação é uma prática bastante difundida no Brasil e no mundo, atribuindo tal fato a forma como o sistema de saúde pública se estrutura, sendo a ida à farmácia a opção mais rápida para resolver um problema de saúde, além de a maior parte dos medicamentos consumidos pela população ser vendida sem receita médica. Arrais et al. (1997) alertam para os perigos de tal prática.

Outra droga bastante utilizada pelos participantes foi o tabaco (10,08%), sendo os participantes de 15 e 16 anos o que mais relataram fumar cigarro de tabaco (22% e 50%, respectivamente). No 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 (CARLINI et al., 2010) 16,9% dos estudantes relataram o uso de tabaco na vida e 5,5% no mês. Tal qual o álcool, os participantes deste estudo tiveram uma média de uso de tabaco no mês maior de uso do que a média nacional. Também neste

levantamento, os autores encontraram que os alunos de escolas públicas usam mais tabaco do que o das escolas privadas e no I Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras (BRASIL, 2010a) foi observado que o uso do tabaco tem associação negativa com os anos de escolaridade. Isso pode ter ligação com as ações da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010b) em relação ao tabaco, sendo que ao ter acesso a mais informações sobre as consequências do uso dessa substância, os jovens abandonam esse comportamento.

Com esses resultados, nossos achados concordam com a maioria dos estudos nacionais e internacionais de que as drogas mais utilizadas são as lícitas.

Outros resultados importantes que também são apresentados na tabela 10 são o consumo das anfetaminas e dos tranquilizantes (ou ansiolíticos). Ambas as substâncias são medicações regulamentadas por lei, mas o uso indevido e sem prescrição médica com o efeito psicotrópico é ilegal.

As anfetaminas apresentaram associação com a idade, com uso de 4,25% dos participantes no último mês. Vale observar que a amostra desta pesquisa tem sua maioria de participantes do gênero feminino, o que pode justificar esse uso significante de anfetaminas. Essa é uma substância utilizada principalmente por caminhoneiros e estudantes, para manterem-se mais tempo acordados, e por mulheres como anorexígenos. De acordo com os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et a., 2006) no Brasil 2,9% da população de 12 a 17 anos de idade havia feito uso de anfetamina na vida, sendo que no Sudeste esse número era de 2,6%. Os dados apresentados no V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras (GALDURÓZ, 2010) são de 3,7% dos participantes que haviam feito uso na vida, 3,2% no ano e 1,7% no mês, sendo no Sudeste 3% para uso na vida, o que corrobora com o estudo de Marcon et al. (2012) que apresentam um aumento do uso de substâncias psicoestimulantes nos últimos anos. Os autores atribuem uma provável causa às novas exigências da sociedade contemporânea, pois os derivados anfetamínicos são usados para perda de peso, aumento do desempenho cognitivo, aumento da vitalidade física e estado de vigília, além do uso como drogas de abuso para produzir euforia e excitação nos meios de diversão.

Quanto aos tranquilizantes não foram encontradas associações significantes com a idade dos participantes, mas o uso foi de 6,15% entre os adolescentes nos 30 dias que antecederam a coleta de dados. 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 (CARLINI et al., 2010) apresentaram que 5,3% do total dos participantes usaram tranquilizantes na vida e 1,3% no mês. Para as escolas públicas essa porcentagem é de 4,6% na vida e 1,2% no mês, sendo maior o uso por estudantes de escolas privadas, 7,9% na vida e 1,9% no mês. Vale ressaltar novamente a questão de gênero de nossos participantes, a maioria feminino, sendo os transtornos de humor mais frequentes nessa população.

Vários estudos apontam que, assim como em nossos achados, a droga ilícita mais usada é a maconha. No II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 (CARLINI et al., 2006), os dados apontam que no Brasil 4,1% da população de 12 a 17 anos de idade havia feito uso de maconha na vida e 1,93% dos participantes haviam feito uso nos últimos 30 dias, sendo que no Sudeste esse número era de 5,1% na vida e 2,43% nos últimos dias. No 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, Carlini et al. (2010) encontraram que 5,7% do estudantes já haviam feito uso na vida e 2,0% haviam usado no mês da pesquisa.

Dentre os participantes desta pesquisa, 3,46% relataram ter usado maconha nos últimos 30 dias, o que vai ao encontro dos estudos de Hurd et al. (2014) e Gruber et al. (2012) que apontam que a maconha é a droga ilícita mais utilizada pelos adolescentes nos Estados Unidos e nos países ocidentais. Relatam que embora não seja a droga de maior potencial aditivo (como a heroína e a cocaína) o número de usuários de maconha tem aumentado em relação aos usuários de outras drogas ilegais, assim como os que precisam de tratamento. Uma possível explicação para esse fenômeno é a crença de que ela é menos danosa, principalmente entre os jovens, quando comparada ao tabaco e ao álcool que são drogas legais. Os jovens alegam que a mortalidade relacionada a maconha é mais baixa do que a do álcool e a do tabaco, e que não há associação da maconha com câncer, overdose, acidente de trânsito, entre outros.

Neste estudo foi possível encontrar associação do álcool com o uso de maconha, anabolizantes, analgésicos, inalantes, tabaco e energético com álcool (tabela 11), o que aponta para o início precoce do uso de múltiplas substâncias e o álcool como porta de entrada para outras drogas. O álcool vem sem sendo amplamente investigado como droga de acesso ao tabaco e às drogas ilícitas (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010; MALTA et al., 2011; SILVA; PADILHA, 2011; TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011;). O uso de álcool pelos adolescentes está associado com uma variedade de resultados negativos no comportamento, incluindo: fumar; usar SPA ilícitas; comportamentos violentos e agressivos;

vadiagem e abandono escolar; e uma série de comportamentos delinquentes e antissociais (SALAS-WRIGHT, 2014).

Como já apresentado neste estudo, o álcool é uma droga socialmente aceita e tem seu uso culturalmente estimulado. Assim, muitos adolescentes iniciam o seu consumo muito cedo e, com ele, muitos iniciam o uso de outras substâncias, aumentando os problemas de saúde, de aprendizado, psíquico e social que podem enfrentar em decorrência do uso de múltiplas drogas.

Para se estabelecer o uso de drogas pelos participantes do estudo foram criadas oito categorias, apresentadas no quadro 1. Não foram encontradas diferenças estatísticas entre o consumo por gênero (tabela 14), mas o por grupo etário sim (tabela 15).

As meninas tem se aproximado cada vez mais aos comportamentos anteriormente relacionados aos meninos, inclusive no uso das substâncias, mas podem sofrer algumas consequências mais cedo do que os meninos, pela estrutura biológica e por questões culturais. Rozin e Zagonel (2012) apontam que existem mais fatores de risco ligados aos meninos, mas que as meninas são mais vulneráveis às violências sob o efeito de substâncias. Chartier, Hesselbrock e Hesselbrock (2010) afirmam que as diferenças de gênero no uso de substâncias tem se estreitado, principalmente após a II Guerra Mundial, quando as diferenças de gênero passam a se estreitar de forma geral no ocidente.

No estudo de Armitage (2013) as meninas reportaram consumo semelhante aos dos meninos. Ao contrário, nossas adolescentes reportaram uso maior do que os meninos, com exceção de uso combinado de álcool e tabaco, declarando-se, inclusive, menos abstêmias que eles. Também na contra-mão, o estudo de Stone et al. (2012) encontrou que os meninos usam mais drogas, principalmente o álcool, do que as meninas.

Noffsinger et al. (2012) em um estudo sobre brigas e o uso de substâncias entre os jovens não encontraram diferenças de gênero no comportamento binge, no uso de cocaína e metanfetamina, contudo os meninos relataram mais frequentemente o baixo monitoramento parental, pertencerem a gangues, a usarem maconha e a participarem de brigas que envolvessem violência física.

Quanto ao grupo etário e o uso de drogas, todos os grupos de participantes relataram o uso e foi possível verificar que a percentagem de usuários aumenta com o aumento da idade. Fato que concorda com estudos nacionais (BRASIL, 2010a; HORTA et al., 2007; SANTOS, 2012) e internacionais (JACKSON et al., 2012; KELLY et al., 2012; DANIELSSON et al., 2010) que sugerem que mesmo sendo ilegal o consumo por menores de 18 anos, os adolescentes conseguem meios de obter as drogas e que isso também justifica o início pelas

drogas legais, o álcool e o tabaco, sendo que quanto mais cedo o uso, mais chances de se tornarem usuários pesados e de terem problemas a elas relacionados.

Não houve associação significante para o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por classificação econômica. Isso pode ter relação com o contexto onde vivem os adolescentes, pois embora o poder aquisitivo possa variar, o contexto pode ter maior influência, estando os adolescentes sob efeito das mesmas vulnerabilidades. Stone et al. (2012) referem que a associação entre baixa renda e problemas no desenvolvimento humano são consistentes, mas a evidência específica para o uso de substâncias entre os jovens e a renda é menos clara. Nesse estudo, eles encontraram que baixa renda na infância tem maior associação à nicotina e à maconha e que jovens com família de maior renda bebem com mais frequência.

