MIRIA BENINCASA

Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em
adolescentes do município de São Paulo

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia da
Aprendizagem, do Desenvolvimento
Humano e da Personalidade

Orientadora: Profa. Dra. Eda Marconi
Custódio

SÃO PAULO
2010

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.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Benincasa, Miria.

Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes no município de São Paulo / Miria Benincasa; orientadora Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2010.

333 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Adolescentes 2. Qualidade de vida 3. Droga (uso) 4. Resiliência (psicologia) 5. Avaliação I. Título.

BF724

Nome: Benincasa, Miria

Título: Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes no município de São Paulo

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos Diretores, Professores e Adolescentes que, com generosidade e paciência, doaram um pouco do seu tempo e da sua história para que eu pudesse construir a minha história. Espero que um dia eu possa retribuir, através do meu trabalho, o mesmo bem a vocês, a seus irmãos ou a seus filhos. Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, companheiro dedicado, amoroso e paciente. Ofereceu todas as condições para que esse trabalho se realizasse. Muito obrigada!

À minha filha, que tornou essa jornada mais alegre e terna. Foi inspiração para este trabalho e luz para a minha vida.

Aos meus pais, que, delicadamente, me apresentaram esse caminho.

À Profa. Eda Marconi Custódio que foi orientadora e amiga em todas as “viagens” que me trouxeram a este resultado.

À Profa. Iraí Bocatto Alves que, de maneira gentil e amiga, ofereceu contribuições inestimáveis a este trabalho.

À Olívia e Sandra, que me ajudaram mais do que imaginam. Foi bom descobrir duas amigas.

À Betina, filha postiça, enteada querida, que vem contribuindo para eu me tornar uma pessoa melhor.

Aos Professores Manuel Morgado Rezende e Maria Abigail de Souza que ofereceram importantes contribuições durante o Exame de Qualificação.

À Lígia, grande parceira do início desta jornada.

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa

À Editora Vetor, por me doar o Teste Raciocínio Verbal. Muito Obrigada!

RESUMO

Benincasa, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes do município de São Paulo. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Os conceitos de qualidade de vida, assim como investigações a respeito do uso de substâncias psicoativas, estão diretamente influenciados pelo contexto histórico, social e cultural. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes matriculados no Ensino Médio do Município de São Paulo buscando fornecer subsídios para políticas públicas e privadas visando à melhoria da qualidade de vida desta população. Foram, para esse fim, sorteadas 17 escolas Estaduais e cinco Particulares, compondo uma amostra de 2434 estudantes. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Identificação, WHOQOL-100, SF-36, Teste de Raciocínio Verbal e Questionário sobre uso de drogas. Para o tratamento estatístico foram realizadas Análise de Variância (ANOVA), o teste Pós Hoc de Tukey, cálculos de porcentagem e análise de Conglomerados (Cluster). Os estudantes que apresentaram maior qualidade de vida e maior consumo de drogas foram os representantes das classes mais altas e, portanto, das escolas particulares. O consumo, neste período da vida, ainda não causa prejuízos, mas, sim, prazer, contribuindo para um auto-relato de melhor qualidade de vida. Os que relataram menor uso tendem a ter melhor resultado em alguns domínios de qualidade de vida, são eles: Domínios: Físicos tanto no SF-36 quanto no WHOQOL-100; capacidade funcional (SF-36), Aspectos Sociais (SF-36), Estado Geral de Saúde (SF-36) e Nível de Independência (WHOQOL-100). Aqueles que revelaram consumo mais intenso apresentaram pontuações mais baixas nos domínios: Saúde Mental (SF-36), Capacidade Funcional (SF-36), Aspectos Físicos (SF-36 e WHOQOL-100), Aspectos Sociais (SF-36) e Estado Geral de Saúde (SF-36). As regiões que apresentaram maior consumo de droga foram a norte e a oeste. O menor consumo ficou entre as regiões Leste e Oeste. Algumas Diretorias de Ensino apresentaram alta qualidade de vida e baixo uso de drogas, foram elas Leste 1 e Sul 2. Quanto ao relacionamento com os pais, os que relataram relacionamento ruim com qualquer um dos pais, tenderam a declarar consumo mais intenso de drogas. Estudantes com

características de resiliência foram encontrados e observou-se alguns aspectos comuns entre eles quando comparados com a amostra geral: eles fazem parte de ambientes com baixo índice de consumo de drogas, relatam apoio e suporte familiar; todos os resilientes declaram bom relacionamento com a mãe e; indicam auto-estima elevada. Independentemente dos riscos apresentados, dos problemas ou das dificuldades, a sugestão sempre está ligada a programas, projetos, ações, medidas que incluem a educação num sentido mais amplo, ou seja, a criação de programas educativos locais, que envolvam as características, anseios, dificuldades, potencialidades de uma determinada população. Realizar programas de promoção de saúde envolve o fortalecimento das capacidades individuais, mobilização de recursos coletivos, medidas intersetoriais (associação de setores educacionais com setores da saúde e comunitários), valorização da família (o papel do pai, da mãe, a qualidade das relações, etc.), da capacidade de escolha, do conhecimento, da cultura e respeito às diferenças e diversidades.

Palavras-chave: Adolescentes. Qualidade de Vida. Drogas. Resiliência. Avaliação

ABSTRACT

Benincasa, M. (2010) Evaluation of quality of life and drug usage in teenagers in São Paulo city. Doctoral Thesis, Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

The concepts of quality of life, such as investigations concerning the usage of psychoactive agents, are influenced directly by historical, social and cultural contexts. In this research, our main goal was to assess the quality of life and drug usage by college students, teenagers, of São Paulo city in order to provide subsidies for private and public policies whose objective is to improve the quality of life of this population. 17 public schools and 5 particular schools were raffled off, providing 2434 students as sample. The tools for assessment were: WHOQOL-100 Identification Inquiry, SF-36, Verbal Reasoning Test and Drug Usage Inquiry. For statistical measurements, an Analysis of Variance (ANOVA), Turkey's Pos Hoc test, percentage calculation and gathered mass analysis (Cluster) were used. The most quality of life students and those whose indicates higher rates of drugs usage, belongs to the higher social classes, therefore, from the private schools. In this period of life, drug usage produces no disadvantage. On the contrary, drug usage produces pleasure, which contributes to the self reports of quality of life. Those students which presented less drug usage, mostly obtained best results in some domains of quality of life, such as: Domains: Physical, in the SF-36 such as in WHOQOL-100; functional capacities (SF-36), Social Traits (SF-36), Overall Healthy (SF-36) and Self-reliance Level (WHOQOL-100). Those who revealed more intensive drug usage also presented lower scores in domains: Mental Healthy (SF-36) and Overall Healthy (SF-36). Higher drug usage was observed mostly in the North and West districts. Lower drug usage was observed in the East and West districts. Some Scholars Agencies presented high quality of live and low tax of drug usage, namely East 1 and South 2. Most of the students who reported bad relationship with one of the parents, also reported intensive drug usage. Common features were shared by the resilient students when compared to the sample: They habit low drug usage environments, they also mention familiar care and support; all resilient students declared they get along with their mothers, and indicate high rates of self-esteem. Despite of the risks, problems or difficulties that were detected, the suggestions made

are related to development of programs, projects, attitudes, procedures directed to a wide range educational change, that means, development of local educational programs, that deals with the wishes, difficulties, potentials of a particular population. To carry out a healthy care program must evolve the strengthening of individual abilities, mobilization of collective resources, inter-sectors enterprises (educational sectors associated with healthy care and communitarian sectors), family appraisal (role of the father, mother, relationship's quality, etc.), choice ability, knowledge, culture and acceptance of the differences and diversities.

Key-words: Teenagers. Quality of Life. Drugs. Resilience. Assessment.

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura 1	Descrição dos domínios do questionário WHOQOL-100.	84
Figura 2	Descrição das escalas do questionário SF-36.	86
Figura 3	Mapas do município de São Paulo apresentando a distribuição das escolas públicas e particulares sorteadas para este estudo	89
Figura 4	Defasagem idade-série daqueles que estão no Ensino Médio em 2005 por UF	95
Figura 5	Gráfico das médias	100
Figura 6	Distribuição da Saúde	103
Figura 7	Amostra distribuída por classes Econômicas segundo a ABEP (2008)	106
Figura 8	Gráfico Das classes econômicas por gênero	107
Figura 9	Domínios por gênero	112
Figura 10	Pirâmide de Maslow (Hierarquia das Necessidades, 1987)	119
Figura 11	Comparação dos resultados do questionário SF-36 entre adolescentes asiáticos e paulistanos	138
Figura 12	Comparação entre os resultados de cada domínio do questionário SF-36 entre meninas alérgicas, não alérgicas e paulistanas	141
Figura 13	– Comparação entre os resultados de cada domínio do questionário SF-36 entre meninos alérgicos, não alérgicos e paulistanos	142
Figura 14	Número de Acertos no Raciocínio Verbal	161

RELAÇÃO DE TABELAS POR CAPÍTULOS

1. INTRODUÇÃO

Tabela 1	Município de São Paulo – evolução dos chefes de domicílios pobres entre 1991 e 2000, segundo os 10 distritos administrativos com maior e menor variação (%)	5
Tabela 2	Município de São Paulo – variação média anual da violência e dos chefes de domicílios pobres nos dez distritos administrativos com maior e menor variação da pobreza (em %)	6
Tabela 3	Porcentagem de uso na vida de drogas entre adolescentes de 15 anos em países dos 5 continentes	52

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização da Amostra

Tabela 4	Distribuição das Escolas por Região do Município e número de alunos	93
Tabela 5	Distribuição das escolas e alunos pela Região Agrupada	94
Tabela 6	Distribuição das Idades dos alunos	97
Tabela 7	Distribuição da frequência de alunos em função de cada série	97
Tabela 8	Medidas Descritivas por série	99
Tabela 9	Distribuição do Gênero	101
Tabela 10	Distribuição do Estado Civil	101
Tabela 11	Distribuição da Saúde	102
Tabela 12	Distribuição de Problema de saúde	104
Tabela 13	Distribuição da população por Classe sócio-econômica no Brasil, na Grande São Paulo e nos adolescentes matriculados no Ensino Médio no município de São Paulo.	105
Tabela 14	Distribuição das classes econômicas segundo critério ABEP	106
Tabela 15	Distribuição das Classes Econômicas por Gênero	107
Tabela 16	Região do Município por classe sócio-econômica	109

3.2. Análise do Questionário WHOQOL- 100

Tabela 17	<i>Medidas Descritivas das Facetas e dos Domínios do Whoqol 100</i>	111
Tabela 18	Estatísticas Descritivas dos Domínios por Gênero	112

Tabela 19	Estatísticas Descritivas dos Domínios por Série	115
Tabela 20	Estatísticas Descritivas do Domínio Físico por CSE	117
Tabela 20,1	Estatísticas Descritivas do Domínio Psicológico por CSE	117
Tabela 20,2	Estatísticas Descritivas do Domínio Nível de Independência por CSE	117
Tabela 20,3	Estatísticas Descritivas do Domínio Relações Sociais por CSE	118
Tabela 20,4	Estatísticas Descritivas do Domínio Ambiente por CSE	118
Tabela 20,5	Estatísticas Descritivas do Domínio Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais por Classe Sócio-Econômica (CSE)	118
Tabela 21	Medidas Descritivas dos Domínios por Região do Município (Escolas Públicas)	120
Tabela 22	Medidas Descritivas dos Domínios por Região do Município (Escolas Particulares)	121
Tabela 23	Medidas Descritivas do Domínio FÍSICO por Diretoria de Ensino (DE)	122
Tabela 24	Medidas Descritivas do Domínio PSICOLÓGICO por Diretoria de Ensino	123
Tabela 25	Medidas Descritivas do Domínio NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA por Diretoria de Ensino (DE)	124
Tabela 26	Estatísticas Descritivas do Domínio RELAÇÕES SOCIAIS por DE	125
Tabela 27	Estatísticas Descritivas do Domínio AMBIENTE por DE	126
Tabela 28	Medidas Descritivas do Domínio ASPECTOS ESPIRITUAIS / RELIGIÃO / CRENÇAS PESSOAIS por Diretoria de Ensino (DE)	128
Tabela 29	Comparação dos escores dos Domínios em relação à presença de doença (controle x paciente).	131
Tabela 30	Comparação das médias dos resultados obtidas entre as amostras de validação e deste estudo	131
3.3. Análise do questionário SF-36		
Tabela 31	Estatísticas Descritivas de cada domínio	135
Tabela 32	Comparação da média geral dos adolescentes com a média da população brasileira, apresentada por Ciconelli, Ferraz, Santos,	135

Meirão e Quaresma (1999).

Tabela 33	Comparação dos resultados do questionário SF-36 obtidos em Campinas (Pereira & Del Vecchio, 2006) e São Paulo	136
Tabela 34	Comparação entre a amostra do estudo de Barbosa, Petribú, Mariano, Ferreira e Almeida (2008) com adolescentes com Depressão Pós Parto (DPP) e sem DPP e os paulistanos do presente estudo	137
Tabela 35	Comparação dos resultados de jovens com Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI), população geral e estudantes paulistanos do presente estudo	139
Tabela 36	Estatísticas descritivas de cada Domínio do SF-36 por Gênero	140
Tabela 37	Estatísticas Descritivas dos Domínios do SF-36 por Série	143
Tabela 38	Estatísticas Descritivas do domínio Capacidade Funcional por Classe Sócio-Econômica	145
Tabela 39	Estatísticas Descritivas do domínio Aspecto Físico por CSE	145
Tabela 40	Estatísticas Descritivas do domínio Dor por CSE	146
Tabela 41	Estatísticas Descritivas do domínio Estado Geral de Saúde por CSE	146
Tabela 42	Estatísticas Descritivas do domínio Vitalidade por CSE	147
Tabela 43	Estatísticas Descritivas do domínio Aspecto Social por CSE	147
Tabela 44	Medidas Descritivas do domínio Aspecto Emocional por CSE	148
Tabela 45	Estatísticas Descritivas do domínio Saúde Mental por CSE	148
Tabela 46	Estatísticas Descritivas dos Domínios por região do Município (Escolas Públicas)	149
Tabela 47	Medidas Descritivas dos Domínios por região do Município (Escolas Particulares)	150
Tabela 48	Estatísticas descritivas do domínio Capacidade Funcional por DE	151
Tabela 49	Estatísticas descritivas do domínio Aspecto Físico por Diretoria de Ensino	152
Tabela 50	Estatísticas descritivas do domínio Dor por Diretoria de Ensino	153
Tabela 51	Estatísticas descritivas do domínio Estado Geral de Saúde por DE	154
Tabela 52	Estatísticas descritivas do domínio Vitalidade por Diretoria de Ensino	155

Tabela 53	Medidas descritivas do domínio Aspecto Social por Diretoria de Ensino	156
Tabela 54	Medidas descritivas do domínio Aspecto Emocional por DE	157
Tabela 55	Medidas descritivas do domínio Saúde Mental por Diretoria de Ensino	158

3.4. Análise do Teste Raciocínio Verbal

Tabela 56	Estatísticas Descritivas do RV por Classe sócio-econômica	162
Tabela 57	Estatísticas Descritivas do RV por série do Ensino Médio	163
Tabela 58	Estatísticas Descritivas RV por Diretoria de Ensino (DE)	164
Tabela 59	Testes de Tukey do Raciocínio Verbal entre escolas de diferentes regiões	165
Tabela 60	Estatísticas Descritivas do Raciocínio Verbal (RV) por Região agrupando escolas	167
Tabela 61	Estatísticas Descritivas do Raciocínio Verbal (RV) por gênero	167
Tabela 62	apresentação dos estudantes com pior desempenho no teste RV	169

3.5. Análise do questionário sobre uso de drogas

Tabela 63	Apresentação, em porcentagem, das sete drogas mais usadas pela amostra relacionadas á freqüência de consumo	172
Tabela 64	Comparação do “uso na vida” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo, aqui denominado “São Paulo 2”.	174
Tabela 65	Comparação do “uso no ano” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo.	175
Tabela 66	Comparação do “uso no mês” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo.	176
Tabela 67	Comparação do “uso no freqüente” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo	177
Tabela 68	Comparação do “uso pesado” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo	178

3.5.1. Uso de droga por gênero

Tabela 69	Distribuição percentual do uso de drogas por gênero (Masculino e Feminino) em “uso na vida”, “uso no ano”, “uso no mês”, “uso freqüente” e “uso pesado”	184
-----------	---	-----

3.5.2. Uso de droga por idade

Tabela 70	Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)	194
Tabela 71	Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)	194
Tabela 72	Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)	194
Tabela 73	Distribuição percentual do “uso freqüente” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)	195
Tabela 74	Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)	195
Tabela 75	Média de “Uso no mês” de drogas relacionado à idade de estudantes dos países da América do Sul.	201

3.5.3. Uso de droga por classe sócio-econômica

Tabela 76	Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por classe sócio-econômica	205
Tabela 77	Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por classe sócio-econômica	205
Tabela 78	Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por classe sócio-econômica	206
Tabela 79	Distribuição percentual do “uso freqüente” de drogas por classe sócio-econômica	206
Tabela 80	Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por classe sócio-econômica	207

3.5.4. Uso de droga por Regiões de São Paulo

Tabela 81	Distribuição percentual do “Uso na Vida” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas	215
Tabela 82	Distribuição percentual do “Uso na Vida” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares	215
Tabela 83	Distribuição percentual do “Uso no Ano” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas	216
Tabela 84	Distribuição percentual do “Uso no Ano” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares	216

Tabela 85	Distribuição percentual do “Uso no Mês” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas	217
Tabela 86	Distribuição percentual do “Uso no Mês” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares	217
Tabela 87	Distribuição percentual do “Uso Frequente” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas	218
Tabela 88	Distribuição percentual do “Uso Frequente” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares	218
Tabela 89	Distribuição percentual do “Uso Pesado” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas	219
Tabela 90	Distribuição percentual do “Uso Pesado” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares	219

3.5.5. Uso de droga por Escolas

Tabela 91	Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por escola	226
Tabela 92	Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por escola	227
Tabela 93	Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por escola	228
Tabela 94	Distribuição percentual do “uso frequente” de drogas por escola	229
Tabela 95	Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por escola	230

3.5.6. Uso de droga por gênero Relacionamento com os pais

Tabela 96	Distribuição percentual do uso de drogas na vida, no ano e no mês por Relacionamento com a mãe	235
Tabela 97	Distribuição percentual do uso de drogas frequente e pesado por Relacionamento com a mãe	236
Tabela 98	Distribuição percentual do uso de drogas na vida, no ano e no mês por Relacionamento com o pai	239
Tabela 99	Distribuição percentual do uso de drogas frequente e pesado por Relacionamento com o pai	240

3.5.7. Uso de droga por Prática de esporte

Tabela 100	Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por Prática de Esportes	245
Tabela 101	Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por Prática de Esportes	246

Tabela 102	Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por Prática de Esportes	250
Tabela 103	Distribuição percentual do “uso freqüente” de drogas por Prática de Esportes	251
Tabela 104	Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por Prática de Esportes	254

3.5.8. Uso de droga por gênero Religião

Tabela 105	Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por religião	263
Tabela 106	Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por religião	264
Tabela 107	Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por religião	265
Tabela 108	Distribuição percentual do “uso freqüente” de drogas por religião	269
Tabela 109	Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por religião	270

3.6. Correlação entre uso de drogas e qualidade de vida

Tabela 110	Valores de k (k) , variabilidade entre grupos (VE), Variabilidade dentro dos grupos(VD) e valores de VE/VD	276
Tabela 111	Distribuição de alunos por grupo	276
Tabela 112	Distâncias médias dos alunos ao centro do respectivo grupo	277
Tabela 113	Matriz de distância entre os centros dos clusters	277
Tabela 114	Média das notas dos domínios (Notas sem padronização) nos grupos.	278
Tabela 115	Distribuição de sexo, região e classe social nos grupos	279
Tabela 116	Distribuição de “uso na vida” de drogas nos grupos	280
Tabela 117	Distribuição de “uso no ano” de drogas nos grupos	280
Tabela 118	Distribuição de “uso no mês” de drogas nos grupos	281
Tabela 119	Distribuição de “uso freqüente” de drogas nos grupos	281
Tabela 120	Distribuição de “uso pesado” de drogas nos grupos	281

3.7. Resilientes

Tabela 121	Caracterização da Amostra de Resilientes	287
Tabela 122	Resultados dos Questionários de Qualidade de Vida e teste de Raciocínio Verbal	288
Tabela 123	Frequência de consumo de álcool	288
Tabela 124	Resultados relacionados à Crença Religiosa, Prática de Esportes e Trabalho	289

Tabela 125	Resultados relacionados a Atividades de Lazer no WHOQOL-100	290
Tabela 126	Relacionamento com os pais nos questionários WHOQOL-100 e sobre uso de drogas	292
Tabela 127	Relacionamento com amigos no Questionário WHOQOL-100	292
Tabela 128	Resultados relacionados à auto-estima e auto imagem	293

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1. Adolescência.....	7
1.2. Qualidade de Vida.....	25
1.3. Uso de Drogas.....	42
1.4. Avaliação Intelectual.....	71
1.5. Resiliência.....	74
1.6. Objetivos.....	79
2. MÉTODO	81
2.1. Amostra.....	81
2.2. Instrumentos.....	81
2.2.1. Questionário de Identificação.....	81
2.2.2. WHOQOL – 100.....	82
2.2.3. SF – 36.....	85
2.2.4. Raciocínio Verbal.....	86
2.2.5. Questionário sobre uso de drogas.....	87
2.3. Procedimento para a coleta de dados.....	88
2.4. Tratamento Estatístico.....	91
3. RESULTADOS.....	92
3.1. Caracterização da amostra	92
3.2. Análise do questionário WHOQOL-100	110
3.3. Análise do questionário SF-36	133
3.4. Análise do Teste Raciocínio Verbal	160
3.5. Análise do questionário sobre uso de drogas.....	171
3.5.1. Uso de droga por Gênero	182

3.5.2. Uso de droga por Idade	192
3.5.9. Uso de droga por Classe Sócio-Econômica.....	204
3.5.4. Uso de droga por Região de São Paulo.....	213
3.5.5. Uso de droga por Escola	224
3.5.7. Uso de droga por Relacionamento com os Pais	233
3.5.8. Uso de droga por Prática de Esporte	242
3.5.9. Uso de droga por Religião	258
3.6. Correlações entre uso de drogas e qualidade de vida	275
3.7. Resilientes.....	287
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	300
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	306
6. ANEXOS	328
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	328
ANEXO B – Diário de Campo.....	329

1. INTRODUÇÃO

Os temas saúde e doença despertaram a atenção do homem, desde a Antiguidade, por estarem diretamente relacionadas a questões que fazem parte da própria condição humana, como é o caso da reflexão sobre a vida e sobre a morte, sobre o prazer e a dor, o sofrimento e o alívio, trazendo à tona, a inerente fragilidade do homem. Os conceitos de saúde e doença, assim como investigações a respeito do uso de substâncias psicoativas, estão diretamente influenciados pelo contexto histórico, social e cultural (Pratta & Santos, 2009).

Embora se fale, atualmente, de saúde integral, de modelo biopsicossocial e de prevenção e promoção à saúde, na prática, continua-se com um atendimento centrado na doença e, portanto, na proposta curativa (Traverso-Yepes & Pinheiro, 2002). As pesquisas com adolescentes ratificam esta afirmação, buscando, comumente, a doença instalada. Na mídia, porém, tem-se observado a preocupação de agentes de saúde, educadores e famílias, tanto com a qualidade de vida, quanto com o uso de drogas. Além disso, segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde não é apenas uma questão orgânica, mas depende da interação permanente das dimensões biológicas, psicológicas e sócio-ambientais, numa dinâmica de extrema complexidade (Calazans & Lustoza, 2008). Reconhecendo que garantir apenas a sobrevivência não atende às múltiplas dimensões humanas, este estudo pretende sair do enfoque da doença e voltar-se para a saúde, fornecendo subsídio para uma prevenção primária.

A preocupação em satisfazer as necessidades desta população deve ser o objetivo dos programas denominados de saúde integral do adolescente (Ministério da Saúde, 1996). Contudo, o que se observa na prática é a tendência a ver os problemas isolados do seu contexto social, seja a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a violência ou a dependência química, resultando na implementação de programas verticais e isolados para cada um dos problemas. Um dos objetivos do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida integral deste adolescente, através de instrumentos que contemplem aspectos como: autonomia, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais / espiritualidade, vitalidade, aspectos físicos emocionais, entre outros, para, a partir destes resultados, identificar carências reais de recursos de cuidado a essa população e,

conseqüentemente, viabilizar a elaboração de programas voltados à saúde integral do adolescente.

Considerando-se que a experiência de ser adolescente se diferencia de acordo com a inserção sócio-cultural (Martins, Trindade e Almeida, 2003), os aspectos de maior vulnerabilidade podem diferenciar de acordo com a classificação econômica, relações familiares, inserção social, atividades de lazer disponíveis, entre outros aspectos do sujeito e do meio em que vive. Segundo Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), características próprias deste período do desenvolvimento como a inconseqüência, a impulsividade, a falta de conhecimento sobre seus limites, a baixa auto-estima, as freqüentes oscilações de humor, entre outras, estão relacionadas à exposição maior a riscos.

Várias pesquisas nacionais e estrangeiras têm avaliado a relação de fatores psicológicos, sociais e culturais ao uso de drogas por adolescentes. Estes estudos revelam, por exemplo, que variáveis específicas como gênero, idade, prática de esportes, trabalho, estrutura familiar e ausência de religião estão relacionados a um maior ou menor uso de drogas por estudantes nos mais diversos contextos, assim como a uma maior ou menor qualidade de vida (Sengik & Scortegana, 2008). Atualmente, a maior parte dos estudiosos considera que o uso de substâncias psicoativas por adolescentes não é causado por um fator único, mas, sim, por uma complexa combinação de fatores, tais como os genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais. Assim, compreende-se que o uso, abuso e a dependência destas substâncias são fenômenos muito complexos que não podem ser reduzidos a nenhuma dimensão exclusiva, seja ela biológica, psicológica ou social. (Soldara, Dalgallarrondo, Correa Filho e Silva, 2004)

Em posse dessa informação, conclui-se que é imprescindível o conhecimento preciso de fatores associados ao uso de drogas em adolescentes, em todas as partes do mundo, inclusive no Brasil e na cidade de São Paulo. É de grande relevância possuir tais informações, pois permitiria intervenções sobre comportamentos e fatores de risco, com vistas a inibir ou diminuir o possível progresso de uso freqüente, pesado e até a dependência de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, constituindo-se um vício progressivamente deletério para o adolescente (Soldara et al., 2004). Por outro lado, avaliar a qualidade de vida desta população equipa os profissionais da saúde e as autoridades, de maneira geral, com informações precisas sobre os pontos fortes e fracos do grupo que se

pretende atingir, ou seja, fornece a matéria prima para o desenvolvimento e implantação de programas de prevenção ao uso de drogas e programas de promoção de saúde.

A presente pesquisa compara também diferentes tipos de escolas: centrais, periféricas e particulares. É bastante plausível que a realidade, tanto da qualidade de vida quanto do uso de drogas, em diferentes áreas da cidade, varie, revelando desigualdades epidemiológicas no meio urbano (Waiselfisz, 2007). Assim, é de se pressupor que nas regiões periféricas das grandes cidades brasileiras, onde a mortalidade por causas violentas e o tráfico de drogas são mais intensos, haveria também um consumo igualmente mais intenso de drogas e uma qualidade de vida mais baixa (Soldera et al., 2004).

O consumo de drogas vem se tornando, cada vez mais, motivo de preocupação constante das autoridades brasileiras e da sociedade em geral. Neste contexto, as pesquisas epidemiológicas sobre o consumo de substâncias psicoativas são de particular relevância para o desenvolvimento de políticas públicas adequadas e eficazes de prevenção ao uso indevido dessas substâncias e promoção da saúde dessa população (Bucher, 1992). Associar as informações sobre consumo de drogas a informações sobre outras áreas da vida, ou seja, recursos psicológicos, físicos, sociais, religiosos, entre outros, no entanto, possibilita uma visão integral do grupo que se avaliou.