Rozin e Zagonel (2012) também apresentam em seu estudo que o uso de álcool e a relação com a classe econômica é controverso. Adolescentes com maior poder aquisitivo participam de um número maior de atividades sociais onde as drogas estão presentes, têm mais possibilidades de adquiri-las e frequentam escolas particulares, onde têm se encontrado que o consumo também é maior; por outro lado, as pessoas das classes econômicas mais baixas costumam morar em bairros onde a quantidade de bares próximos às residências é maior, facilitando o acesso.

Obteve-se que o desempenho escolar dos participantes não influência nos problemas relacionados ao uso de substâncias de outras áreas do DUSI (densidade relativa área 7), mas o uso de qualquer substância está negativamente associado ao desempenho escolar e que o uso de múltiplas drogas é o mais prejudicial. Ou seja, o uso de qualquer substância irá influenciar negativamente no desempenho escolar dos adolescentes e quanto maior o uso, pior o desempenho acadêmico. Por outro lado, o estudo de Stone et al. (2012) refere que o bom desempenho acadêmico e expectativa quanto a escola até os 16 anos podem diminuir os problemas associados ao uso de álcool na juventude.

Os resultados obtidos pela Escala de Autoestima de Rosenberg mostram que todos os adolescentes participantes possuem autoestima positiva, não havendo diferença por gênero, grupo etário ou classificação econômica. Esse dado chama atenção para o fato de que a autoestima negativa não pode ser atribuída como motivo para o uso de drogas para esses adolescentes. Esses achados diferem dos encontrados por Aguirre, Castillo e Zanetti (2010), que verificaram a autoestima positiva como um fator de proteção ao uso de substâncias por adolescentes. Tal estudo, a partir desses resultados, sugerem programas preventivos do uso de álcool e que estimulem fatores protetivos, como a autoestima, a fim de que os adolescentes possam assumir um estilo de vida saudável.

Quando analisada a associação da autoestima com as áreas do DUSI, encontrou-se correlações mais fortes com a autoestima e densidade absoluta com as áreas 6 e 4 (sistema familiar e transtornos psiquiátricos, respectivamente). Com exceção da área 1 e 8, as demais áreas tem associação fraca, o que justifica a proximidade de resultados. A única correlação significante com a densidade relativa se deu na área 6.

Existem algumas controvérsias nos estudos quanto à prevalência de transtornos psiquiátricos associados ao uso de drogas, porém observa-se uma relação entre ambos, fato que vem preocupando especialistas pelos prejuízos em especial na autoestima (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Meninas tendem a apresentar mais comportamentos internalizantes (principalmente sintomas depressivos) associados ao uso de álcool e de tabaco. Meninos tendem a apresentar mais comportamentos externalizantes, transtornos psiquiátricos opositores e de conduta associados ao uso de álcool e a problemas na juventude (ROZEMBERG et al., 2014; SALAS-WRIGHT et al., 2014; STONE et al., 2012;).

Ainda, os transtornos advindos de uma autoestima baixa podem levar ao suicídio ou a tentativa de autoextermínio. Pelas características masculinas e femininas, estudos apontam que as meninas tentam o suicídio mais vezes que os meninos, mas que o autoextermínio é mais consumado por meninos, pois utilizam métodos mais violentos e certeiros (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; LEWIS; HESSION, 2012).

A área 6 (sistema familiar) foi a única área em que houve correlação com a densidade absoluta e a densidade relativa e a autoestima, o que nos mostra que a forma como a família se organiza e exerce seu papel influencia no uso de drogas pelos adolescentes,na autoestima assim como ter problemas relacionados com a família irá influenciar na forma como o adolescente se relaciona com as drogas e outras áreas de sua vida. A esfera interpessoal traz grandes alterações físicas e psicológicas, sendo muito significativa para o adolescente. Observa-se uma passagem progressiva de proteção dos pais para os amigos fazendo, então, a interação do mesmo em contextos variados com influências positivas e ou negativas. Ainda, observa-se que redes sociais de apoio são expressas na interação entre família e escola (CARVALHO; NOVO, 2013).

Os participantes, no geral, avaliaram o apoio social percebido como muito baixo, sendo os professores avaliados como a melhor fonte e o apoio social advindo família o mais baixo. Não houve diferença nesta percepção por gênero ou grupo etário, mas por classificação econômica sim. Essa percepção do apoio social parece influenciar o uso de substâncias desses

adolescentes, pois foram encontradas associações significantes entre o uso de substâncias e o apoio social da família e de professores (tabelas 62 e 63).

Embora vários estudos apontem para a aproximação dos adolescentes a seus pares nessa fase da vida, os amigos não foram apontados como a melhor fonte de apoio. Os dados acima podem remeter a negligência ou distanciamento dos pais, de modo que a atenção e apoio recebidos por meio dos professores, ainda que mínima diante do tempo que os estudantes passam com um professor no segundo ciclo do ensino fundamental, se torna a melhor fonte de apoio desses adolescentes.

Também foi observada correlação do apoio social com a densidade absoluta das áreas 2 (comportamento), 4 (transtornos psiquiátricos), 5 (sociabilidade), 6 (sistema familiar), 7 (desempenho escolar), 9 (relacionamento com os amigos) e 10 (lazer e recreação). Ou seja, o apoio social influencia positivamente várias áreas, sendo que quanto maior o apoio social, menor o risco de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas nessas áreas.

Tais resultados reforçam a necessidade de investimentos em programas educacionais que aproximem a comunidade escolar, envolvendo mais atores sociais na Educação, além de fortalecer os vínculos entre alunos e professores, para que o clima emocional da escola seja apoiador, não só para o aluno, como também para sua família, tornando ambos, família e escola, fatores mais protetivos ao desenvolvimento do adolescente.

Perra et al. (2012) apresentam uma pesquisa na qual se observou que a mudança no ambiente social escolar pode diminuir o uso de drogas pelos adolescentes. Neste estudo observa-se que a relação aluno-professor e brigar na escola possuem associação consistente com o uso de SPA. O uso da maconha foi associado ao ajustamento na escola e ao ambiente escolar, associados também com fumar tabaco por meninas. Uma diferença cultural importante é que nesse estudo, a baixa aspiração escolar é fator protetivo ao uso da maconha, pois os britânicos a associam a estudantes com altas aspirações, por diminuir o estresse e a ansiedade.

Embora vários estudos associem o uso de drogas com as relações de amizade (CHARTIER; HESSELBROCK; HESSELBROCK, 2010), nossos resultados não mostraram correlação entre apoio social dos amigos e de outras fontes de suporte com o uso de substâncias. O apoio social percebido pelos adolescentes por todas as categorias foi muito baixo, mas uma percepção de apoio social mais alto dos professores pareceu ser protetivo ao uso de drogas. Piko e Kovács (2010) também mostraram a relação positiva de professores e alunos como um fator protetivo. Estar feliz com a escola e falar sobre problemas com

professores podem ser fatores protetivos ao uso de drogas para adolescentes (PIKO; KOVÁCS, 2010).

O apoio social mais alto tem sido associado a resultados mais positivos no desenvolvimento (MARSHALL, et al., 2013). O apoio social influencia a saúde mental e em estratégias de enfrentamento (McGRATH et al., 2014). Os autores ainda trazem que os adolescentes que percebem bom apoio social dos pais são menos envolvidos em comportamentos anti-sociais e delinquentes e que o apoio social nessa fase de vida parece ser mais importante para as meninas.

A falta de apoio social da família, pais negligentes ou relacionamento de ruim a péssimo com os pais estão mais associadas ao uso de álcool por adolescentes (ROZIN; ZAGONEL, 2012). Além disso, a falta de comunicação com os pais pode fazer com que os adolescentes se distanciem do entorno familiar. A negligência no cuidado, com baixo envolvimento na educação dos filhos e baixo controle, ou atitudes de superproteção, ou atitudes rígidas são fatores que supõe-se serem de risco na família para o uso de substâncias (BERMÚDEZ-HERRERA et al., 2011).

Quanto ao estilo parental, tanto os responsáveis participantes como os filhos percebem o tipo de estratégia utilizada na educação, em sua maioria, como autoritativo, para as mães e para os pais. Não houve diferença significante quanto ao tipo de estilo parental adotado ou percebido por idade, por classe econômica e grupo etário. Quando analisado exigência e responsividade parental na percepção dos responsáveis participantes, materna e paterna (na percepção dos filhos) não houve diferença estatística na exigência e na responsividade parental, tampouco na responsividade materna e paterna, mas o grupo mais jovem percebe as mães e os pais mais exigentes, assim como quanto mais alta a classe econômica, maior a exigência percebida.

A maior exigência sobre os filhos mais novos atua como um fator de proteção ao uso de substâncias. A maior vulnerabilidade na adolescência, associada ao menor acompanhamento parental, por sua vez, pode aumentar o risco do uso problemático entre os adolescentes mais velhos (ZEHE; COLDER, 2014).