Os estudos epidemiológicos tornam evidente a necessidade de considerar as particularidades existentes em cada localidade, no momento de se elaborar políticas públicas (Waiselfisz, 2007). A realização de avaliações locais desse tipo tende a orientar a organização de ações adequadas atingindo, dessa forma, os problemas reais e específicos. É importante, também, que se caminhe na busca da padronização desses levantamentos tomando-se como referência o levantamento nacional para que as diferenças encontradas possam ser analisadas (Teixeira, Aliane, Ribeiro e Ronzani, 2009).

Teixeira et al. (2009) concordam que tanto as políticas públicas como quaisquer ações sociais se tornarão mais eficientes quando forem elaboradas a partir de dados empíricos e locais. A adoção de modelos prontos e externos ou formulação de políticas baseadas em dados amplos, por exemplo, comprometem a efetividade dos procedimentos.

Para esses fins, o ambiente escolar favorece, tanto para se realizar avaliações periódicas, como para a implantação de políticas públicas voltadas aos adolescentes (Menezes Filho, 2007). É necessário lembrar, no entanto, que muitos adolescentes estão

fora da escola e que tais políticas devem ser desenvolvidas tanto no sentido de assistir a esses adolescentes nos aspectos referentes ao uso de substâncias psicoativas, quanto de inseri-los no sistema de educação formal. É imprescindível, para a efetividade de ações de prevenção ou redução de danos, a adequação à realidade e ao contexto. (Teixeira et al., 2009).

Apesar das facilidades existentes na escola, constatar que muitos abandonam o sistema educacional sugere que as intervenções devem ser feitas no âmbito escolar, porém, ações externas a esta instituição, ou seja, ações comunitárias tornam-se necessárias. Vários autores apontam motivos que levam à evasão escolar e deixam claro que o uso de drogas integra estes motivos, mas não é o único. Junto à dependência química são encontradas a gravidez precoce e a necessidade de complementação da renda familiar. Chalem, Mitsuhiko, Ferri, Barroa, Guinburg e Laranjeira (2007), estudando perfil sócio-demográfico e comportamental de adolescentes grávidas (11 a 19 anos) de uma região periférica de São Paulo, identificaram que 67,3% não estudavam e várias outras, com filhos pequenos também haviam abandonado a escola.

Ao avaliar esta população, na cidade de São Paulo, é possível determinar: a emergência ou não de intervenções de promoção e de educação para a saúde; quais domínios abordar e em que áreas geográficas; como o uso ou não de drogas interfere na qualidade de vida da população; quais os fatores de proteção de cada região, como utilizá-los na elaboração destes programas, ou seja, oferece uma série de caminhos no sentido de intervenções.

Antes de apresentar as pesquisas existentes sobre o tema qualidade de vida e adolescência, é importante introduzir algumas características da cidade em que a amostra será coletada. Trata-se da capital do estado de São Paulo e a maior cidade do Brasil, das Américas e de todo o hemisfério Sul (Funari, 2001). Considerada a décima cidade mais rica do mundo, a cidade representa 12,26% de todo o PIB (Produto Interno Bruto) brasileiro, sendo sede de 63% das multinacionais estabelecidas no Brasil (Frugolli Jr, 2000).

O município de São Paulo, mais populoso e principal pólo industrial do país conviveram e convivem com parcelas importantes de sua sociedade na pobreza. No ano de 1991, foram identificados 492,4 mil chefes de domicílios na condição de pobreza, o que equivale a 19,4% do total de quase 2,6 milhões de domicílios. No ano de 2000, foi identificada a quantidade de 589,1 mil chefes de domicílios vivendo na situação de

pobreza, o que representa 19,7% do total de quase 3 milhões de chefes de domicílios no município de São Paulo. Entre 1991 e 2000, a quantidade de chefes de domicílios pobres cresceu 19,7%, conforme dados do Censo Demográfico do IBGE (2003).

Segundo a Prefeitura de São Paulo (2002), apesar do número de chefes de domicílios pobres ter aumentado no município de São Paulo entre 1991 e 2000, não houve homogeneidade em sua evolução entre os 96 distritos administrativos e 31 subdistritos. Para ilustrar essa afirmação, na Tabela 1 são mostrados os dez distritos administrativos que mais elevaram a quantidade de chefes de domicílios pobres, assim como os dez distritos administrativos que mais reduziram a pobreza entre os chefes de domicílios no mesmo período de tempo.

Tabela 1: Município de São Paulo – evolução dos chefes de domicílios pobres entre 1991 e 2000, segundo os 10 distritos administrativos com maior e menor variação (%)

Distrito (+ pobre)	Taxa de municípios pobres (%)			Distrito (- pobre)	Taxa de municípios pobres (%)		
	1991	2000	Variação do nº de domicílios		1991	2000	Variação do nº de domicílios
Vila Andrade	13,3	22,4	232,1	Brás	20,1	11,9	-53,4
Parelheiros	27,3	35,2	167,7	Pari	19,8	12,4	-53,2
Anhanguera	25,9	22,1	167,3	Bom Retiro	19,2	12,2	-49,6
Grajaú	22,3	29,7	154,0	Belém	21,4	15,1	-45,0
C.Tiradentes	24,6	26,6	141,9	Itaim Bibi	10,9	6,8	-44,2
Marsilac	37,8	52,8	104,8	Cambuci	16,9	12,5	-41,5
Jaraguá	21,3	25,2	101,8	Barra Funda	13,9	9,7	-34,0
Iguatemi	30,4	28,3	74,3	Mooca	15,0	10,6	-33,2

Fonte: Prefeitura de São Paulo (2002)

O distrito de Perdizes (que não está na tabela), foi o que registrou no ano de 2000 a menor taxa de pobres entre os chefes domiciliares, o Brás foi o distrito com maior queda no número de chefes de domicílios pobres. Por outro lado, o distrito de Vila Andrade foi o que apresentou maior crescimento na quantidade de chefes de domicílios pobres entre 1991 e 2000, ainda que o distrito de Marsilac seja o que demonstra maior taxa de pobres entre os chefes de domicílios.

Segundo a Prefeitura de São Paulo (2002), nos distritos com maior escolaridade houve diminuição na taxa de pobreza. O mesmo fenômeno não ocorreu nos distritos com baixa escolaridade, em que houve uma forte elevação na quantidade de chefes de domicílios pobres entre 1991 e 2000. Identificou-se, também, que nos distritos administrativos que superaram o número de 200 mil habitantes e os que têm entre 100 e 200 mil habitantes, ocorreu aumento da taxa de pobreza entre os chefes de domicílios. Em 2000 foram encontrados 11 distritos administrativos com número de habitantes superior a 200 mil e 35 entre 100 e 200 mil habitantes. Para os distritos com número de habitantes entre 50 mil e 100 mil, que foram 33 distritos administrativos, e aqueles com, no máximo 50 mil habitantes (17 distritos), identificou-se redução na taxa de pobreza entre 1991 e 2000.

Tabela 2: Município de São Paulo – variação média anual da violência e dos chefes de domicílios pobres nos dez distritos administrativos com maior e menor variação da pobreza (em %)

Distrito (+ pobre)	Variação média anual (%)		Distrito (- pobre)	Variação média anual (%)	
	Chefes de domicílios pobres	Mortes violentas		Chefes de domicílios pobres	Mortes violentas
V Andrade	14,3	-2,5	Brás	-4,9	0,6
Parelheiros	11,6	11,9	Pari	-4,9	2,6
Anhanguera	11,5	55,2	Bom Retiro	-4,6	-2,7
Grajaú	10,9	7,3	Belém	-4,2	0,0
C.Tiradentes	10,3	17,8	Itaim Bibi	-4,1	-8,9
Marsilac	8,3	-7,0	Cambuci	-3,9	-2,1
Pedreira	8,3	13,1	Lapa	-3,7	-8,6
J Ângela	8,2	5,3	Tatuapé	-3,4	-4,7
Jaraguá	8,1	6,6	Barra Funda	-3,3	-4,1
Iguatemi	6,4	9,2	Mooca	-3,2	7,0

Fonte: Prefeitura de São Paulo (2002)

A partir destas informações, observa-se a grande diversidade de condições dentro do município de São Paulo, o que esta pesquisa pretende abarcar. Para o IBGE (1999), o conhecimento detalhado dos aspectos demográficos, sociais, culturais, econômicos, de saúde, entre tantos outros, que dizem respeito a segmentos populacionais específicos, deve ser traduzido como o alicerce principal para o estabelecimento de políticas voltadas para atender às demandas destes contingentes, independentemente de estarem tais políticas vinculadas às esferas públicas ou privadas.

1.1. Adolescência

Na Grécia Antiga, alguns pensadores como Platão e Aristóteles abordaram o tema da juventude. Platão, em seus diálogos (sec. IV a.C.), referia-se aos jovens como apaixonados e emotivos. Mencionava, também, que o raciocínio não era próprio das crianças, só eclodia nesse período da vida, na adolescência. Platão advertia quanto ao uso de bebida alcoólica antes dos 18, pois "não se pode colocar fogo no fogo" (Newcombe, 1999). Aristóteles (sec. IV a.C.), aluno de Platão, também já discutia o desenvolvimento humano. Acreditava que os estágios progressivamente da alma chegavam a seu ápice entre 14 e 21 anos de idade e considerava os adolescentes "apaixonados, irascíveis e inclinados a se deixarem levar por seus impulsos" (Newcombe, 1999). Aristóteles comentou, também, sobre a habilidade que o adolescente ia adquirindo em escolher e sua autodeterminação que, segundo ele, eram características do início da instalação da maturidade. Neste aspecto, a compreensão que se tem da adolescência atualmente não é muito diferente, ou seja, grande parte das escolhas da vida do indivíduo é feita nesse período (Amorim, 2007).

Adolescência é uma palavra que, inclusive sua versão latina (*adulescentia*), era utilizada desde o Período do Império Romano, nos séculos I e II, com o objetivo de descrever e limitar uma fase específica na vida das pessoas, assim como previa a hierarquia patriarcal extremamente rígida. A *adulescentia*, contudo, era caracterizada como um período que antecedia à participação do cidadão na vida comunitária. Esta ocorria apenas a partir da *iuventus* (Matheus, 2008).

A adolescência passou a ser observada com maior critério por pesquisadores no Brasil e no mundo, no final dos anos 70. Criou-se, neste período, a medicina do adolescente, a hebiatria. A Sociedade Brasileira de Pediatria, sensibilizada com a demanda de saúde dos adolescentes brasileiros, criou, em 1980, os Comitês de Adolescência em vários estados. Em 1989, foi criada em Brasília, a Associação Brasileira de Adolescência (Eisenstein, 2003). Foi a partir de 1985, no entanto, quando este ano foi definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Juventude, que a adolescência foi despertando grande interesse, tanto na mídia, quanto no âmbito das políticas públicas. Inúmeras iniciativas foram desencadeadas em todo o mundo, "visando o levantamento das

necessidades sociais dos jovens que viriam a constituir as futuras gerações de adultos no terceiro milênio” (Aquino et al., 2003; Waiselfisz, 2007).

Esse olhar global para a adolescência deve-se por ser este um momento em que a sociedade sofre visivelmente, cada vez mais e com maior frequência, perdas de vidas de jovens. Segundo Knobel (1981), “o desenvolvimento da delinquência juvenil nos Estados Unidos da América do Norte influenciou enormemente para que se fizessem estudos extensos e prolixos a respeito da adolescência” (p. 51). Além das perdas, do ponto de vista da saúde, observa-se hoje que os adolescentes vêm se caracterizando pelo alto risco a que estão expostos (Vermelho, 1996; Lyra et al., 2002; Magro, 2002).

A definição de adolescência, presente em documentos veiculados por órgãos gestores nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de Saúde), está concebida com base em três critérios (Grossman & Cardoso, 1997):

1. Critério cronológico: o intervalo etário definido como adolescência articula-se diretamente ao processo de desenvolvimento biológico, considerando também as mudanças sociais e psicológicas. É o período compreendido entre 10 e 19 anos, mas subdivididos em adolescência inicial (10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (15 a 19 anos). A juventude é descrita como o período compreendido entre os 15 e 24 anos
2. Padrão Típico de Adolescente: esse critério supõe a existência de um padrão de adolescente normal, onde apresenta as seguintes características: busca de si mesmo e da identidade adulta; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocação temporal; evolução sexual desde o auto-erotismo até a heterossexualidade; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta; separação progressiva dos pais e constantes flutuações de humor e do estado de ânimo.
3. Incorporação de Outros ramos do Saber – A Hegemonia do Biológico: Esse critério enfatiza a necessidade de equipe multiprofissional para o manejo adequado dessa população que é reconhecida, a partir das transformações somáticas.

Segundo a UNESCO (2004), nenhum corte etário seria por si só, perfeito ou impassível de ressalvas. Mesmo assim, serve como denominador comum disponível para a coleta de

dados e comparações entre determinadas micro e macrorregiões, com respeito à adolescência.

Há algumas divergências quanto à idade exata do fim e do início da adolescência. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme apresentado acima, a adolescência inicia-se aos 10 estendendo-se até os 19 anos de idade. No entanto, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), começa aos 12 e vai até os 18. Alguns autores, ao teorizar sobre a adolescência, mostram divergências quanto às idades acima referidas. Outros abordam a adolescência segundo o funcionamento e desenvolvimento social e psicodinâmico, característicos deste período.

Segundo a UNSECO (2004), a literatura sobre o tema da adolescência e da juventude está repleta de conceitos, cujas abordagens, algumas vezes, convergem e, outras, divergem, dependendo do enfoque que é dado ou da área do conhecimento em que aquele estudo foi desenvolvido. Apesar de ser de conceituação difícil e complexa, qualquer referência a esse período da vida, deve contemplar pelo menos duas perspectivas: uma sociológica e outra biopsicológica. Para a UNESCO, existe distinção entre os termos juventude e adolescência. Falar em juventude significa adotar uma terminologia com sentido dinâmico e coletivo, ao passo que, falar de adolescência, remete a um aspecto mais relacionado ao plano individual e demarcado cronologicamente. Apesar de haver diferenciações feitas por vários autores, no presente estudo, estes termos terão o mesmo significado.

O período da adolescência é considerado crítico na vida das pessoas. Nessa fase o jovem vive descobertas importantes e afirma a sua personalidade e a sua individualidade. Definir este período da vida apenas através da faixa etária seria uma forma muito simplista de analisá-lo, pois se refere a tudo que envolve transformar uma criança em um adulto (Cavalcante, Alves e Barroso, 2008). Caracteriza-se por mudanças rápidas em todas as esferas do desenvolvimento. Nesse período da vida ocorrem crescimento, transformações e desenvolvimento intensos, fortemente influenciados por fatores genéticos e ambientais, inclusive, sócio-econômicos. (Machado, Saito e Szarfarc, 2007)

O significado de ser adolescente tem sido visto e explicado de formas bem diversas, tanto ao longo do tempo, quanto na atualidade. Waiselfisz (2007) questiona se é apenas uma categoria analítica ou representa uma situação vital, ou seja, uma condição social com características próprias. O autor, considerando a adolescência como categoria analítica,

aponta que essa fase da vida tem sido definida como um agregado estatístico, o que possibilita unir em um mesmo grupo, pessoas diferentes categorizadas pelo único fato de ser de uma determinada idade. Para o autor, há certo consenso sobre seu início, seu fim, no entanto, parece bastante difuso, alguns apontando como 12, 21, 24, 29 anos ou mais. Essa divergência depende do país em questão, da época, do grupo em que o indivíduo está inserido, da cultura, dentre outros fatores significantes.

Esta fase de desenvolvimento se inicia através de processos físicos, com a puberdade e termina com o início da idade adulta. Além de o corpo crescer, mudar em suas dimensões rapidamente, novas formações sexuais ocorrem, existem mudanças psicológicas, no ambiente, nas sensações e afetos, tudo isto provocando uma série de crises que vão sendo superadas uma a uma, com menor ou maior dificuldade, sem prejudicar, inibir ou dificultar o desenvolvimento natural. Nesse momento, o adolescente pode romper alguns limites e este rompimento pode comprometer, positiva ou negativamente, sua vida futura e sua qualidade de vida (Martin, Uezu, Parra, Arena, Bojikan & Böheme, 2001; Ximenes Neto, Marques & Rocha, 2007; Waiselfisz, 2007).

Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro e Silva (2006) concordam que esse período da vida é caracterizado por crises. Tais crises ocorrem porque o adolescente passa por diversas transformações de ordem biopsicossociais e, ao final destas mudanças intensas, tem, como tarefa, a construção de sua identidade. Essas crises são situações e momentos em que o jovem questiona a si mesmo e ao mundo, revê seus valores e os pré-estabelecidos socialmente e reorganiza decisões já tomadas. Todo esse processo pode ser feito de maneira repentina ou gradual, mas, a maneira como tudo ocorre, certamente, interferirá na continuidade do processo.

Matheus (2008) chama esse período da vida de *crise da adolescência* e acredita que marca este momento específico da vida, o qual tem um fim previsto. Esse período é caracterizado por turbulências e novas experiências com o objetivo de conquistar a condição de *indivíduo*, seguindo as propostas condizentes com o que é previsto naquela época histórica e pelo grupo em que está inserido. A *crise* é, para o autor, resultado da prática da *interioridade* de cada indivíduo, a partir dos conflitos e tensões que se apresentam para cada um. É o preço a ser pago pela futura condição de independência; é o desamparo necessário para a autonomia, ou seja, é uma provocação para se construir um

indivíduo. Todo esse processo é permeado e influenciado pelas estruturas sociais disponíveis, que interferem e oferecem apoio ao indivíduo. Em outras palavras, para Waiselfisz (2007), a adolescência é caracterizada por uma etapa em que os indivíduos, já tendo adquirido um pleno potencial, tanto para a produção, quanto para a reprodução, ainda são socialmente considerados imaturos para desempenhar tais funções.

Sengik e Scortegana (2008) afirmam que o início da adolescência é caracterizado pela falta de interesse nos aspectos que envolvem a família. Sua atenção e interesses voltam-se para fora do seio familiar em busca de novos objetivos. Os, padrões, leis e valores morais adquirem, neste período, certa independência com relação à autoridade paterna. O autocontrole deixa de ser tão confiável e, em alguns indivíduos, chega à delinquência. Esse descontrole varia em grau de intensidade e, geralmente, está associado à busca de novos interesses e novo objeto de amor, na tentativa de fugir da solidão, do isolamento e das depressões que acompanham tais mudanças.

Nessa fase, o forte apelo à interação grupal é perceptível. O adolescente procura pertencer a um grupo com o qual se identifique. Este grupo será capaz de influenciar suas ações e irá propor a adoção de algumas atitudes que servirão como provas de aceitação nesse grupo. Particularmente nesse período, em que o grupo passa a ser prioridade na vida do adolescente, os conflitos dentro de casa, entre os pais, com os pais e entre os irmãos, atingem o pico. Nesse momento os pais perdem um pouco do controle que exerciam sobre os filhos que, durante este período procuram referências fora de casa (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008). É comum, nesta fase de afastamento da família e desejo por se integrar em grupos de amigos, que o adolescente se torne mais vulnerável a riscos, como uso de drogas, prática de sexo desprotegido, acidentes automobilísticos, psicopatologias, entre outros (Martin et al., 2001; Rodrigues, Angélico, Saraiva & Bezerra, 2007; Ximenes Neto, Marques & Rocha, 2008).

O acesso a benefícios sociais básicos, como educação, saúde e serviços de infraestrutura, podem indicar um incremento potencial da renda real que não aparece, imediatamente, através da análise dos rendimentos dos indivíduos ou das famílias em países desenvolvidos. Porém, em países da América Latina, com visíveis desigualdades e o Estado considerado omissor, os rendimentos econômicos ainda estão diretamente

relacionados ao acesso aos referidos serviços. Com isso, os jovens formam um segmento especialmente vulnerável às condições de renda Waiselfisz (2007).

A renda familiar *per capita* dos adolescentes brasileiros, expressa em salários mínimos, caiu entre 2001 e 2003: de 1,46 para 1,31 salários mínimos, representando uma queda de 10,3%. Dividindo a população brasileira em 10 grupos homogêneos, em relação à renda, nos primeiros 10% estão os mais pobres e no últimos 10% estão os mais ricos, observa-se que nos 10% que representam a classe mais baixa a renda familiar *per capita* em salários mínimos cresceu 17,1% entre 2001 e 2003 e entre 2003 e 2006, o crescimento foi bem maior: 78,5%, chegando a um total de 109%. O segundo decil, com intensidade menor, também apresentou crescimento, chegando a 15,3% no mesmo período. A partir do 3º decil, no entanto, observa-se certa estagnação, e, a partir do quarto decil, a população vai perdendo poder aquisitivo, de forma progressiva em função de seu nível de renda: quanto maior a renda, maior a perda. Essas diferenças de renda originam formas também diferenciadas de acesso a benefícios sociais, como saúde e educação (Sposito & Corrochano, 2005).

Apesar dos índices de analfabetismo terem melhorado, significativamente, nos últimos anos, nota-se que as estatísticas mostram (informações do ano de 2005), uma taxa de analfabetismo de 11,1% na população com mais de 15 anos. Comparado com os vinte países da América Latina e Caribe, o Brasil esteve em 13ª posição, ou seja, alcançando ainda índices elevados, estando bem distante da situação de alguns dos países como Uruguai, com 2%, Cuba com 2,7%, Argentina, 2,8% ou Chile, 3,5% (CEPAL, 2007).

Ao considerar, apenas, jovens de 15 a 24 anos, os índices de analfabetismo indicam uma situação melhor, apresentando uma diferença significativa do restante da população. No ano de 1993, o analfabetismo na população jovem era de 8,2%. No ano de 2006, esse índice caiu para menos de um terço: 2,4% (Waiselfisz, 2007). Observa-se, com esse significativo decréscimo que, alguns estados, em 2006, foram considerados territórios livres do analfabetismo, com índices de, no máximo, 1% da população dessa faixa etária. Estes estados foram: Amapá, Rondônia, Roraima, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul (CEPAL, 2007).

Ao ser analisada a situação educacional da juventude de 15 a 24 anos, observa-se que mais da metade (53,1%) se encontra fora da escola. Além disso, quando estão na escola, é

comum estarem com idade defasada em relação a série (0,2% dos jovens com mais de 15 anos são encontrados em cursos de alfabetização; 12,5% cursando, ainda, o Ensino Fundamental regular e 1,1% cursando suplência, também de primeiro grau) (INEP, 2006).

Waiselfisz (2007) reflete sobre o aparecimento de um contra-senso nesses índices: estados das regiões mais ricas apresentando proporções elevadas de adolescentes fora da escola (São Paulo, Paraná ou Rio Grande do Sul, com taxas acima de 55%); por outro lado, em estados das regiões Norte e Nordeste, essa taxa é menor (por exemplo, Amapá e Piauí, com taxas de 44 ou 47%, respectivamente).

Há, aproximadamente duas décadas atrás, a discriminação socioeconômica atuava no sentido de determinar quem teria ou não acesso à educação formal. Atualmente, a discriminação está em determinar o destino escolar de cada indivíduo ou classe sócio-econômica, ou seja, até que série ou nível de ensino cada um poderá chegar, apesar das dificuldades no percurso e quanto tempo vai demorar para chegar a esse destino (Waiselfisz, 2007)

As estatísticas Brasileiras mostram que as mulheres têm maior escolaridade e adequação nos estudos do que os homens. No Brasil verifica-se que escolarização adequada diminui com o aumento da idade dos adolescentes. Entre os que têm entre 15 e 17 anos, a adequação é de 48,1%. Os que estão na faixa de 18 e 19 anos, a adequação alcança 38,2% e, entre 20 a 24 anos, esta adequação cai mais, ainda, chegando a 21,9% (MEC, 2008).

Considerando as doenças que acometem o adolescente, principalmente, como consequência, o óbito, o DATASUS (2010) subdivide as doenças da CID-10 em cinco categorias, de acordo com o que é chamado de princípio de “evitabilidade”, redutíveis por: imunoprevenção; adequado controle na gravidez; adequada atenção ao parto; ações preventivas ou diagnósticos precoces; parcerias com outros setores. A maioria dessas mortes (92,2%) seria “evitável”. Segundo o SIM (2003), entre as causas de mortes que mais atingem os jovens, (as neoplasias) a totalidade das mortes seria evitável. Proporções semelhantes podem ser observadas em relação às doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório, que estão, também, entre os males mais comuns entre os jovens brasileiros as quais poderiam ser evitadas. (SIM, 2003)

Os números referentes à mortalidade juvenil por causas endógenas (33,3 em 100 mil jovens), no Brasil, são bem inferiores às taxas de óbitos por causas violentas. Contudo, tais taxas variam, dependendo da região em que se observam estes números. Estes números revelam níveis bem diferenciados de vulnerabilidade dos jovens a doenças e outros prejuízos que podem terminar em morte. Isso significa, também, níveis extremamente diferenciados de oferta e de cobertura dos serviços de saúde e educação para a população jovem. Os níveis de mortalidade são indicadores de uma longa série de fatores que incidem no declínio das condições de saúde: má qualidade de vida (condições de moradia, saneamento, esgoto), precariedade dos mecanismos de assistência e acesso à saúde, fragilidade ou ausência de trabalhos preventivos e educativos relacionados à saúde, etc. (Waiselfisz, 2007)

Estudos realizados no Rio de Janeiro e em São Paulo, conduzem à conclusão de que a mortalidade na faixa etária dos 15 aos 24 anos se transformou. Essas pesquisas mostram que as epidemias e doenças infecciosas que eram as principais causas de morte entre os jovens, há cinco ou seis décadas, foram, progressivamente, substituídas pelas denominadas “causas externas” de mortalidade, principalmente os acidentes de trânsito e os homicídios (SIM, 2003).

Se o universo de óbitos registrados pelo SIM for dividido em dois grandes grupos etários: os óbitos de jovens (aqueles que se encontram na faixa dos 15 aos 24 anos) e os não-jovens (de 0 a 14 anos e acima de 25 anos), é possível verificar que a estrutura de mortalidade dos dois grupos é visivelmente diferente. Enquanto as doenças são responsáveis por 27,2% dos óbitos de jovens, no grupo dos não jovens, esse número chega a superar 90,2% da mortalidade. As causas externas (acidentes, homicídios, suicídios etc.), entretanto, na população não jovem correspondem a 9,8% dos óbitos e, entre os jovens, são responsáveis por 72,8% da mortalidade. Tais causas externas contemplam, principalmente, as causas violentas (acidentes de transporte, homicídios e suicídios), que, de maneira isolada, são responsáveis por mais de 61,3% das mortes dos jovens (Waiselfisz, 2007). Apenas no ano de 2005, o Subsistema de Informações de Mortalidade (SIM) registrou um total de 45.336 mortes de jovens por todos os tipos de causa, indo de doenças até afogamentos, acidentes ou homicídios. Desse total, 27.784, ou seja, quase dois terços (61,3%), foram óbitos considerados violentos, ocasionados por acidentes de transporte,

homicídios ou suicídios (SIM, 2006). Para Waiselfisz (2007), as mortes por causas externas diferem das chamadas causas endógenas ou naturais por serem provocadas diretamente por uma intervenção.

O indicador de vulnerabilidade juvenil vem sendo alvo de atenção em vários países da América Latina, em função dessa alteração nos padrões de mortalidade, pela crescente incidência de mortes, por causas violentas. Nesse cenário, o Brasil vem assumindo um destaque indesejado. Os adolescentes, como mostram os números, são um segmento especialmente vulnerável a esse tipo de morte, estando mais expostos do que a população, em geral. Enquanto a população, em geral, apresentou, no ano 2000, uma taxa de mortalidade por causas violentas de 48,15 casos em cem mil habitantes, entre os adolescentes de 15 a 24 anos essa taxa foi de 74,42 em cem mil jovens. Dentre as três causas violentas, os homicídios são a principal. A região Sudeste, exceto Minas Gerais, apresentou três estados com os maiores índices de mortes por causas violentas do país no ano 2000, revelando a taxa de 96,73 em cem mil jovens. O Rio de Janeiro apresentou a maior taxa do país: 128,57 adolescentes em cem mil. Os outros dois estados da região também assumiram destaque neste levantamento de contexto nacional: Espírito Santo com 113,72 e São Paulo com 111,68 (UNESCO, 2004).