O estilo parental autoritativo pode diminuir o comportamento de busca por sensações de filhos adolescentes, ligadas ao uso de drogas, promover diminuição do uso das substâncias e a influência dos pares na adolescência. Pais autoritativos mantêm relacionamentos mais próximos de seus filhos e os estimulam a se envolverem com atividades saudáveis (KAYNAK et al., 2013; STONE et al., 2012; TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011).

A exigência parental percebida pelos filhos parece ser favorável aos jovens usarem álcool de maneira não abusiva, mas de acordo com Stone et al. (2012) ainda há a necessidade de mais estudos nessa área. A responsividade parental oferece apoio social, o que está associado ao baixo uso de drogas. A exigência parental, principalmente o monitoramento, está associada à proteção ao uso de substâncias e ao envolvimento em situações de risco (PIKO; KOVÁCS, 2010). Por sua vez, pais menos exigentes estão associados ao uso de drogas na infância e adolescência e ao envolvimento com amigos delinquentes (KAYNAK et al., 2013; NOFFSINGER et al., 2012).

Foram encontradas associações positivas entre o estilo parental (percepção dos pais e dos filhos) e algumas áreas de interesse do DUSI (tabelas 54 a 57) reforçando a associação entre o estilo parental e os problemas relacionados ao uso de drogas pelos filhos. Outrossim, também foram encontradas associações entre o uso de substâncias e o estilo parental materno (tabela 61).

Contrário a maioria desses estudos, na amostra estudada o estilo parental autoritativo não foi o mais protetivo para o uso de substâncias, mas sim o autoritário. Estudos que possam investigar se em um contexto em que a vulnerabilidade para o uso de drogas é maior o estilo autoritário pode ser efetivo na prevenção do uso de substâncias e quais os mecanismos que favorecem essa efetividade seriam importantes para auxiliar as famílias na educação de seus filhos adolescentes.

Interações familiares, práticas e estilos parentais são reconhecidos como influências significativas para o desenvolvimento humano e para o comportamento de uso de substâncias por adolescentes. Aqueles com maior satisfação com os pais se envolvem menos com o álcool e com o tabaco. O relacionamento positivo com os pais é mais protetivo do que com os pares, que por sua vez, exercem influência direta no uso de álcool por adolescentes (YAN et al., 2008). Práticas parentais inconsistentes têm sido relacionadas ao uso do álcool na adolescência, ao passo que evidencias sugerem que atitudes parentais negativas em relação ao álcool, refletidas na desaprovação, regras que proíbem o álcool em casa e consequências claras de ser pego bebendo são associadas com baixo risco para o uso de álcool na adolescência (ZEHE; COLDER, 2014).

O monitoramento parental e as expectativas dos pais de realização acadêmicas dos filhos têm sido inversamente associados ao início do uso de substâncias na adolescência (SALAS-WRIGHT et al., 2014). Adolescentes que acreditam que o uso de substâncias não é um comportamento adequado para jovens tendem a usar/abusar menos de substâncias. Por

outro lado, a percepção de permissividade dos pais tem sido associada com o início precoce do uso de substâncias e continuidade pela adolescência.

No estudo de Kincaid et al. (2012) sobre práticas parentais e comportamento sexual de adolescentes, eles encontraram que o estilo parental pode ser protetivo em relação ao gênero, sendo os pais mais exigentes e responsivos com as meninas. O mesmo não foi encontrado em nosso estudo, em relação às drogas.

7 CONCLUSÕES

Conclui-se que esta pesquisa alcançou os objetivos propostos para sua realização, obtendo-se algumas informações importantes para a atenção de adolescentes com problemas relacionados ao uso de drogas, bem como para a prevenção destes problemas.

Os adolescentes do estudo, assim como a população de adolescentes em geral utilizam álcool e outras drogas, com consumo relatado de álcool, tabaco, anfetaminas, tranquilizantes e maconha nos últimos trinta dias que antecederam a pesquisa maior que dados apresentados nos últimos levantamentos realizados nas capitais brasileiras.

Tal fato pode ser uma característica da região onde o estudo foi realizado, pode ter se dado pela forma como os dados foram coletados ou ainda, como o último levantamento foi realizado em 2010, pode sinalizar que o consumo de drogas, principalmente as lícitas ou originalmente lícitas, vem crescendo entre os jovens. A realização de outros estudos em municípios semelhantes ajudaria na compreensão desse fenômeno, pois os levantamentos nacionais existentes foram realizados nas capitais brasileiras e Distrito Federal. É importante compreender se os adolescentes das diferentes regiões dos estados vêm apresentando o mesmo comportamento em relação ao uso de substâncias, para que se possa planejar estratégias de prevenção ao uso e intervenção junto aos adolescentes que apresentam problemas relacionados ao consumo de substâncias.

O estilo parental predominante adotado pelos responsáveis participantes encontrado no estudo foi o autoritativo, mas a percepção que eles têm sobre o estilo que adotam não tem associação com a prevalência do uso de drogas ou com os problemas a ele relacionados.

Na percepção dos filhos sobre o estilo parental adotados pelos pais e pelas mães também predomina o estilo autoritativo. O estilo parental materno tem associação com o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas pelos filhos adolescentes, sendo os estilos permissivos e negligentes mais associados ao uso de álcool combinado com drogas ilícitas; o autoritário parece proteger do uso de drogas, mas associar-se ao uso de drogas ilícitas, assim como o autoritativo, mas este também se associa com o uso de álcool e drogas ilícitas combinadas com o álcool. Também foi observado que os pais e as mães são mais exigentes com filhos mais jovens, o que é um fator de proteção ao uso de substâncias.

O apoio social de todas as fontes analisadas é percebido como muito baixo pelos participantes, sendo os professores percebidos como a melhor fonte e a família como a que provê menor apoio. Isso poderá influenciar na forma como os adolescentes se relacionam com as drogas nas várias esferas da vida.

Estudos têm se concentrado nos fatores protetivos ao uso de SPA mais do que nos de risco, pois muitos fatores de risco são impossíveis ou muito difíceis de mudar. Os fatores de proteção podem não só criar a competência, mas promover desenvolvimento saudável, neutralizando os efeitos de tais fatores negativos. Desta forma é importante compreender que há a necessidade de trabalhar com os pais, pois são o primeiro contato dos filhos com as drogas e que esta relação da família como apoio aos adolescentes pode ser protetiva, mas a falta dela é fator de risco; também se faz necessário mostrar aos professores que a relação positiva que estabelecem com os jovens é um caminho que pode surtir mais efeitos positivos na prevenção de problemas relacionados ao uso de drogas do que campanhas informativas nas escolas, e ajudá-los a melhorá-las, principalmente na rede pública onde esses profissionais estão bastante desgastados, por vezes com tripla jornada de trabalho.

Os adolescentes participantes têm em sua maioria autoestima positiva. Verificou-se que algumas áreas do DUSI têm maior correlação entre autoestima e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Não houve correlação significante entre autoestima e o risco do uso de substâncias, o que sugere que adolescentes com autoestima positiva e/ou negativa estão igualmente suscetíveis ao uso e abuso de drogas.

Contudo, a importância de uma atenção integral considerando o contexto que cerca a vida de um adolescente é essencial para promover a autoestima positiva, que leva a uma melhor qualidade de vida. Para isso é necessário envolvimento de diversos profissionais que estejam envolvidos em trabalhos com adolescentes, para que possam estar atentos às suas necessidades, promovendo saúde e diminuindo estigmas.

Considera-se como limites deste estudo não ter informações sobre o uso de drogas pelos familiares, pois o uso por eles pode ser o grande fator de risco que os adolescentes enfrentam desde muito novos; e não ter informações sobre com qual idade os adolescentes iniciaram o uso, pois como apresentado neste estudo por meio da literatura, o início precoce do uso de substâncias está associado com o desenvolvimento precoce de uma variedade de problemas relacionados ao uso e a um curso mais severo de dependência.

Também é necessário considerar diferenças culturais nos fatores de risco e de proteção, ou seja, alguns resultados desde estudo que diferem dos achados na literatura internacional podem ser uma característica da região onde ele foi desenvolvido.

Sugere-se, ainda, a realização de estudos na rede particular de ensino, devido às lacunas de informação sobre essa rede, o que leva a dificuldade de planejamento e de ações para esse seguimento social e a ampliação das ações preventivas na escola, pois como

verificado, nesse espaço o adolescente encontra apoio, principalmente nos professores, o que pode ser um facilitador para o sucesso com os adolescentes.

Por fim, reforça-se a necessidade de que as políticas públicas existentes, principalmente em relação ao álcool e ao tabaco, sejam realmente efetivadas e que haja esforços políticos para um trabalho com a população para compreensão de que tais substâncias são drogas e como tais o uso abusivo pode levar a consequências danosas; de que não há quantidade segura para o uso do álcool por adolescentes e que ele é a droga de acesso às outras substâncias, mas por si só já é a droga que mais traz prejuízos físicos, psíquicos e sociais.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério padrão de Classificação Econômica Brasil**. 2013. Disponível em:<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>. Acesso em: 10 out. 2013.

AGUIRRE, A. A.; CASTILLO, M. M. A.; ZANETTI, A. C. G. Consumo de alcohol y autoestima em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto,v. 18, p. 634-640, 2010. Suplemento Especial.