No terreno das mortes violentas de jovens, os acidentes de transporte ocupam a segunda posição, depois dos homicídios. O terceiro grupo das mortes violentas é o representado pelos suicídios juvenis. Embora com números bem menos expressivos que as mortes por homicídio ou por acidentes de transporte, ainda assim foram 1.662 os jovens que, em 2005, optaram por essa via trágica (Waiselfisz, 2007).

O grande diferencial dos problemas de saúde em relação ao sexo, no Brasil foi este índice de mortalidade que é, significativamente, maior entre os meninos do que entre as meninas. A taxa de mortalidade entre as meninas foi de 15,72 em cem mil, enquanto em meninos da mesma idade foi de 132,91 por cem mil. Outra característica desse alto índice de mortalidade, por causas violentas, é que essas taxas não estejam, necessariamente, vinculada a situações de pobreza generalizada (IBGE, 1999; UNESCO 2004; Prefeitura de São Paulo, 2004).

É possível perceber que a mortalidade por causas violentas, entre os adolescentes, não está, necessariamente, vinculada a condições de pobreza, como muitas vezes é sustentado.

Alguns estados, em que foram registradas médias baixas de renda, apresentaram, também, baixas taxas de mortalidade por causas violentas. É o caso do Maranhão, do Piauí, do Acre e do Rio Grande do Norte. Diferente do que ocorre em São Paulo e Rio de Janeiro, em que as rendas são mais altas e a mortalidade violenta também é alta (Lopes, Adorno, Malfitano, Takeiti, Silva e Barbosa, 2008). Informações como essa, indicam que a violência parece constituir um fenômeno extremamente complexo, quanto aos seus fatores determinantes.

Ferreira, Alvim, Teixeira e Veloso (2007) ressaltam que pensar a respeito da saúde do adolescente envolve pensar nos diversos modos de viver a adolescência, que essa realidade impões. Implica, também, em repensar as práticas de saúde e de educação para a saúde, dirigida para essa parcela significativa da sociedade. Observa-se que, no contexto das políticas sócio-econômicas brasileiras, os campos, tanto da saúde como da educação pública, não atingem de forma satisfatória a grande massa da população. Uma boa parte dos adolescentes sofre com a carência de condições. As conseqüências deste quadro são o ingresso precoce de adolescentes no mercado de trabalho, freqüentemente em condições de subemprego (exploração da força de trabalho, carga horária irregular, entre outras), às quais se submetem por necessidade de completar a renda familiar. Alguns são iniciados na prostituição, excluídos do sistema formal de ensino, aliciados pelo crime organizado e tráfico de drogas e, com isso, sofrem vários tipos de violência engrossando as estatísticas de mortalidade juvenil e de moradores de rua.

Várias alterações nas condições de vida desta população ocorreram a partir de 1985, quando, em função dos altos índices de prejuízos e agravos à saúde do adolescente, este ano foi definido como Ano Internacional da Juventude pela Organização das Nações Unidas (ONU). Se considerarmos, dentro da questão da saúde, a Divisão de Saúde Materno-Infantil em que oficializa o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), percebe-se um avanço a partir de 1989. As bases desse Programa foram lançadas em consonância com a problemática sócio-econômica da população, conforme foi apresentada anteriormente (Ministério da Saúde, 1989).

Outra aquisição foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que entrou em vigor em 13 de julho de 1990, através da Lei 8.069, no governo Fernando Collor de Mello. O principal objetivo do ECA é, até os dias atuais, oferecer, à criança e ao adolescente, direitos que sejam condizentes com a sua condição de indivíduo em desenvolvimento, vulnerável e

que merece proteção de maneira integral, ou seja, física, psíquica e moral. No Título II é dado destaque à saúde, tratando dos Direitos Fundamentais. No capítulo I, referente ao Direito à Vida e à Saúde, o artigo 7º, diz: "a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência". (Presidência da República, 1990).

Segundo o Ministério de Ação Social (1990), ainda se referindo ao ECA, o adolescente deve ser concebido como um cidadão, sujeito a direitos e deveres. Especificamente na questão da saúde, para que o adolescente possa exercer sua cidadania plenamente, é importante que tenham, de forma democrática, acesso ao estudo, à escola e possam reivindicar um estilo de vida saudável.

Segundo Waiselfisz (2007), para poder avaliar tais condições gerais dos Adolescentes foi criado o IDJ (Índice de Desenvolvimento da Juventude). A composição do IDJ seguiu um modelo de formulação semelhante ao do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), porém, adaptado para expressar questões específicas referentes à juventude, na realidade brasileira. Criado pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, o IDH veio reformular o indicador quase universal, até então, utilizado para medir o desenvolvimento dos países: o PIB (Produto Interno Bruto) *per capita*. O cálculo do IDJ se baseia em indicadores de Educação, de Saúde e de Renda, sendo que, nesta última, avalia-se a renda *per capita*. Na Educação, estão integrados três indicadores: analfabetismo, escolarização adequada e qualidade do ensino. Na Saúde, dois indicadores: mortalidade por causas internas e mortalidade por causas violentas. Para esta avaliação, a juventude foi delimitada na faixa etária de 15 a 24 anos e caracterizada como o processo em que o adolescente é preparado para assumir o papel de adulto na sociedade no que diz respeito aos planos familiar e profissional. Essa faixa etária de 15 a 24 anos foi dividida em três subfaixas: 15 a 17, 18 a 19 e 20 a 24, e, cada uma delas, constitui uma fase específica nesse processo.

Para Waiselfisz (2007), não é possível contar, até o momento, com pesquisas ou estatísticas internacionais que permitam alguma comparação desta mortalidade violenta entre adolescentes, com outros contextos, a partir de indicadores comuns. O que se percebe, para o autor, é que, no Brasil e em diversos países da América Latina, as condições de

saúde vêm se constituindo, num indicador diferencial e privilegiado da vulnerabilidade da juventude.

A realidade brasileira, como pode ser verificada pelas informações obtidas até aqui sobre as condições sócio-econômicas, da saúde, da educação e da mortalidade, dificulta o crescimento e desenvolvimento pleno de muitos adolescentes. A grande desigualdade econômica e social os torna aprisionados a comunidades expropriadas, restrições severas ao consumo de bens e serviços, moradias inadequadas, falta de qualidade no ensino, estigmas e preconceitos, relações familiares e interpessoais fragilizadas e violência em todas as esferas de convivência, levando-os a estarem expostos à violência, e trabalho precoce, por exemplo (Assis & Constantino, 2005).

As relações e condições de trabalho precárias, com salários cada dia mais baixos e o custo de vida cada dia mais alto, forçam as famílias de baixa renda a adotarem uma das estratégias mais conhecidas e mais aceitas para superar as limitações financeiras da família, ou seja, favorecem o ingresso no mercado de trabalho do maior número de membros da família (Oliveira & Robazzi, 2001). Por outro lado, vários estudos vêm apontando o grande envolvimento da classe alta em riscos, como uso de drogas, prática de sexo desprotegido e acidentes de trânsito (Galduroz et al., 2004; Soldera, Dalgalarrodo, Correa Filho & Silva, 2004). A partir destes dados, observa-se que os jovens, de qualquer classe social e qualquer grau de escolarização, estão expostos a riscos que inibem seu pleno desenvolvimento.

Outro risco característico da adolescência brasileira é a prática de sexo desprotegido e conseqüente gravidez precoce. Segundo Bertolfi, Alkimin, Barbieri, Guazzelli e Araújo (2006), pesquisas realizadas no Brasil, em 1996, revelaram que 18% das adolescentes entre 15 e 19 anos já haviam tido pelo menos um filho e anualmente, aproximadamente, um milhão de adolescentes entre 10 e 19 anos se tornam mães.

As complicações maternas médico-obstétricas da gravidez na adolescência, freqüentemente, incluem aborto espontâneo ou provocado, anemia, distocias de parto e hipertensão gestacional. Destas, sem dúvida, a complicação que mais se associa a danos físicos e psicológicos é o aborto. As complicações de gravidez, parto e puerpério constituem a 10^a causa de óbitos entre adolescentes brasileiras. (Souza, 1999). Além disso, a gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado, tanto durante a gestação, quanto no pós-parto, paralelamente a uma maior incidência de depressão e uma percepção

negativa da rede social de apoio, apesar de haverem poucos estudos epidemiológicos que forneçam dados sobre ansiedade, depressão e ideação suicida em adolescentes grávidas (Freitas, 2002). Por outro lado, filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer, e, conseqüentemente, maior probabilidade de morte, do que os filhos de mães com 20 anos ou mais. A taxa de prematuridade também é mais alta nesse grupo, aumentando o risco de mortalidade perinatal (Oliveira, 1998).

Nos países, onde as indicações de aborto legal são restritas, incluindo o Brasil, tem sido muito difícil estimar a mortalidade materna por esta causa. No entanto, em países onde o aborto é praticado de forma legal e segura, a morte materna é incomum e, quando ocorre, está relacionada a complicações anestésicas. A taxa de mortalidade materna entre adolescentes americanas com menos de 15 anos é cerca de duas vezes e meia maior do que encontrada por mulheres de 20 a 24 anos. No Brasil, o número é 30% maior para as adolescentes quando comparados os mesmo grupos (Souza, 1999). Olukoya et al. (2001) afirmam que a mortalidade entre adolescentes que realizaram aborto é maior do que a de adultos por: demorarem para realizar o procedimento; usarem métodos perigosos; maior incidência de complicações durante a gestação, durante o procedimento e após o mesmo.

A estimativa do número total de abortos em adolescentes é de dois milhões a 4.4 milhões anualmente (Olukoya et al., 2001), para o Brasil (realizada pelo Ministério da Saúde) aponta que, a cada 100 abortos, 25 são de adolescentes, atendendo, a rede pública de saúde, por ano, há 130 mil abortos de adolescentes (Oliveira, 1998), provocados ou espontâneos. Frequentemente, a opção pelo aborto por essa população é feito pelos seguintes motivos: ser expulsa da escola ou interromper os estudos; não possuir condições econômicas de levar adiante a gravidez; condenações sociais por não ser casada ou não ter relação estável ou não ter parceiro fixo; falha no método de contracepção; vítima de estupro ou incesto; já ter um filho; não gostar do pai do bebê; ser forçada a abortar (Olukoya et al., 2001).

Outra questão relevante a ser mencionada é a epidemia de AIDS que, em 1990, consistia em um número de 8.859 casos no Brasil. Metade destes casos era infectada pela via de transmissão sexual e 85% eram homens, sendo que a previsão para o ano 2000, era de, aproximadamente, um milhão de brasileiros contaminados. No final do ano 2000, o número de casos de AIDS era de 191.000, na proporção de dois homens para cada mulher e

estimava-se cerca de 500.000 pessoas contaminadas. O aumento do número de casos vem sendo observado predominantemente entre mulheres, grupo de baixa escolaridade e cidades com menos de 50 mil habitantes. Apesar da distribuição universal e gratuita do chamado coquetel anti-HIV, a AIDS era a quarta causa de morte no grupo de 20 a 49 anos. “Os jovens são sempre um grupo vulnerável em todas as sociedades do mundo. Se continuarmos fazendo, apenas, o que temos feito, o HIV infectará cerca de 8.500 crianças e jovens por dia, seis por minuto em todo mundo”. Um terço das pessoas vivendo com HIV no final de 1998 eram jovens entre 15 e 24 anos e metade das novas infecções, em todo o mundo, ocorre nesta faixa etária. No Brasil, 70% dos casos concentram-se na faixa de 20 a 39 anos, indicando que as novas infecções (que levam anos para evoluir para Aids), acontecem principalmente entre os mais jovens (Paiva, 2002; Taquette, 2003).

A precocidade do início das atividades sexuais, aliada à desinformação, quanto ao uso adequado dos contraceptivos e à deficiência de programas de assistência ao adolescente, são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez, abortamento e doença sexualmente transmissível na adolescência (Sabroza, Leal, Gama & Costa, 2004). Esse fenômeno sugere a necessidade de intervenções voltadas à promoção da saúde integral do adolescente.

Faz-se necessário desenvolver programas de educação para a vida sexual ou de promoção da qualidade de vida de maneira geral, bem como a preparação de profissionais para desenvolver tais programas. No que se refere à contaminação pelo vírus HIV, percebe-se que as abordagens preventivas menos moralistas, embasadas nos princípios da Carta de Direitos Humanos foram mais eficazes. A partir de medidas educativas e preventivas não moralistas, observaram-se os seguintes resultados: em 1986, 5% dos rapazes brasileiros diziam que usaram preservativo na primeira relação sexual e, em 1999, atingiram 50% (Paiva, 2002)

Em um estudo realizado com jovens de 14 a 22 anos, na cidade do Rio de Janeiro, foi questionado aos participantes, quais as formas de ajuda que acham necessárias para diminuir a violência e as DST. Foi solicitado por alguns uma maior participação em atividades institucionais como aulas e palestras sobre sexualidade; outros destacaram a necessidade de conversar e serem ouvidos pelos adultos (Taquette, 2003).

Outro risco apontado nos índices de mortes por causas externas entre adolescentes foi o suicídio, definido como qualquer ação, mediante a qual, o indivíduo se causa uma lesão independentemente da morte, do método empregado e do conhecimento real de sua intenção (Galban, Rodrigues, Cruz, Arencibia & Alvarez, 2002).

O suicídio representa a segunda causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na rede SUS (Freitas, 2002). As estatísticas, segundo Carssola (1987) são falhas e subestimadas. Um dos motivos que o autor considera relevante para isso se deve ao fato dos atos autodestrutivos serem negados ou até escondidos pela família do adolescente, em função dos sentimentos de culpa e/ou vergonha pelo ato. As estatísticas relativas às tentativas de suicídio, segundo o autor, são mais falhas ainda, porém, observa-se um aumento considerável nas últimas décadas e, principalmente, nas idades mais jovens.

Nos estados Unidos, por exemplo, encontramos o Center for Disease Control (CDC), que monitora anualmente o comportamento de jovens norte-americanos nos aspectos citados acima (Vermelho, 1996). Neste mesmo país, em 1985, mais de 6000 adolescentes se suicidaram, o que corresponde a aproximadamente 17 suicídios por dia (se forem considerados apenas os suicídios conhecidos e registrados como tal). Para cada suicídio, existem dois ou três revelados pela família como acidente e, para cada suicídio concretizado, considera-se em torno de 100 tentativas (Dolto, 1990).

Sabe-se que o suicídio exitoso predomina em homens, geralmente idosos ou de meia idade, enquanto as tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres jovens. Em São Paulo, esta é a terceira causa de morte entre as classificadas como causas externas, ao lado dos acidentes de trânsito e os homicídios. (Carssola, 1987). O único consenso entre suicidologistas, segundo Dutra (2001) e Galban et al. (2002) é de que o suicídio é um fenômeno multifacetado que envolve fatores biológicos, sociais e emocionais. Para Dutra (2001), o suicídio é uma realidade mundial. Acontece em todas as faixas etárias, etnias e níveis sócio-econômicos diversos. “As maiores taxas encontram-se nos Estados Unidos, com 24,1 casos para cada 100.000 habitantes, enquanto no Canadá, são 25,2 casos para cada 100.000 habitantes; No Sri-Lanka, 61 e na Hungria, 71 casos para cada 100.000 habitantes”. A autora, no entanto, afirma que o suicídio entre jovens de 15 a 19 anos vem aumentando em todo o mundo.

Os estudos sobre o suicídio demonstram que este ato não tem uma causa única, mas é consequência de um conjunto de motivos que levam o indivíduo, num determinado momento da vida, a buscar a morte voluntária, a partir de um fator desencadeante. O maior fator de risco para o suicídio na adolescência é a depressão, principalmente a depressão maior. Porém, normalmente o adolescente não se queixa de sua tristeza, principalmente por não percebê-la, negá-la. Frequentemente esta se revela através de sentimentos de vazio, tédio, indiferença, solidão, abandono, impressão de ser mal-amado, incompreendido e rejeitado. Pode apresentar também irritabilidade e comportamentos de oposição, rebeldia, promiscuidade sexual, uso de fumo, álcool e drogas, na tentativa de mascarar tal tristeza. Estudos demonstram ser muito comum, nessa população, lares perturbados, desfeitos, com número significativos de doenças crônicas, somáticas e mentais, onde o alcoolismo é freqüente e, não raro, membros com problemas judiciais. As mães são vistas como autoritárias e os pais como fracos, ausentes e não desejantes do nascimento da criança, sendo muito freqüente, hostilidade e maus tratos. Nas famílias onde os pais eram presentes, estas eram vistas como “frias” e sem carinho. Os pais também tendiam a vir de lares perturbados. Enquanto crianças, estes mesmos jovens, se percebiam como tristes e inseguros, desamparados e desesperançados. (Dutra, 2001). Adolescentes com história familiar de tentativa de suicídio têm maior probabilidade de tentarem o suicídio. Usualmente, estes adolescentes pedem ajuda para um amigo próximo (Portes, 2002; Rutter, 2002; Kidd, 2002).

Identifica-se também entre estes jovens com ideação suicida, além da depressão, baixa auto-estima, a referência de não se gostarem e autocrítica excessiva. Percebe-se também interesse prévio sobre o tema, discussões freqüentes sobre morte, realização de planos de morte e comportamentos criminais (Rutter, 2002).

Na tentativa de proteger os adolescentes desse fenômeno, é necessário instrumentalizar os profissionais de saúde com recursos técnicos, teóricos e metodológicos, mais do que isso, no entanto, é importante humanizá-los para poderem compreender melhor a linguagem do adolescente depressivo e suicida (Dutra, 2001).

A prevenção ao suicídio deveria ser realizada de forma continuada, atacando os comportamentos de autodestruição. As escolas, a família e a comunidade devem participar das intervenções e adquirir conhecimentos sobre os sinais e sintomas da ideação suicida.

Programas de promoção da saúde para aumentar a qualidade de vida, que inserem em suas propostas, o trabalho com a auto-estima, desenvolvimento de características positivas da personalidade e suporte social, têm demonstrado eficiência na redução deste fenômeno, pois ajudam na redução da vulnerabilidade individual, bem como na neutralização de estressores externos (Portes, 2002).

Outro risco que surge como um problema de saúde pública é o consumo de drogas. Os fatores de risco e de proteção aos agravos à saúde, decorrentes do uso de drogas, particularmente do abuso e da dependência, têm sido identificados e estudados por diversos autores, sendo reconhecidos, na atualidade, como temas de estudo da maior utilidade, sobretudo para o trabalho preventivo, mas, também, no tratamento. (Toscano Jr., 2001).

Vários autores apontam maneiras de intervir para prevenir e proteger os adolescentes dos riscos relatados. Para Cavalcante, Alves e Barroso (2008), enfatizando a relação pais e filhos, afirmam que o papel dos profissionais da saúde, é alertar aos pais para que se aproximem de seus filhos, nessa etapa tão turbulenta de suas vidas, enfocando, sempre, a importância da família e da convivência familiar saudável, em suas formações. Cabe aos pais ensiná-los a diferenciar o certo do errado, fazendo-se presentes em qualquer que seja o caminho tomado pelo filho.

A respeito da baixa qualidade do ensino e do rendimento insatisfatório, Boruchovitch (1999) adverte que os educadores devam ser treinados de maneira a possuir instrumentos para lidar com essa diversidade. O autor aponta que, por outro lado, os educadores devam se empenhar, no sentido de uma reflexão crítica sobre a maneira preconceituosa e estereotipada a que alunos brasileiros, com rendimento escolar insatisfatório, vêm sendo alvos. O objetivo é transformar o discurso do aluno culpado pelo seu fracasso escolar, em uma atitude de confiança, segurança e credibilidade na sua capacidade, tornando-se um aluno motivado, freqüente e auto-regulado.

Considerando as dificuldades que envolvem a manutenção do adolescente de classe socioeconômica baixa na escola, Rocha (2003) sugere a necessidade de utilizar a educação como mecanismo de mobilidade social, ou seja, eliminar os fatores que dificultem o aproveitamento escolar, garantindo a freqüência à escola e ao ensino de boa qualidade. Para isso, no entanto, é importante equipar o sistema educacional no sentido de compensar

algumas desvantagens das crianças de famílias carentes a fim de que possam atingir o desempenho escolar adequado.

Bertolli, Alkimin, Barbieri e Araújo (2006), sobre os problemas relativos à prática de sexo desprotegido, relatam que é necessário disponibilizar informações e formas relacionadas aos métodos anticoncepcionais disponíveis, através de programas de prevenção. É necessário oferecer opções à jovem ou ao casal, pois essa iniciativa gera segurança e melhor utilização do método. Sabroza, Leal, Gama e Costa (2004), ainda sobre o mesmo tema, porem, enfocando a prevenção da gravidez precoce, ressalta a importância do desenvolvimento de políticas públicas que privilegiem a educação sexual como maneira de se retardar a ocorrência da gestação. Medidas como essas possibilitarão o desenvolvimento de todo o potencial da adolescente, bem como o aumento das oportunidades de vida, podendo melhorar a sua condição social e dos seus descendentes.

Quanto à prevenção da violência, Minayo e Souza (1999) afirmam que é necessário considerar a complexidade desse fenômeno, que possui “raízes macro-estruturais”. Por causa desse caráter complexo, as avaliações têm que ser, simultaneamente, abrangentes e específicas, assim como envolver diferentes contextos e atingir, tanto os sujeitos que sofrem, como os que provocam intolerância, agressões e conflitos. Desta forma, o setor da saúde deve liderar ações intersetoriais e específicas, a fim de promover qualidade de vida, ambiente saudável, incorporação de direitos e superação de processos de dominação, de exclusão e de todos os tipos de violência (física, moral e emocional). No campo das ações específicas, investir na prevenção de riscos e na atenção e reabilitação das vítimas de violências e acidentes.

Soares e Jacobi (2000), propondo formas de prevenção ao uso de drogas, inferem que a escola é um lugar privilegiado para se realizar um programa de prevenção. Para as autoras, no entanto, isso só é possível através de uma educação contextualizada, a partir do cotidiano do adolescente. Para isso, é necessário agir de forma localizada, a partir de um diagnóstico da escola, de forma que cada escola olhe para sua realidade e faça levantamentos dos problemas que afligem seus adolescentes. Apesar de a escola ser um espaço importante para atingir o adolescente, a utilização de fórmulas prontas, desgastadas ou descoladas da realidade desses jovens, tem colaborado para seu afastamento. Souza (1998) também sugere a escola como ambiente para prevenção de drogas. Indica que o

início do consumo de drogas ocorre, comumente, entre 11 e 17 anos e, com isso, estes programas deveriam ser realizados com crianças de nove a onze anos.

Embora não pretenda, no presente artigo, discutir cada um dos riscos apresentados, a pesquisadora optou por acrescentar estas informações, para que seja possível observar o adolescente, inserido no seu contexto de exposição a riscos, neste país e nesta cidade. Ainda que os instrumentos não avaliem o grau de violência, a atividade sexual, a qualidade do ensino, entre outros aspectos inseridos neste sub-capítulo, todos eles fazem parte do diagnóstico da qualidade de vida desta população e, por esse motivo, a apresentação destes dados tornou-se inevitável.

Observa-se que os índices de vários riscos foram apresentados e que, ao apresentar possíveis intervenções, embora cada autor tente focar em uma área específica (violência, condições sócio-econômicas, suicídio, uso de drogas, etc.), todos tendem a apresentar a educação como solução (Sudbrack & Cestari, 2005). A educação num sentido mais amplo, ou seja, a criação de programas educativos locais, que envolvam as características, os anseios, as dificuldades, as potencialidades de uma determinada população. Através desse estudo, é possível conhecer os adolescentes estudantes do Ensino Médio de São Paulo e, a partir destes dados, desenvolver ações locais, buscando o aumento da qualidade de vida e conseqüente redução de riscos.

1.2. Qualidade de Vida

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pizon, 1999). Aos poucos, a preocupação com o conceito de qualidade de vida foi sendo apropriado pelas ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Pagani e Pagani Junior (2006) relatam que o conceito de qualidade de vida é complexo, abstrato e multidimensional e, além disso, este termo só veio fazer parte do Index Médico há, aproximadamente 30 anos.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), é muito freqüente, entre profissionais da saúde, repetir frases que associem saúde a qualidade de vida, tirando o foco exclusivamente da doença. Por mais correto que esteja este conceito, afirmativas deste tipo revelam a dificuldade que os profissionais da área de saúde têm de encontrar algum sentido teórico e epistemológico diferente do referencial médico que, ainda hoje, domina a prática do campo da saúde pública. No entanto, dizer que o conceito de saúde deve estar mais próximo do conceito de qualidade de vida e que saúde não é simplesmente a ausência de doença, já é um começo importante, pois, manifesta o mal-estar com o reducionismo do modelo médico. Porém, indica que há muito a se discutir a respeito.

Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter definido em 1946 que a saúde não se resume à falta de doença e enfermidade, mas, está ligada a um completo bem-estar físico, mental e social, percebe-se que, ainda hoje, a prática da área da saúde está associada ao combate de doenças. Fleck (2000) aponta que, tanto a formação dos profissionais de saúde, quanto as políticas públicas, priorizam o controle da morbidade e mortalidade. Para o autor, apenas recentemente, medidas voltadas ao bem-estar e à percepção de saúde e capacidades funcionais vêm sendo realizadas.

Minayo, Hartz e Buss para desenvolver o estudo “Qualidade de vida e saúde: um debate necessário” realizaram uma extensa pesquisa nos anais dos congressos e registros de diversos seminários. O termo qualidade de vida (QV) aparece sempre com sentido bastante amplo e genérico. Algumas vezes é empregado como título de seminários, outras se relaciona a algumas classificações nos agrupamentos dos trabalhos dos vários congressos. Contudo, em nenhum momento, existe uma definição dessa relação, seja no nível mais elementar ou como conceito. Isso quer dizer, portanto, que a idéia geral de qualidade de vida precisa ser mais bem explicitada e clarificada. O que se apresenta, freqüentemente, é o termo sendo empregado associado a alguma doença (Barker, Routledge, Farnell, Swindell & Davidson, 2009; Bosma, Reijveld, Douw, Vos, Postma, Aaronson, Müller, Vandertop, Slotman, Taphoorn, Heimans & Klein, 2009; Chen, Zheng, Zheng, Gu, Chen, Lu & Shu, 2009; Liu, Page, Solheim, Fox & Chang, 2009; Pidala, Anasetti & Jim, 2009; Stevenson & Carey, 2009), e não considerando o bem-estar de pessoas saudáveis.

Para Uchoa, Rozemberg e Porto (2002), ao se referir ao termo qualidade de vida é necessário dar um significado a esse termo e contextualizá-lo, principalmente quando há

referência às sociedades fortemente marcadas pelas desigualdades sociais, como o é a sociedade brasileira. Em situações como esta, o conceito de qualidade de vida se relaciona de forma central aos recursos econômicos e sociais disponíveis para a sobrevivência digna desta população; por sua articulação com temas gerais e relevantes como exclusão social, equidade, cidadania, pobreza, violência urbana e vulnerabilidade. É necessário dar sentido ao conceito, tentando considerar a condição humana em questão.

O tema qualidade de vida vem se apresentando, freqüentemente, relacionado ao conceito de saúde, tanto ao tratar das condições gerais de uma população, como de um grupo ou de um indivíduo. Para Tseng, Lu e Gandek (2003), essa associação dos dois termos surgiu como um novo tema na medicina moderna que incluía a perspectiva biopsicossocial. Para os autores, o rápido crescimento das despesas com saúde aumentou o uso de qualidade de vida relacionada à saúde como um atributo importante no cuidado do paciente e na avaliação das condições gerais do mesmo.

Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) apontam que, cada vez mais, o conceito de “qualidade de vida relacionada com a saúde da vida” (QVRS) tem atraído a atenção da investigação nas ciências médicas. Há muitas definições de QVRS, mas podem ser resumidas, para os autores, como se referindo a um construto psicológico multidimensional, que abrange: os aspectos físico, psicológico, social; as áreas funcionais da vida, e o impacto da saúde e da doença sobre estes setores.