AMPARO, D. M. et al. A escola e as perspectivas educacionais de jovens em situação de risco. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 69-88, 2008.

ARMITAGE, C. J. Patterns of excess alcohol consumption among school children in two English comprehensive schools. **International Journal of Drug Policy**, v. 24, n. 5, p. 439-44, 2013.

ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-7, fev. 1997.

ARRIA, A. M. et al. Parental substance use impairment, parenting and substance use disorder risk. **Journal of Substance Abuse Treatment**v. 43, n.1, p. 114-22, jul. 2012.

AUTOMEDICAÇÃO. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 269-70, dez. 2001. Editorial. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400001 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2015.

BARRETO, S. M. et al. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3027-34, 2010. Suplemento2.

BAUMRIND, D. Current patterns of parental authority. **Developmental Psychology**, v. 4, n.1 Pt.2, p. 1-103, 1971.

BENJET, C. et al. Adolescent alcohol use and alcohol use disorders in México City. **Drug Use and Dependence,** v. 136, n. 1, p. 43-50, mar. 2014.

BERMÚDEZ-HERRERA, A. et al. Percepción de los estudiantes de una escuela de enfermería acerca del consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, p.684-90, maio-jun. 2011. Número Especial.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n.1, p. 2-14, 2013.

BRASIL. **Portal do Ministério da Educação e Cultura**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/. Acesso em 01 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Informações sobre drogas**: definição e histórico. 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?

id_conteudo=11250&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico>. Acesso em: 11 fev. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF: SENAD, 2010a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas.** Brasília, DF: Presidência da República, 2010b. p.106

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF: SENAD, 2009.

BUCKLEY, L.; CHAMPMAN, R.; SHEEHAN, M. Adolescent involvement in antisocial and delinquent behaviors: predicting future injury risk. **Accident Analysis Prevention**, v.48, n. 00,p. 518-22, sep. 2012.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-34, 2014.

CARLINI, E. A. (Superv.). **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

CARLINI, E. A. et al.**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**: 2010. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; Brasília, DF: SENAD, 2010.

CARVALHO, R.G.; NOVO, R.F. Características da personalidade e relacionamento interpessoal na adolescência**. Avaliação Psicológica.** Itatiba, v.12, n.1, p. 27-36, 2013.

CHARTIER, K. G.; HESSELBROCK, M. N.; HESSELBROCK, V. M. Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. **Child Adolescent Psychiatric Clinics.** v. 19, n. 3, p. 493-504, Jul. 2010.

CID-MONCKTON, P.; PEDRÃO, L. J. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, p. 738-45, 2011. Número Especial.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychossomatic Medicine.** v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976. Disponível em: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf. Acesso em 31 mai. 2015.

COSTA, C. R. B. S. F.; ASSIS, S. G. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p.74-81, dez. 2006.

COSTA, F. T.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.13, n.3, p. 465-73, 2000.

COSTA, M.C.O. et al.Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p. 1143-54, 2007.

DANIELSSON, A. K. et al. Adolescent alcohol use trajectories: predictors and subsequent problems. **Addictive Behaviors,** v. 35, n. 9 p. 848-52, Sep. 2010.

DONOVAN, J.; MOLINA, S. Children's introduction to alcohol use: sips and tastes. **Alcoholism and Clinical Experimental Research,** v. 32, n.1, p. 108-19, 2008.

DAUBER, S. al. Typologies of alcohol use in white and African American adolescent girls. **Substance Use & Misuse**, v. 44, n.8, p. 1121-41, 2009.

DIETZ, G. et al. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **SMAD. Revista. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7 , n. 2, p. 85-91, 2011.

FELIPE, I. C. V. **As crenças, atitudes e práticas docentes na abordagem do álcool no contexto do ensino fundamental**. 2009.180 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 267-73, 2010.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

GIACOMOZZI, A. I. et al. Levantamento sobre o uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do Programa Saúde do Escolar/Saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 612-22, 2012.

GOMIDE, P. I. et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico-USF**, Itatiba, v.10, n.2, p. 169-78, 2005.

GRUBER, S. A. et al. Age of onset of marijuana use and executive function. **Psychology Addictive Behaviors,** v. 26, n. 3, p. 496–506, 2012.

HANSON, G.R. New vistas in drug abuse prevention. **Nida Notes,** v.16, n.6, p. 3-7, 2002.

HORTA, R. L. et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 775-83, abr.2007.

HUTZ, C. S.; ZANON. C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n.1, p. 41-9, 2011.

HURD, Y. L. et al. Trajectory of adolescent cannabis use on addiction vulnerability. **Neuropharmacology**, v. 76, Part B, p. 416-24, Jan. 2014.

JACKSON, C. A. et al. An overview of prevention of multiple risk behavior in adolescence and young adulthood. **Journal of Public Health,** v. 34, n. 51, p. i31- i40, 2012.

JINEZ, M. L. J.; SOUZA, J. R. M.; PILLON, S. C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes do ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 109-16, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_17.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

JOHNSTON, L. D. et al. **Monitoring the future national results on adolescent drug use**: overview of key findings. Ann Arbor: Institute for Social Research/The University of Michigan, 2011.

KAYNAK, Ö. et al. Relationships among parental monitoring and sensation seeking on the development of substance use disorder among college students. **Addictive Behavios**, v. 38, n. 1, p. 1457-63, 2013.

KELLY, A. B. et al. Very young adolescents and alcohol: evidence of a unique susceptibility to peer alcohol use. **Addictive Behaviors,** v. 37, n. 4, p. 414-9, Apr. 2012.

KINCAID, C. et al. A review of parenting and adolescent sexual behavior: the moderating role of gender. **Clinical Psychology Review,** v. 32, n. 3, p. 177-88, Abr. 2012.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K. V.; LUIZ. R. R.; WERNECK,G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

KUMPFER, K.L.; ALVARADO, R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. **American Psychologyst**, v.58, n. 6-7, p. 457-65, 2003.

LARROSA, S. L.; PALOMO, J. L. R. A. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas em adolescentes y diferencias según edad y sexo. **Psicothema**, v. 22, n. 4, p. 568-73, 2010.

LEWIS, T. P.; HESSION, C. Alcohol use: from childhood through adolescence. **Journal of Pediatric Nursing,** v. 27, n. 5, p. e50-e58, 2012.

LISBOA, C.; KOLLER, S. H. Interações na escola e processos de aprendizagem: fatores de risco e proteção. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. (Eds.). **Aprendizagem**: processos psicológicos e o contexto social na escola. Petrópolis: Vozes, 2014. pp. 201-24.

LOPES, G. T. et al. Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo com adolescentes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-8, 2012.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization in the context of the family: parent–child interaction. In: MUSSEN, P. H.; HETHERINGTON, E. M. (Eds.). **Handbook of child**

psychology: socialization, personality, and social development. 4th ed. New York: Wiley, 1983. v.4, p. 1-101.

MAIA, A. C. B.; NAVARRO, C.; MAIA, A. F. Relações entre gênero e escola no discurso de professores do ensino fundamental. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 32, p. 25-46, 2011.

MALTA, D. C. et al. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 52-62, 2014.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 136-46, 2011. Suplemento.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 15, p. 3009-19, 2010. Suplemento 2.

MARCON, C. et al. Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea. **Disciplinarum Scientia**. **Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 247-63, 2012.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 32-6, 2000. Suplemento 2.

MARSHALL, S. L. et al. Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study. **Child Development,** v. 85, n. 3, p. 1275-91, 2013.

MARTI, N. C.; STICE, E.; SPRINGER, D. W. Substance use and abuse trajectories across adolescence: A latent trajectory analysis of a community-recruited sample of girls. **Journal of Adolescence**, v. 33, n. 3, p. 449−61, 2010.

MATOS, A. C. et al. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 3012-3, 2010.

MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. dos S.; CAMPOS, M. A. S. O percurso entre a meninice e a adolescência: Mecanismos de vulnerabilidade e proteção. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (orgs). **Vulnerabilidade e proteção:** indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. 1ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004, p. 251-288

MCGRATH, B. et al. Adolescents and their networks of social support: real connections in real lives? **Child and Family Social Work**, v. 19, n. 2, p. 237-48, 2014.

MICHELI, D.; SARTES L. M. A. **A Detecção do Uso Abusivo em Adolescentes usando o DUSI e o T-ASI**. In: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008, p. 2.

MURPHY, K. et al. Substance use in young persons in Ireland, a systematic review. **Addictive Behaviors,** v. 38, n. 8, p.2392-401, Aug. 2013.

NEWMAN, K. et al. Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 142-50, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2015.

NOFFSINGER, S. et al. Substance use and fighting among male and female high school youths: A brief report. **Journal of Child and Adolescent Substance Abuse,** v. 21, n. 2, p. 105-16, 2012.

OLIVEIRA, E.A. et al. Estilos parentais autoritário e democrático recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.15, n.1, p. 1-11, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe**: un enfoque de salud pública". Washington, D. C.: OPS, 2009.