Pereira e Del Vecchio (2006), com o objetivo de aprofundar as discussões sobre as relações entre Qualidade de Vida e hábitos saudáveis, revelaram ter dúvidas sobre os limites da influência comportamental sobre as condições gerais de saúde, adoção de estilo de vida saudável e prevenção de doenças. Revendo vários autores e imbuídos destas dúvidas, Pereira e Del Vecchio (2006) apontaram três fatores que podem favorecer ou dificultar a adoção de um estilo de vida positivo. São eles: o desenvolvimento familiar, cultural e educacional; o meio social em que se está inserido, e condições de vida saudáveis e justas. Para avaliar a qualidade de vida, segundo estes autores, é necessário conhecer estas diferenças e perspectivas.

Maslow (1987), refletindo sobre as diferenças pessoais e, entre elas, as diferenças de condições familiares, de saúde, entre outras, sugere que existam necessidades de alto nível e de baixo nível. Estas devem ser satisfeitas antes das de alto nível e, cada uma, da sua

forma, pode tentar escalar esta hierarquia buscando condições melhores. O autor define cinco necessidades. As primeiras são consideradas fisiológicas e básicas, tais como fome, sede, sono, sexo, excreção e abrigo. Em segundo lugar vem a necessidade de segurança. Esta abrange tanto o sentimento de estar seguro dentro de casa, quanto a segurança de um emprego estável, plano de saúde e seguro de vida. Na terceira etapa nesta hierarquia estão as necessidades sociais, de amor, de afeto e de possuir grupo de pertença. A quarta é a necessidade de auto-estima, que envolve tanto as nossas capacidades pessoais quanto o reconhecimento, pelos outros, destas nossas capacidades. Por fim, está a necessidade de auto-realização, ou seja, a busca por tornar-se aquilo que o indivíduo pode ser, desenvolvendo suas potencialidades e habilidades.

Segundo Fleck *et al* (1999), qualidade de vida relacionada com a saúde ("Health-related quality of life") e Estado subjetivo de saúde ("Subjective health status") são conceitos que se relacionam. Ambos estão centrados na avaliação subjetiva do paciente e ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente. Para Bullinger, Anderson e Cella (1993), o termo qualidade de vida inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), o patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida está ligado à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, trabalho, habitação, educação, acesso a água potável, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como indicador de baixa qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço.

Na literatura médica, o conceito de qualidade de vida parece apresentar diversos significados. O funcionamento social, condições de saúde e qualidade de vida muitas vezes são aplicados como sinônimos. Apesar de ainda não haver um consenso em relação à definição, a Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como a percepção do

indivíduo de sua condição de vida, no contexto da cultura e códigos de valores sob os quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995). Este é um conceito multidimensional, envolvendo diferentes domínios (por ex: domínio físico, psicológico, nível de independência, etc.) e, por este motivo, será o conceito adotado neste estudo. A avaliação em diferentes domínios permite a verificação de dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos, podendo direcionar medidas terapêuticas mais adequadas e, provavelmente, diminuir os custos de saúde.

Segundo Maia (2008), a população adolescente é considerada a mais saudável por apresentar baixas taxas de mortalidade por morbidade ao comparar com todas as faixas etárias. A autora acrescenta que, embora esta população sofra menos de doenças contagiosas do que em períodos anteriores da história, é, cada vez mais, vítima ou agente de problemas evitáveis, resultantes da própria personalidade, do estilo de vida e das condições sócio-econômicas em que vivem. No Brasil (Vermelho, 1996; Macedo, Paim, Silva & Costa, 2001; Lyra et al., 2002; Magro, 2002; Waiselfisz, 2007), esta realidade se impõe com números cada vez mais altos de mortalidade por causas externas. Além das perdas, do ponto de vista da saúde, observa-se hoje que os adolescentes vêm se caracterizando pelo alto risco a que estão expostos.

Para seu desenvolvimento psicossocial e sua formação intelectual, moral e espiritual, o adolescente precisa definir suas relações e processos de identidade. Precisa definir sua sexualidade, adquirir certa autonomia e, especialmente, encontrar espaços apropriados para desenvolver a auto-estima, a criatividade e seu projeto de vida (Traverso-Yepez & Pinheiro, 2002). Faz-se evidente a necessidade de se considerar a saúde integral e não apenas os aspectos orgânicos, pois, a qualidade de vida do adolescente irá influenciar na qualidade de vida do adulto e, com isso, em parte, determinar seu bem-estar no futuro.

Ferreira, Alvim, Teixeira e Veloso (2007) afirmam que é necessário conhecer profundamente o indivíduo ou grupo em que se pretenda intervir, principalmente tratando-se de adolescentes. Acrescentam que, para poder beneficiar esta população, é preciso se aproximar dela, compartilhar suas dúvidas, anseios, conhecimentos e estabelecer uma relação, se tornando referência de ajuda. Informam, ainda, que é importante conhecer seus referenciais de saúde, os fundamentos destes referenciais, seus hábitos e práticas de higiene. As autoras, em seus estudos, identificaram o desejo do jovem de falar e debater

sobre temas recorrentes no seu cotidiano, como gravidez precoce, medidas preventivas para gravidez, uso de drogas, entre outros. Os resultados do presente estudo aproximam profissionais e autoridades da população adolescente, oferece subsídios para intervenções baseadas em informações sobre esse grupo.

Um trabalho realizado por Lima, Ude, Miguel e Braga (2005) com o intuito de desenvolver um programa de promoção de saúde e prevenção de riscos em adolescentes, buscou, através de grupos focais, conhecer a população que seria beneficiada por este programa. Em seus resultados identificaram os seguintes pontos a serem trabalhados: desconforto com o tratamento que recebem da família, pressões relacionadas ao desempenho social, dificuldade de se impor nos grupos de pares, consumismo, individualismo, sentimento de insegurança, vazio, falta de referências, entre outros. Conhecer esta população e os aspectos em que poderiam ser beneficiados, forneceu instrumentos para um programa eficaz que, como resultado final, contribuiu com o aumento de bem-estar e qualidade de vida dos estudantes envolvidos.

Costa e Bigras (2007) apontam que para proteger e promover a qualidade de vida na adolescência, é de fundamental importância a presença de adultos que se tornem referência. Estes adultos podem ser aqueles que já fazem parte da vida pessoal destes jovens, ou seja, os pais, professores, parentes, entre outros. Podem também ser adultos que fazem parte do suporte e assistência social, ou seja, profissionais da saúde pública, na implementação de ações eficazes. Sejam quais forem os adultos de referência, suas ações devem resultar em melhorias das condições gerais de saúde, e também no desenvolvimento de habilidades que favorecem integração social.

O uso do termo qualidade de vida foi, por algum tempo, voltado para as preocupações com a população adulta e idosa. Essa atenção é compreensível porque trata-se de pessoas que, com mais frequência, são acometidas por doenças crônicas, agudas e degenerativas. Apenas recentemente este termo vem sendo aplicado à infância e adolescência, mas, assim como ocorreu com os adultos, a ênfase é nas crianças e adolescentes doentes, investigando-se pouco a qualidade de vida entre os saudáveis (Urzua & Mercado, 2009).

Para Uchoa, Rozemberg e Porto (2002), para utilizar um termo interdisciplinar como o de qualidade de vida em qualquer população (criança, adolescente, adulto, idoso,

doente ou saudável), é necessário considerar sua interação com o entorno social e ambiental. Para estes autores, é preciso ter em mente que os indicadores e índices medem sempre aspectos da qualidade de vida, tendo méritos e limitações uns em relação aos outros. Tais índices são válidos na medida em que propiciem instrumentos de mobilização social e intervenção na realidade, construindo agendas públicas de ações prioritárias e práticas sociais transformadoras. Essa visão de qualidade de vida de caráter mais processual opõe-se à outra, bastante difundida, que vê a qualidade de vida como um bem de mercado pautado pelo nível de consumo, e não enquanto um direito de cidadania. No presente estudo, as avaliações realizadas, têm o intuito de fornecer subsídios para intervenções eficazes através de programas de promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida desta população.

Para Pagani e Pagani Junior (2006), a qualidade de vida está relacionada à felicidade ou satisfação individual em domínios nos quais o indivíduo valoriza. Os autores acrescentam que a saúde é apenas um dos fatores que podem interferir no bem-estar, existindo outros que também são importantes e influentes na qualidade de vida. São eles: habitação, emprego, dificuldades financeiras, entre outros. A qualidade de vida dos adolescentes avaliados neste estudo será, no capítulo resultados, comparada entre classes sociais, gêneros, região do município em que mora, idade e série. Optou-se por realizar estas comparações porque se verificou, na literatura, variações no bem-estar e na qualidade de vida relacionados a estes temas.

É possível especular que haja diferenças na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) entre as regiões de um município tão extenso e populoso como São Paulo. Segundo Barcellos, Sabroza, Peiter e Rojas (2002), os lugares existentes em uma cidade ou região promovem condições particulares para a produção de saúde e de doenças. Uma questão crucial para diagnosticar situações de saúde é a presença de indicadores capazes de detectar as condições de risco à saúde. Tais indicadores permitem identificar os lugares, as relações destes com a região em que está inserido e com a população ali instalada. Nessas populações específicas se desenvolvem os meios adequados para o desenvolvimento da doença, seu controle e o desenvolvimento da saúde.

Sobre as diferenças entre as regiões do município de São Paulo, existem poucas informações que avaliem a qualidade de vida ou a saúde dos bairros ou subprefeituras.

Zöllner, Armond, Novo, Compri e Juliano, avaliando as condições de saúde deste município verificaram que existem diferenças marcantes. O estudo dos autores citados foi feito entre as subprefeituras do município de São Paulo. Vale lembrar que, sob a administração de cada subprefeitura, tende a envolver um número significativo de bairros. As dez subprefeituras que apresentaram níveis mais altos de saúde foram, nesta ordem: Pinheiros, Lapa, Santo Amaro, Santana, Vila Mariana, Vila Maria / Vila Guilherme, Butantã, Aricanduva, Vila Prudente e Jabaquara. Por outro lado, as subprefeituras que revelaram níveis mais baixos de saúde foram, nesta ordem: Guaianazes, Perus, M'Boi Mirim, Ermelino Matarazzo, São Mateus, Capela do Socorro, Itaquera, Pirituba, Cidade Ademar, Casa Verde / Cachoeirinha e Itaim Paulista. Considerando que a amostra definida para este estudo foi uma amostra representativa dos adolescentes do Ensino Médio da cidade de São Paulo, esta diferença na saúde entre as regiões poderá ser refletida na avaliação da qualidade de vida.

É possível encontrar na literatura, também, diferenças de qualidade de vida associadas às diferenças sócio-econômicas (Tomasi, Barros & Victoria, 1996). Tedesco (2002) afirma que as instituições de ensino definem o lugar de cada indivíduo na sociedade. Para o autor, a qualidade e a profundidade das informações e ensinamentos de determinada instituição servem para perpetuar as condições de vida, inclusive intelectuais, desta população. Com isso, estar em uma determinada classe sócio-econômica e utilizar os recursos acessíveis a esta classe, fornece condições a esse indivíduo e seus descendente de se manter nela. Por outro lado, pertencer a classes baixas e utilizar os recursos disponíveis para esta classe, perpetua sua inserção nesta condição sócio-econômica. Valla (2002), concordando com esta idéia, acrescenta que as políticas públicas desenvolvidas no Brasil, incentivam a manutenção destas condições em que o pobre se mantém pobre e o rico se mantém rico. Ferreira (2008) acrescenta que, quando uma sociedade oferece condições desiguais, cria grupos de desiguais.

Outra diferença, além das existentes entre as regiões e as classes sociais e que é amplamente discutida na questão qualidade de vida é a diferença entre gêneros. Embora os homens morram mais do que as mulheres em todas as faixas etárias, é notada a superioridade das mulheres em relatar morbidade, problemas psicológicos e frequentar centros de saúde. De maneira geral, segundo pesquisas nacionais e internacionais, as

mulheres tendem a apresentar doenças mais rápidas e com maior frequência, enquanto isso, os homens vão aos centros de saúde acometidos por doenças crônicas ou fatais. (Bird & Riecker, 1999; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002; Rodrigues, Angelico, Saraiva & Bezerra, 2007).

Segundo Neri (2001), para se discutir as diferenças de gênero em qualquer setor, é necessário avaliar o contexto e encargos de cada gênero na vida. As diferenças de gênero (Suplicy, 1995; Heilborn, 1999; Marcondes, Rotemberg, Portela & Moreno, 2003; Rodrigues et al. 2007) são históricas e passadas de geração para geração. As atribuições relativas aos cuidados das pessoas e da casa, por exemplo, é tradicionalmente função da mulher e pouco reconhecida socialmente. O trabalho considerado autêntico e, verdadeiramente, produtivo é aquele que tem salário como retribuição. Essa organização, entre os gêneros, tende a ser perpetuada na família, na escola e na sociedade como um todo. Por esse motivo, avaliar a diferença da qualidade de vida entre gêneros torna-se pertinente. Giffin (2002) acrescenta que é necessário que as políticas públicas incorporem as diferenças entre gêneros para que haja equidade em saúde.

Para Jörngarden, Wettergen e Essen (2006), as variáveis idade e sexo são de crucial importância para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). De maneira geral, os resultados destas avaliações através do SF-36 apontam que o baixo desempenho está associado ao aumento da idade e ao gênero feminino. Quanto ao efeito da idade, o declínio é mais acentuado nas escalas refletindo a saúde física, mas também tem sido detectado na escala de saúde mental. O fato das meninas apresentarem escores menores no SF-36 também foi reproduzido por outros estudos com adolescentes.

Quanto à diferença da qualidade de vida relacionada a idade ou a série, Dias, Nazareno, Zanini e Mendonça (2008), estudando adolescentes em período de vestibular, apontam que esta é uma fase em que o adolescente é bombardeado por exigências, tanto externas quanto internas. Externa porque pais e sociedade têm alguma expectativa sobre aquele indivíduo e cobra que ele corresponda. Interna porque tem que tomar decisões importantes para toda a vida. Essa situação provoca ansiedade entre estudantes do último ano do ensino médio. Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro e Silva, 2006, ainda sobre as exigências pré-vestibulares, relatam que os causadores de ansiedade são vários, tais como a influência dos pais, preferências pessoais, análise da relação custo-benefício da futura

profissão, entre outros. Estes autores apontam que este período da vida já é envolvido de uma turbulência emocional e, a responsabilidade imposta na fase pré-vestibular, aumenta a tensão e o estresse. Rodrigues e Pelisoli (2008), também estudando adolescentes que se preparavam para prestar vestibular, descobriram que esta população tem um nível elevado de ansiedade e são negligenciados pela literatura científica. No presente estudo serão avaliados jovens do Ensino Médio e, com isso, ao comparar a qualidade de vida entre as séries esse aspecto poderá ser verificado.