OKULICZ-KOZARYN, K. School as a risk factor for psychoactive substance use by middle school students. **Procedia: Social and Behavioral Sciences**, v. 2, n. 2, p. 1620-4, 2010.

OYSERMAN, D. et al. Positive parenting among African American mothers with a serious mental illness. **Journal of Marriage and Family**, v.64, n.1, p. 65-77, 2002.

PASUCH, C.; OLIVEIRA, M.S. Levantamento sobre o uso de drogas por estudantes do ensino médio: uma revisão sistemática. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, p. 171-183, 2014. Suplemento Especial.

PEREIRA, F. N. **Percepção do peso corporal e fatores associados em estudantes do ensino fundamental de Vitória (ES)**. 2011. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PERRA, O. et al. School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the Belfast youth development study. **Journal of Adolescence,** v.35, n. 2, p. 315-24, 2012.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-43, maio/ago.2004.

PIKO, B. F.; KOVÁCS, E. Do parents and school matters? Protective factors for adolescent substance use. **Addictive Behaviors**, v. 35, n. 1, p. 53-6, 2010.

POKREL, P. et al. Adolescent neurocognitive development, self-regulation and school-based drug use prevention. **Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research,** v.14, n. 3, p. 218-28, 2013.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: possíveis relações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília, v. 23 n. 1, p. 43-52, jan.-mar.

2007.

QUEIROZ, S. Fatores de risco e de proteção para consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes. In: SEIBEL, S.D. **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 991-1004.

RIECH, S. K. et al. Health-risk behavior among a sample of US pré-adolescents: types, frequency, and predective factors. **International Journal of Nursing Studies,** v.50, n. 8, p. 1067-79, 2013.

ROSENBERG, M. **Conceiving the self**. New York: Basic Books, 1979.

ROSÁRIO, A. M. M. **Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes**: revisão de literatura. 2011. 177 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ROZEMBERG, L.et al.Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 673-84, 2014.

ROZIN, L.; ZAGONEL, P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 314-8, 2012.

SALAS-WRIGHT, C. P. et al. Alcohol use among hispanic early adolescents in the United States: an examination of behavioral risk and protective profiles. **Substance Use Misuse**, v. 49, n.7, p. 864-77, 2014.

SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p. 599-605, 2005.

SANTOS, E. H. **Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul**. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SCHEFFER, M.; PASA, G.G.; ALMEIDA, R.M.M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26 n. 3, p. 533-41, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 707-17, 2005.

SCHUPPAN, D.; AFDHAL, N. H. Liver cirrhosis. **Lancet**, London, v. 371, n. 9615, p. 838-51, 2008.

SENGIK, A. S.; SCORTEGAGNA, S. A. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 1, p. 73-80, 2008.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J.,JR. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**.2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n. 5, p. 1063-9, 2011.

SMYTH, B. P.; KELLY, A.; COX, G. Decline in age of drinking onset in Ireland, gender and per capita alcohol consumption. **Alcohol and Alcoholism,** v. 46, n. 4, p. 478–84, 2011.

SOARES, L. C. O. et al. Papéis ocupacionais de mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 199-207, 2013.

SQUASSONI, C. E. **Confiabilidade, validade e estudo dos padrões normativos da versão brasileira do Social Support Appraisals (SSA)**. 2012. 124 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

SQUASSONI, C. E.; MATSUKURA, T. S.; PANÚNCIO-PINTO, M. P. Apoio social e desenvolvimento socioemocional infanto-juvenil. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2014.

STONE, A. L. et al. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. **Addictive Behaviors,** v. 37, n. 7, p. 747-75, Jul. 2012.

TARTER, R. E. et al. Drug abuse severity in adolescents is associated with magnitude of deviation in temperament traits. **British Journal Addiction,** v.85, n.11, p.1501–4, 1990.

TARTER, R. E.; VANYUKOV, M. Alcoholism: a developmental disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** v. 62, n. 6, p.1096–107, 1994.

TEIXEIRA, M. A. P.; BARDAGI, M. P.; GOMES, W. B. Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v.3 n.1, p.1-12, 2004.

TRUCCO, E. M.; COLDER, C. R.; WIECZOREK, W. F. Vulnerability to peer influence: a moderated mediation study of early adolescent alcohol use initiation. **Addictive Behaviors,** v. 36, n. 7, p. 729-36, Jul. 2011.

TUCKER, P. Substance misuse and early psychosis. **Australasian Psychiatry**, v.17, n. 4, p. 291-4, 2009.

UBERABA. Website oficial do município. Disponível em: http://www.uberaba.mg.gov.br/. Acesso em 31 mai. 2015.

VASELSKA, Z. et al. Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. **Addictive Behaviors**, v. 34, n.3, p. 287-91, 2009.

WEBER, L. et al. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos.**Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 323-31, 2004.

YAN, F. A. et al. A structural model of alcohol use pathways among latino youth. **American Journal of Health Behavior,** v. 32, n. 2, p. 209-19, 2008.

YANG, Z. et al. Demarketing teen tobacco and alcohol use.Negative peer influence and longitudinal roles of parenting and self-esteem. **Journal of Business Research**, v. 66, n. 4, p. 559-67, Apr. 2013.

ZAKERI, H.; KARIMPOUR, M. Parenting styles and self-esteem. **Procedia: Social and Behavioral Sciences**, v.29, p. 758-61, 2011.

ZEHE, J. M.; COLDER, C. R.A latent growth curve analysis of alcohol-use specific parenting and adolescent alcohol use. **Addictive Behaviors,** v. 39, n. 12, p. 1701-5, Dec. 2014.

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – protocolo 2303/2012

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO
TÍTULO DO PROJETO: MENINAS E DROGADIÇÃO – ESTUDO SOBRE A INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS PARENTAIS E DO SUPORTE SOCIAL
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ANDRÉA RUZZI PEREIRA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 23/4/2012
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2303

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 14 de setembro de 2012.

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – protocolo 2440/2012

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO
TÍTULO DO PROJETO: ESTILO PARENTAL, AUTOESTIMA E O USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS ENTRE ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE UBERABA-MG
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ANDREA RUZZI PEREIRA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 6/8/2012
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2440

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 8 de fevereiro de 2013.

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM

Anexo C – Aprovação da Secretaria Municipal de Educação para realização da Coleta de Dados nas Escolas

Secretaria de
Educação e Cultura

UBERABA
PARA O BEM DE NOSSA GENTE

OFÍCIO GAB/SEMEC/Nº 0517

Uberaba, 27 de setembro de 2013.

À Senhora
PROF.ª ANDREA RUZZI PEREIRA
Curso de Graduação em Terapia Ocupacional
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM
Av. Getúlio Guaritá, 159 – 3° Andar – Abadia
CEP: 38025-440 – Uberaba/MG

ASSUNTO: Autoriza realização de pesquisa em escolas municipais.

Senhora Professora

Informamos a Vossa Senhoria que foi autorizada, por esta Secretaria, o desenvolvimento da Pesquisa de Iniciação Científica vinculada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM -, sob sua orientação, intitulada: "Estilos parentais, autoestima e o uso de crack e outras drogas entre escolares da Rede Municipal de Ensino de Uberaba – MG".

Informamos-lhe, ainda, que a pesquisa a ser desenvolvida junto aos alunos do 8° e 9° anos do Ensino Fundamental, deverá ser realizada no espaço físico das seguintes unidades escolares:

- E.M. Adolfo Bezerra de Menezes
- E.M. Arthur de Mello Teixeira
- E.M. Boa Vista
- E.M. Frederico Peiró
- E.M. Frei Eugênio
- E.M. Gastão Mesquita Filho
- E.M. Joubert de Carvalho
- E.M. Madre Maria Georgina
- E.M. Maria Lourencina Palmério
- E.M. Monteiro Lobato
- E.M. Norma Sueli Borges
- E.M. Padre Eddie Bernardes
- E.M. Prof. Anísio Teixeira
- E.M. Prof. José Geraldo Guimarães
- E.M. Prof. José Macciotti
- E.M. Profª. Esther Limírio Brigagão
- E.M. Profª. Geni Chaves
- E.M. Profª. Niza Marquez Guaritá
- E.M. Profª. Olga de Oliveira
- E.M. Profª. Stella Chaves
- E.M. Reis Júnior
- E.M. Santa Maria
- E.M. Uberaba
- E.M. Celina Soares de Paiva
- E.M. José Marcus Cherém
- E.M. Maria Carolina Mendes
- E.M. Sebastião Antônio Leal
- E.M. Totonho de Morais
- E.M. Vicente Alves Trindade

Atenciosamente.

Profª. Silvana Elias da Silva Pereira
Secretária Municipal de Educação e Cultura

MBDC/liac

Av. Dom Luiz Maria de Santana, 141 – CEP 38061-080 – (34) 3318-2000 – www.uberaba.mg.gov.br

Anexo D - DUSI -Drug Use Screening Inventory

Adaptação feita para o Brasil do instrumento DUSI (Drug Use Screening Inventory) por De Michelli e Formigoni (1998).

Todos os dados colhidos por meio desse questionário são confidenciais e fazem parte de um projeto de pesquisa, coordenado por Andrea Ruzzi Pereira, sob orientação do Prof. Dr. Jair L.F. Santos.

O objetivo desta parte da pesquisa é conhecer o real uso de drogas de uma amostra de jovens estudantes brasileiros e sua relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais.

Sua resposta é muito importante. Responda honestamente e tenha a certeza de que suas respostas serão mantidas em segredo. Nenhuma pessoa terá acesso às suas respostas sem o seu consentimento.

Drogas preferidas

Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no **último mês**?
PREENCHA os círculos, conforme a droga, a quantidade e as vezes que a usou:

	Não Usei	**Usei de 1 a 2 vezes**	**Usei de 3 a 9 vezes**	**Usei e 10 a 20 vezes**	**Usei mais de 20 vezes**	**Tenho problemas pelo uso dessa droga**	**Essa minha droga predileta**
Álcool							
Cocaína/*crack*							
Maconha							
Estimulantes (anfetaminas, etc.)							
Alucinógenos (LSD, mescalina, etc.)							
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.)							
Analgésicos							
Opiáceos (morfina, heroína, etc.)							
Fenilciclidina (PCP, pó-de-anjo)							
Inalantes, solventes							
Outros							

Anexo D - continuação

INVENTÁRIO DE TRIAGEM DO USO DE DROGAS DUSI R

Nome (Opcional) _____

Idade	Data de hoje	Sexo
0 0	0 0 0 0 0 0	○ Feminino
1 1	1 1 1 1 1 1	○ Masculino
2 2	2 2 2 2 2	
3 3	3 3 3 3 3	
4 4	4 4 4 4	
5 5	5 5 5 5	
6 6	6 6 6 6	
7 7	7 7 7 7	
8 8	8 8 8 8	
9 9	9 9 9 9	

Adaptação feita para o Brasil, do instrumento DUSI (Drug Use Screening Inventory) por De Micheli e Formigoni (1998).

Todos os dados colhidos através deste questionário são confidenciais e fazem parte de um projeto de pesquisa cujo objetivo é conhecer o real uso de drogas de uma amostra de jovens brasileiros e sua relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais.

SUA RESPOSTA É MUITO IMPORTANTE. RESPONDA HONESTAMENTE E TENHA A CERTEZA QUE SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM SEGREDO. NENHUMA PESSOA TERÁ ACESSO ÀS SUA RESPOSTAS SEM O SEU CONSENTIMENTO.

Por favor, responda **Todas** as questões seguintes. se alguma questão não se aplicar exatamente, responda considerando o que ocorre com maior freqüência (Sim ou Não).

Responda as questões considerando o que ocorreu com você **NOS ÚLTIMOS 12 MESES.** Caso alguma questão não se aplica à você, responda escolhida, com cuidado para não ultrapassar as bordas.

Preencha o círculo que corresponde à sua resposta:

Marca correta: ○ ● Marcas Incorretas: ✓ ⊗ ◐

ÁREA I	SIM	NÃO
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?	S	N
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	S	N
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou drogas?	S	N
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?	S	N
6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de ácool ou drogas?	S	N
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?	S	N
8. Você sofreu algum acidente de carro depois de usar ácool ou drogas?	S	N
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machu cou alguém depois de usar álcool ou drogas?	S	N
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa do seu uso de álcool ou drogas?	S	N
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?	S	N
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (por exemplo: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça?	S	N
13. Você já teve problemas para lembrar o que fez enquan to estava sob efeito de drogas ou álcool?	S	N
14. Você gosta de "brincadeiras" que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)	S	N
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	S	N
16. Alguma vez você já disse uma mentira?	S	N

ÁREA II	SIM	NÃO
1. Você briga muito?	S	N
2. Você se acha melhor que os outros?	S	N
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?	S	N
4. Você grita muito?	S	N
5. Você é teimoso?	S	N
6. Você é desconfiado em relação a outras pessoas?	S	N
7. Você xinga ou fala muitos palavrões?	S	N
8. Você provoca muito as pessoas?	S	N
9. Você tem um temperamento difícil?	S	N
10. Você é muito tímido?	S	N
11. Você ameça ferir as pessoas?	S	N
12. Você fala mais alto que os outros jovens?	S	N
13. Você se chateia (ou se aborrece) facilmente?	S	N
14. Você faz muitas coisas sem antes pensar nas conseqüências?	S	N
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?	S	N
16. Se você puder você tira vantagem das pessoas?	S	N
17. Geralmente você se sente irritado ou bravo?	S	N
18. Você gasta a maior parte do seu tempo livre, sozinho?	S	N
19. Você costuma se isolar dos outros?	S	N
20. Você é muito sensível a críticas?	S	N
21. Seus modos de comer são melhores no restaurante do que em casa?	S	N

ÁREA III	SIM	NÃO
1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos nos últimos 12 meses?	S	N
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?	S	N
3. Você tem problemas com o seu sono (dorme demais ou muito pouco)?	S	N
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4 Kg?	S	N
5. Você tem menos energia do que acha que deveria ter?	S	N
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?	S	N
7. Você tem alguma preocupação com sexo ou com seus Órgãos sexuais?	S	N
8. Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava com drogas?	S	N
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?	S	N
10. Alguma vez a parte branca de seus olhos já ficou amarela?	S	N
11. Você às vezes sente vontade de xingar?	S	N

Anexo D

ÁREA IV	SIM	NÃO
1. Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?	S	N
2. Você roubou coisas em mais de uma ocasião?	S	N
3. Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?	S	N
4. Você costuma fazer movimentos irrequietos com as mãos?	S	N
5. Você é agitado e não consegue sentar quieto?	S	N
6. Você fica frustrado facilmente?	S	N
7. Você tem problemas em se concentrar?	S	N
8. Você se sente triste muitas vezes?	S	N
9. Você rói unhas?	S	N
10. Você tem problemas durante o sono (pesadelos, sonambulismo, etc)?	S	N
11. Você é nervoso?	S	N
12. Você se sente facilmente amedrontado?	S	N
13. Você se preocupa demais?	S	N
14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?	S	N
15. As pessoas olham com estranheza para você?	S	N
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?	S	N
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?	S	N
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?	S	N
19. Frequentemente você sente vontade de chorar?	S	N
20. Você tem tanta energia que você não sabe o que fazer com você mesmo?	S	N
21. Alguma vez você se sentiu tentado a roubar alguma coisa?	S	N

ÁREA V	SIM	NÃO
1.Você acha que os jovens de sua idade não gostam de você?	S	N
2. Em geral, você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?	S	N
3. É difícil fazer amizades num grupo novo?	S	N
4. As pessoas tiram vantagens de você?	S	N
5. Você tem medo de lutar pelos seus direitos?	S	N
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?	S	N
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?	S	N
8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?	S	N
9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?	S	N
10. Você tem dificuldades em defender suas opiniões?	S	N
11. Você tem dificuldade em dizer "não" para as pessoas?	S	N
12. Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?	S	N
13. As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?	S	N
14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com pessoas?	S	N
15. O seu humor as vezes muda?	S	N

ÁREA VI	SIM	NÃO
1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) usou maconha ou cocaína no último ano?	S	N
2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?	S	N
3. Algum membro de sua família foi preso no último ano?	S	N
4. Você tem discussões freqüentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?	S	N
5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?	S	N
6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?	S	N
7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?	S	N
8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?	S	N
9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?	S	N
0. Seus pais ou responsáveis freqüentemente desconhe cem onde você está ou o que você está fazendo?	S	N

ÁREA VI	SIM	NÃO
11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?	S	N
12. Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?	S	N
13. Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?	S	N
14. Você se sente em perigo em casa?	S	N
15. Você as vezes fica bravo?	S	N

ÁREA VII	SIM	NÃO
1. Você gosta da escola?	S	N
2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?	S	N
3. Suas notas são abaixo da média?	S	N
4. Você "cabula" aulas mais do que dois dias por mês?	S	N
5. Você falta muito à escola?	S	N
6. Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?	S	N
7. Freqüentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?	S	N

ÁREA VII	SIM	NÃO
8. Freqüentemente, você se sente sonolento nas aulas?	S	N
9. Freqüentemente, você chega atrasado para a aula?	S	N
10. Neste ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?	S	N
11. Você se irrita facilmente ou se chateia quando está na escola?	S	N
12. Você fica entediado na escola?		
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?	S	N
14. Você se sente em perigo na escola?	S	N
15. Você já repetiu de ano alguma vez?	S	N
16. Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extra-curriculares?	S	N
17. Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de ácool ou drogas?	S	N
18. Alguma vez você teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?	S	N
19. Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?	S	N
20. Alguma vez você foi suspenso?	S	N
21. Você as vezes adia coisas que você precisa fazer?	S	N

ÁREA VIII	SIM	NÃO
1. Alguma vez você teve um trabalho remunerado do qual foi despedido?	S	N
2. Alguma vez você parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?	S	N
3. Você precisa de ajuda dos outros para arranjar emprego?	S	N
4. Freqüentemente, você falta ou chega atrasado no trabalho?	S	N
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?	S	N
6. Você já ganhou dinheiro realizando atividades ilegais ?	S	N
7. Você já consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?	S	N
8. Alguma vez você foi demitido de um emprego por causa de drogas?	S	N
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?	S	N
10. Você trabalha principalmente porque isto permite ter dinheiro para comprar drogas?	S	N
11. Você fica mais feliz quando você ganha do que quando você perde em um jogo?	S	N

Anexo D – continuação

ÁREA IX	SIM	NÃO
1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?	S	N
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?	S	N
3. Algum de seus amigos "cola" nas provas?	S	N
4. Você acha que seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?	S	N
5. Algum dos seus amigos teve problemas com a lei nos últimos 12 meses?	S	N
6. A maioria dos seus amigos é mais velho que você?		
7. Seus amigos costumam faltar muito na escola?	S	N
8. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?	S	N
9. Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas nos últimos 12 meses?	S	N
10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito nos últimos 12 meses?	S	N
11. Você pertence a alguma "gang"?		
12. Atualmente, você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com seus amigos?	S	N
13. Você sente que não tem nenhum amigo para quem possa fazer confidências?	S	N
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?	S	N
15. Alguma vez você foi convencido a fazer alguma coisa que você não queria fazer?	S	N

ÁREA X	SIM	NÃO
1. Comparado com a maioria dos jovens, você faz menos esporte?	S	N
2. Durante a semana, você normalmente sai à noite para se divertir, sem permissão?	S	N
3. Num dia comum, você assiste mais do que duas horas de televisão?	S	N
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?	S	N
5. Você exercita-se menos do que a maioria dos jovens que você conhece?	S	N
6. Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com amigos?	S	N
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?	S	N
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?	S	N
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?	S	N
10. Comparado a maioria dos jovens você se envolve menos em "hobbies" ou outras atividades de lazer?	S	N
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?	S	N
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?	S	N
13. Você alguma vez comprou alguma coisa que você não precisava?	S	N

Anexo E - Escala de Autoestima de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Hutz, C.S., Zanon. C. revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, 2011, 10(1), pp. 41-49

Anexo F - Escalas de Exigência e de Responsividade Parental

Abaixo há uma série de frases sobre atitudes de mães e pais. Para cada uma delas marque, à direita, a resposta que melhor se aproxima à sua opinião de acordo com a chave de respostas abaixo. Você pode usar os números 0, 1, 2, 3 e 4 dependendo da freqüência ou intensidade com que ocorrem as situações descritas nas frases (quanto maior o número, mais freqüente ou intensa é a situação). Não esqueça que você pode usar os números intermediários (1, 2 e 3) para expressar níveis intermediários de freqüência ou intensidade das situações, e não apenas as opções extremas representadas pelos números 0 e 4. Assinale apenas uma resposta por frase, e não deixe nenhum item sem resposta.

Chave de respostas: (quase nunca ou bem pouco) 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 (geralmente ou bastante)

A respeito de teus pais considera as seguintes frases:	***MÃE***	***PAI***
1. Sabe aonde vou quando saio de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Controla as minhas notas no colégio.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Exige que eu vá bem na escola.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Impõe limites para as minhas saídas de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Me cobra quando eu faço algo errado.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Tem a última palavra quando discordamos sobre um assunto importante a meu respeito.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Controla os horários de quando eu estou em casa e na rua.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Faz valer as suas opiniões sem muita discussão.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Exige que eu colabore nas tarefas de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Me cobra que eu seja organizado(a) com as minhas coisas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. É firme quando me impõe alguma coisa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Me pune de algum modo se desobedeço uma orientação sua.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Posso contar com a sua ajuda caso eu tenha algum tipo de problema.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Me incentiva a que eu tenha minhas próprias opiniões sobre as coisas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Encontra um tempo para estar comigo e fazermos juntos algo agradável.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Me explica os motivos quando me pede para eu fazer alguma coisa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Me encoraja para que eu melhore se não vou bem na escola.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
18. Me incentiva a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
19. Se interessa em saber como eu ando me sentindo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
20. Ouve o que eu tenho para dizer mesmo quando não concorda.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
21. Demonstra carinho para comigo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
22. Me dá força quando eu enfrento alguma dificuldade ou decepção.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
23. Mostra interesse pelas coisas que eu faço.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
24. Está atenta (o) às minhas necessidades mesmo que eu não diga nada.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Anexo G - Escalas de Exigência e Responsividade Parental (para pais e/ou responsáveis)

Escala de Exigência

Até que ponto você **TENTA** saber...	
1. Onde seu filho(a) vai à noite?	___não tento ___tento pouco ___tento bastante
2. O que ele(a) faz com o tempo livre?	___não tento ___tento pouco ___tento bastante
3. Onde ele(a) está quando não está na escola?	___não tento ___tento pouco ___tento bastante
Até que ponto você **REALMENTE** sabe...	
4. Onde ele(a) vai à noite?	___não sei ___sei pouco ___sei bastante
5. O que ele(a) faz com o tempo livre?	___não sei ___sei pouco ___sei bastante
6. Onde ele(a) está quando não está na escola?	___não sei ___sei pouco ___sei bastante

Escala de Responsividade

A respeito de seus filhos considera os seguintes itens:	
Pode contar com sua ajuda caso ele (a) tenha algum tipo de problema.	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Incentiva-o a dar o melhor de si em qualquer coisa que ele(a) faça.	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Incentiva-o a pensar de forma independente.	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Ajuda-o nos trabalhos da escola se tem alguma coisa que ele (a) não entenda.	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Quando quero que ele (a) faça alguma coisa, explico o porquê.	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Quando ele (a) tira uma boa nota na escola, com que frequência você o (a) elogia?	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Quando ele (a) tira uma nota baixa na escola, com que frequência você o (a) encoraja a esforçar mais?	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Você realmente sabe quem são amigos do seu filho (a).	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Com que frequência você passa seu tempo conversando com seu filho(a)?	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente
Com que frequência você e seu filho (a) se reúnem para fazerem juntos alguma coisa agradável?	___ quase nunca ___às vezes ___geralmente

Anexo H - Critério de Classificação Econômica Brasil

Indique o número de itens abaixo que possui em sua casa (Ler os itens e marcar com um X na coluna com o número correspondente à quantidade, ou na coluna "não tem", caso não possua o item).

Critério Brasil

	Não tem	TEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Pontos_____

Critério Brasil ***(Grau de instrução do Chefe da Família)***

Analfabeto/ Primário Incompleto	0
Primário Completo/ Ginásio Incompleto	1
Ginásio Completo/ Colegial Incompleto	2
Colegial Completo/Superior Incompleto	3
Superior Completo	5

Pontos_____

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

CLASSE	***PONTOS***	***RENDA MÉDIA FAMILIAR (R$)***
A1	30 a 34	7.793,00
A2	25 a 29	4.648,00
B1	21 a 24	2.804,00
B2	17 a 20	1.669,00
C	11 a 16	927,00
D	6 a 10	424,00
E	0 a 5	207,00

Anexo I - VERSÃO BRASILEIRA DO SOCIAL SUPPORT APPRAISALS (SSA-REDUZIDA) - Adaptado por Squassoni e Matsukura

Estas perguntas vão investigar sentimentos e comportamentos de crianças e adolescentes. Suas respostas não serão identificadas. Não existe certo ou errado. É importante responder do jeito que você se sente agora, relativamente a cada uma das questões.
- **Concordo Totalmente**- deve ser marcado se você se sente sempre desse modo;
- **Discordo Totalmente**- deve ser marcado se você nunca se sente desse modo.
As outras respostas são intermediárias. É importante não deixar nenhum item sem resposta e qualquer dúvida pergunte ao investigador e nunca aos colegas. **Obrigada pela colaboração!**

Nome:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: Série: Escola:

	Concordo Totalmente	**Concordo bastante**	**Concordo um pouco**	**Discordo um pouco**	**Discordo bastante**	**Discordo totalmente**
1) Os meus amigos me respeitam	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2) Tenho professores que se preocupam bastante comigo	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3) Eu sou bastante querido pela minha família	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4) Os meus professores gostam de mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5) A minha família se preocupa bastante comigo	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6) As pessoas, de um modo geral, gostam de mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7) De maneira geral, posso confiar nos meus amigos	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8) Sou bastante admirado pelos meus familiares	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9) Sou respeitado pelas pessoas em geral	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10) Meus professores me admiram bastante	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11) Eu sou querido pelas pessoas	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12) Eu me sinto muito ligado aos meus amigos	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13) Os meus professores confiam em mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14) A minha família gosta muito de mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15) Os meus amigos gostam de estar comigo	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16) As pessoas de minha família confiam em mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17) Sinto que as pessoas, de um modo geral, me admiram	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18) A maioria dos meus professores me respeita muito	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19) Eu me sinto bem quando estou com outras pessoas	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20) Eu e os meus amigos somos muito importantes uns para os outros	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21) A minha família me respeita muito	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22) Sinto que as pessoas me dão valor	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23) Eu ajudo meus amigos e eles me ajudam	( )	( )	( )	( )	( )	( )

SSA - versão de Antunes e Fontaine (1995) adaptada do original de Vaux e Cols. (1986).

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para autorização da participação do adolescente

Título do Projeto: Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

O adolescente sob sua responsabilidade está sendo convidada(o) a participar do estudo **"Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção"**, por ser estudante do 8o.ou 9º. ano do ensino fundamental ou do ensino médio de escola estadual de Uberaba-MG Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a participação do adolescente é importante. O objetivo deste estudo é verificar se há correlação entre estilo parental, autoestima, apoio social e o uso de álcool e outras drogas entre estudantes da rede estadual de ensino de Uberaba-MG e o adolescente participe, será necessário fazer perguntas sobre a família, os amigos e consumo de drogas. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida da do adolescente.

Você e *o adolescente* sob sua responsabilidade poderão obter todas as informações que quiserem; *o adolescente* poderá ou não participar da pesquisa e o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela participação *do adolescente* no estudo, você e *o adolescente* não receberão qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome *do adolescente* não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois *ele* será identificado por um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual a *o adolescente* sob minha responsabilidade será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu e *o adolescente* sob minha responsabilidade somos livres para interromper a participação *dele* na pesquisa a qualquer momento, sem

justificar a decisão tomada e que isso não o afetará em nada. Sei que o nome *do adolescente* não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação *do adolescente* no estudo, desde que ele também concorde. Por isso *ele* assina junto comigo este Termo de Consentimento.

Uberaba, .../ ...../.....

Assinatura do responsável legal	Documento de Identidade
Assinatura *do adolescente*	Documento de Identidade (se possuir)

Assinatura do pesquisador

Telefones de contato: ‘Profa. Andrea – 91923736

Em caso de dúvida em relação a este documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação dos paisou responsáveis

Título do Projeto "Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção"

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado **"Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção"**, por *ser responsável por um adolescente que estuda no 8º. ou 9º. ano do ensino fundamental ou de uma das séries do ensino médio de uma escola estadual de Uberaba*. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é *verificar se há correlação entre as formas como os pais educam os adolescentes, autoestima, a rede de apoio social e o uso de drogas entre estudantes da rede municipal de ensino de Uberaba-MG* e caso você participe, será necessário assinar este termo e responder o questionário anexo. Para isso você levará cerca de 10 minutos e não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que servem os estudos e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me afetará ou ao meu filho na escola. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, .../ ...../.....

_____ _____

Assinatura do responsável Documento de Identidade

_____

Assinatura do pesquisador orientador

Telefones de contato: Profa. Andrea – 91923736

Em caso de dúvida em relação a este documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

Apêndice C – contato inicial com a Diretora da Escola ou Supervisora de Ensino:

Meu nome é Andrea Ruzzi, sou professora do curso de Terapia Ocupacional da UFTM[6] e sob a orientação do Professor Jair Lício Ferreira dos Santos, da FMRP-USP estamos desenvolvendo o estudo "Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção" com os estudantes do 8° e 9º ano das escolas municipais de Uberaba-MG.

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas municipais de Uberaba – MG, além de:

Descrever e analisar estilo parental adotado pelos pais dos participantes, de acordo com a percepção desses pais;

Descrever e analisar estilo parental adotado pelos pais dos participantes, de acordo com a percepção dos participantes da pesquisa;

Descrever e analisar a autoestima dos participantes da pesquisa;

Descrever e analisar o apoio social percebido pelos participantes da pesquisa;

Verificar se há correlação entre estilo parental, autoestima, apoio social e problemas associados ao uso de drogas entre os participantes da pesquisa.

A Secretaria Municipal de Educação e Cultura autorizou a realização da pesquisa por meio do processo de número 742 de 20 de agosto de 2012. Pedimos sua autorização para iniciarmos a coleta de dados na escola.

Para isso, pedimos que nos ceda espaço nas classes de 8º e 9º anos em um dia para entregarmos os termos de consentimento aos alunos, que deverá ser assinado pelos pais. Nesse dia, explicaremos aos adolescentes sobre a pesquisa. É rápido, cerca de 5 minutos por sala.

Precisamos de um dia, se possível na sequência, para aplicarmos os questionários para os adolescentes. Os questionários abordam questões sócio-demográficas e sobre como se sentem (autoestima), sobre a família, os amigos e consumo de drogas. Não será feito nenhum procedimento que possa trazer qualquer desconforto ou risco à vida da do adolescente.

---

[6] Quando esta apresentação era feita por um auxiliar da pesquisa, a introdução sofria a seguinte variação: "meu nome é _____, sou aluno do curso de Terapia Ocupacional da UFTM e sob a orientação da Professora Andrea Ruzzi sou auxiliar da pesquisa...que ela está desenvolvendo sob orientação do...

Faremos a coleta com os participantes de todas as salas em um mesmo local. Um auxiliar da pesquisa lerá as questões para os alunos enquanto eles marcam a resposta que acharem convenientes. Isso poupará tempo.

Os adolescentes que não trouxerem o termo assinado não poderão participar da pesquisa.

A escola, a família e o adolescente poderão obter todas as informações que quiserem; o adolescente poderá ou não participar da pesquisa e o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O nome do adolescente não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

Andrea Ruzzi 91923736

Apêndice D – Roteiro para o convite dos adolescentes – visita explicativa

Meu nome é _____, sou aluno[7] do curso de Terapia Ocupacional da UFTM e sob a orientação da Professora Andrea Ruzzi estamos desenvolvendo dois estudos para conhecer um pouco mais sobre a autoestima, a forma como os pais educam os filhos, as relações de apoio que adolescentes encontram na família, na escola e nos amigos e se tudo isso pode influenciar no uso de drogas por estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas municipais.

Vocês estão recebendo três folhas:

1° - autorização dos seus pais para que vocês participem da pesquisa, que vocês devem assinar também caso concordem em participar da pesquisa;

2º - é a autorização de seus pais para eles participarem da pesquisa – e

3º - questionário para participação dos seus pais.

A participação de vocês é livre, mas só poderá responder a pesquisa, que faremos dia _____ quem trouxer a autorização do pai ou da mãe ou de um responsável.

Expliquem aos seus pais que eles não precisam vir aqui para participar, é só preencher o papel que vocês estão levando. Qualquer dúvida tem meu telefone está no final da página.

Os alunos que participarem, responderão alguns questionários sobre como vocês se sentem, pessoas com quem vocês podem contar em momentos de necessidade ou tristeza e sobre o consumo de álcool e outras drogas. A participação é completamente anônima e confidencial. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a participação de vocês é muito importante.

Outras informações sobre a pesquisa estão nesse termo de autorização que vocês estão levando, mas em caso de dúvida o responsável pode me ligar antes do dia da coleta de dados.

---

[7] Quando a explicação era feita pela pesquisadora, essa introdução variava para Meu nome é Andrea, sou professora do Curso de Terapia Ocupacional da UFTM e estou desenvolvendo uma pesquisa de doutorado com alunos da rede municipal de ensino, para conhecer um pouco mais sobre a autoestima, a forma como os pais educam os filhos, as relações de apoio que adolescentes encontram na família, na escola e nos amigos e se tudo isso pode influenciar no uso de drogas por estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas municipais.

Apêndice E - Orientações aos participantes “pré coleta” de dados

Estes questionários que vocês acabaram de receber estão sendo preenchidos por alunos do oitavo e nono anos de todas as escolas municipais de Uberaba. Eles abordam questões sobre como vocês se sentem, pessoas com quem vocês podem contar em momentos de necessidade ou tristeza e faz perguntas sobre o consumo de álcool e outras drogas. Sua participação é completamente anônima e não precisamos saber o seu nome. Só estamos interessados nas respostas de um grande grupo de pessoas, não as respostas dos indivíduos, e assim suas respostas são totalmente confidenciais e serão usadas apenas para fins de investigação. Por favor, não assinar o questionário. Você pode se retirar a qualquer momento da sala, sem dar uma razão.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM concedeu aprovação ética.

Você pode preencher os instrumentos, mesmo que você nunca tenha bebido álcool ou usado qualquer outra droga. A maioria das perguntas exigem que você simplesmente assinale a opção que melhor representa sua resposta.

Tente ser o mais honesto possível e não pensar muito tempo sobre suas respostas - sua primeira resposta é normalmente a melhor.

Tome cuidado para não deixar que os outros vejam as suas respostas - é importante que você mantenha o foco em seu próprio questionário.

Nós iremos ler cada questão, de cada instrumento, dar um tempo para que você assinale e passar para a questão seguinte, para que todos levem o mesmo tempo para terminar sua participação, mas essa coleta pode durar 1 hora. Caso você esteja em horário de prova ou de apresentação de trabalho, por favor verifique a possibilidade para fazer em outro horário ou se retire, para não sair prejudicado. Durante a leitura, caso você não entenda a questão ou as respostas possíveis, nós poderemos ler novamente, exatamente o que está escrito no questionário, por até três vezes, mas por serem questionários de autopreenchimento, ou seja, que vocês devem ser capazes de ler e responder sem auxílio, nós não poderemos explicar a questão ou resposta de maneira diferente do que está escrito.

Se você tiver alguma dúvida, por favor, levante a mão e pergunte, para que possamos iniciar.