Ao comparar os resultados de pré-vestibulandos com estudantes da mesma série, mas que não pretendem cursar o ensino superior, percebe-se que não há redução da ansiedade. Este fato ocorre por ser freqüente, entre estes jovens, outro fator estressante: a entrada no mercado de trabalho na mesma época em que outros tentam entrar numa faculdade. Esta iniciativa ocorre, muitas vezes, pela exigência familiar e financeira, não sendo uma questão de escolha pessoal e, com isso, aumentando o nível de ansiedade (Oliveira & Robazzi, 2001; Oliveira, Amaral, Triguero, Teixeira & Sá, 2005).

Outro aspecto que pode interferir na qualidade de vida de um indivíduo é o envolvimento religioso. Segundo a literatura, as classes mais populares são mais religiosas e, por outro lado, as classes mais favorecidas têm melhor qualidade de vida (Couto, 2001; Almeida & Monteiro, 2002; Tedesco, 2002; Valla, 2002; Jurkevics, 2004; Faria & Seidl, 2005; Duarte, Lebrão, Tuono & Laurenti, 2008). Compreender, portanto, como religião, qualidade de vida e uso de droga se relacionam pode fornecer subsídios para intervenções e indicadores de recursos protetores da saúde.

Além dos aspectos apresentados acima, algumas patologias podem contribuir para a queda da qualidade de vida em adolescentes. Marklund, Ahlstedt e Nordström (2004), estudando adolescentes alérgicos, perceberam qualidade de vida inferior quando comparada com adolescentes saudáveis. Além disso, observaram que as queixas entre as meninas, eram superiores às apresentadas pelos meninos portadores da mesma patologia.

Barbosa, Petribú, Mariano, Ferreira e Almeida (2008), avaliando a depressão pós-parto em meninas adolescentes, observaram que a qualidade de vida era mais baixa quando comparada a de meninas que não haviam tido esta psicopatologia. Notou-se, ainda, que os prejuízos haviam sido, principalmente, nos domínios saúde mental, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais e capacidade funcional, investigados pelo instrumento SF-36.

Para Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), os sintomas da depressão pós-parto em todas as idades pode contribuir para redução das médias em quase todos os domínios do SF-36.

O mesmo não aconteceu com Costa, Silva, Mendonça, Nishioka, Siquira, Tamaki, Crevelari, Moreira e Martinelli Filho (2007) que, avaliando a qualidade de vida em jovens com Cardioversor-Desfibrilador implantável, através do questionário SF-36, verificaram médias menores nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais e saúde mental, no entanto, nos domínios aspectos sociais, vitalidade, dor e estado geral de saúde, as médias foram maiores. Com os resultados obtidos, a população estudada não demonstra redução significativa da qualidade de vida quando comparada com indivíduos saudáveis.

Atualmente, existem duas formas de mensurar QV, através de *instrumentos genéricos* e *instrumentos específicos*. Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente. Os genéricos, como os que foram adotados no presente estudo, abordam o perfil de quem está com saúde ou não está com saúde, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde, refletindo o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos saudáveis com doentes ou de portadores da mesma doença vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença (Seidl & Zannon, 2004).

Para Seidl e Zannon (2004), o uso de instrumentos de avaliação da QV no campo da saúde colocaria os trabalhos desenvolvidos no país em consonância com agendas internacionais para o avanço teórico e metodológico na área. Há, no entanto, dois desafios colocados nessas agendas: as conclusões acerca da generalidade-especificidade do construto de qualidade de vida e a confiabilidade de comparações entre os achados em condições diversas relacionadas à saúde e aos diferentes contextos socioculturais.

Pagani e Pagani Junior (2006), realizando uma revisão na literatura sobre instrumentos voltados a avaliação da qualidade de vida retomam a existência dos genéricos e os de doença-específica. Estes foram desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida de pacientes com uma determinada doença e quantificar ganhos (de saúde e de qualidade de vida)

durante e após o tratamento. Frequentemente, são instrumentos de fácil aplicação e interpretação, e tem a vantagem de obter resultados de pequenas mudanças no curso do tratamento ou da doença. Normalmente, estes questionários são divididos em domínios relacionados à sensação somática, condições emocionais, habilidades sociais e função física. A título de exemplo, um questionário de doença-específica é o *O Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF)*, um instrumento específico para avaliar doença renal crônica terminal. É auto-aplicável, possui itens que se dividem em 19 escalas, levando por volta de 16 minutos para serem respondidos (Duarte, Miyazaki, Ciconelli & Sesso, 2003). Instrumentos como este mostram que a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde vem sendo uma prática cada vez mais comum na área da saúde. Vários estudos apontam que, através deste tipo de avaliação, é possível conhecer a eficácia de tratamentos a partir do ponto de vista do paciente. (Pagani & Pagani Junior, 2006).

Quanto aos questionários genéricos Pagani e Pagani Junior (2006) relatam que foram desenvolvidos, em primeiro lugar, com o objetivo de expressar, em números, problemas de saúde percebidos pelos pacientes. Instrumentos como estes podem ser aplicados em várias culturas e lugares diferentes, em populações saudáveis e em população doente, tanto na avaliação quanto durante o tratamento. Os questionários de medidas de saúde geral são a melhor tentativa de abranger todo o espectro da “doença”, porém, inevitavelmente, reduzem o número de itens que se referem às condições clínicas específicas (Pagani & Pagani Junior, 2006). No caso de avaliar a qualidade de vida de uma população, como se pretendeu neste estudo, apenas este modelo de instrumento é indicado.

Entre os mais conhecidos está o *Sickness Impact Profile (SIP)*, um instrumento composto por 189 itens em 14 categorias de assunto. O SIP, segundo Carter, Robbitt, Bergner e Gilson (1976) foi concebido como um instrumento apropriado e sensível para medir estado de saúde projetado para auxiliar na avaliação dos resultados dos serviços de saúde. Este questionário não pôde ser inserido neste estudo por não ter sido adaptado para a população Brasileira.

Outro bastante utilizado é o *Quality of Well Being Scale (QWB)*. Este é um instrumento administrado por entrevistador que pretende avaliar a pessoa naquele momento de sua vida. Possui três classificações médias de funcionamento: mobilidade, atividade física, atividade social (Kaplan, Anderson & Ganiats, 1993). Este instrumento não

poderia ser utilizado neste estudo por exigir que a coleta de dados fosse através de entrevistas. Como a amostra foi de 2434 adolescentes, seria inviável a utilização de um instrumento que adotasse essa metodologia.

O Duke Health Profile (DUKE) é outro instrumento genérico, também amplamente conhecido. Trata-se de um questionário de 17 itens genéricos em que se avalia a qualidade de vida e saúde funcional durante um período de uma semana para adultos com 18 anos ou mais. Pode ser auto-administrado ou administrado por entrevistador geralmente em menos de cinco minutos. A pontuação para as 11 escalas do Duque pode ser feita manualmente ou por computador. Seis escalas de medida da saúde funcional (física, mental, social, geral, saúde e auto-estima) e cinco escalas de medida de saúde disfuncional (ansiedade, depressão, ansiedade com depressão, dor e incapacidade (Parkerson, Broadhead & Tse, 1990). Este questionário não poderia ser aplicado nesta população por não estar validado para a população brasileira e por ter que ser administrado em sujeitos com mais de 18 anos.

A London Handicap Scale (LHS), também bastante conhecido, é um instrumento de seis itens que mede o estado de saúde em pacientes com doenças crônicas, múltiplas, ou progressivas, incluindo a avaliação das intervenções implantadas em seu tratamento e reabilitação. A escala gera um perfil de desvantagens em seis diferentes dimensões (mobilidade, independência física, ocupação, integração social, orientação e auto-suficiência econômica) e um escore global. Cada dimensão tem seis níveis, em ordem crescente de desvantagem. Juntas, essas informações formam um perfil descritivo do indivíduo. A escala é adequada para adultos e não foi projetado para uso com adolescentes ou crianças. Não foi selecionado para este estudo por três motivos: é voltado, prioritariamente para idosos, portadores de doenças crônicas e não pode ser administrado em adolescentes. (Harwood, Rogers, Dickinson & Ebrahim, 1994).

Um instrumento genérico, também bastante conhecido, é o BASIS-32. Este instrumento possui 32 itens e é auto-administrado. Trata-se de um questionário elaborado para avaliar os resultados do tratamento da saúde mental das populações submetidas a cuidados hospitalares ou internação psiquiátrica. É indicado para uma vasta gama de doenças (também pode ser utilizado em populações ambulatoriais). Os cinco domínios medidos pelo BASIS-32 são os seguintes: psicose; vida diária, papel / competências, funcionamento; relação eu / outro; comportamento viciante impulsivo e depressão. Não

pôde ser usado no presente estudo porque os objetivos envolviam avaliar a qualidade de vida como um todo e não apenas as condições mentais. (Eisen, Wilcox, Leff, Schaefer & Culhane, 1999)

O *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) também é um instrumento genérico amplamente conhecido e validado para vários países. Foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida e é de fácil administração, compreensão e correção, além de ser de rápida aplicação. É um questionário multidimensional, com 36 itens que avaliam 8 domínios: capacidade funcional, aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão & Quaresma, 1999; Ware, 2000). Este foi um dos dois instrumentos de qualidade de vida selecionados para este estudo.

Considerando esta preocupação com a Qualidade de Vida e a necessidade de mensurá-la, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), através do WHOQOL Group criou o WHOQOL-100. Este grupo estabeleceu sede em vários países, sendo o representante, no Brasil, Dr. Marcelo Pio Fleck, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O WHOQOL-100 foi desenvolvido a partir de um enfoque transcultural porque envolveu a criação de um único instrumento contando com a colaboração simultânea de diversos centros. Com isso, as mais diferentes culturas participaram de todo o processo de elaboração, aplicação e avaliação do questionário. Estes centros se envolveram na operacionalização dos domínios de avaliação de qualidade de vida, na redação e escolha das questões, na derivação da escala de respostas, e no teste de campo nos países envolvidos nesta etapa (Fleck, 2000). O questionário WHOQOL-100 possui cem perguntas a respeito de seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Os domínios são divididos em 24 facetas e cada faceta é composta por quatro perguntas. Além destas 24 facetas, o instrumento possui uma 25^a composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Fleck, 2000).

Existem também instrumentos para avaliar a qualidade de vida exclusivamente de crianças e adolescentes, porém, não puderam ser utilizados no presente estudo porque, ou até a data de início da aplicação dos instrumentos não haviam instrumentos traduzidos,

adaptados e validados para essa população, ou a idade não é compatível com a proposta para esta pesquisa. Além disso, para Tseng, Lu e Gandek (2003), há uma necessidade crescente de padrões internacionais para medir a qualidade de vida de maneira que permita comparações entre países. A escolha pelo O WHOQOL-100, neste estudo, deu-se por ter sido desenvolvido pela OMS e, daqui alguns anos, poderá cumprir esta função de padronização internacional.

Para Jörngarden, Werrergen e Essen (2006), a falta de dados normativos e instrumentos bem-validados é um problema ainda maior quando se considera a avaliação da QVRS em adolescentes e adultos jovens. Historicamente, esses grupos têm sido negligenciados e a investigação da qualidade de vida é centrada, quase exclusivamente, em adultos. Além disso, estudos de populações em geral que inclua uma amostra de jovens costumam comunicar os dados agrupados em grandes grupos de idade, tornando-se difícil distinguir as informações sobre QVRS em adolescentes e adultos jovens. Recentemente, tem havido esforços para desenvolver e validar instrumentos genéricos especificamente destinados a medir a QVRS em crianças e adolescentes. Estes estudos vêm mostrando resultados promissores e adicionando informações valiosas para esse campo de investigação (Jörngarden, Werrergen & Essen, 2006).

O Kiddo-Kindl, é um questionário de origem alemã que avalia seis dimensões: bem-estar físico, bem-estar emocional, auto-estima, família, amigos e colégio (Urzua & Mercado, 2008). Já foi validado para adolescentes de vários países (Turquia, Japão, França, Inglaterra, Singapura, Taiwan, entre outros), mas não para a população brasileira. Além disso, foi desenvolvido para crianças e adolescentes de 08 a 16 anos, não podendo ser utilizado na amostra deste estudo que se estende até 19 anos.

O instrumento Francês VSP-A, *Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent* foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida em adolescentes (Simeoni, Auquier, Antoniotti, Sapin & San Marco, 2000). Não havia sido validado para a população brasileira até o ano de 2009, quando, no Rio de Janeiro, Mariana Tschoepke Aires (Aires, 2009) realizou este estudo. Este instrumento genérico é voltado para adolescentes de 10 a 19 anos com alguma doença ou saudáveis. É formado por 36 itens que formam 10 domínios: bem-estar psicológico (5 itens), bem-estar físico (4 itens), imagem corporal (2 itens), vitalidade (5 itens), relacionamento com amigos (5 itens), relacionamento com os pais (4 itens), relacionamento

com professores (3 itens), vida sexual e sentimental (2 itens), atividade de lazer (4 itens) e desempenho escolar (2 itens).

Outro questionário de referência mundial para avaliar a qualidade de vida e que não foi validado para o Brasil é o *KIDSCREEN*. Este instrumento foi desenvolvido, simultaneamente, em treze países europeus (Alemanha, Áustria, Espanha, França, Grécia, Países Baixos, Hungria, Irlanda, República Checa, Polônia, Reino Unido, Suécia e Suíça). Existem versões com diferentes extensões: uma com 52 itens que avalia 10 domínios; uma com 27 itens que avalia 5 domínios e uma com 10 itens que oferece uma pontuação global (Berra, Bustingorryc, Diazc, Rajmila & Butinofc, 2009).

O questionário “*Youth Quality of Life Instrument*” (YQOL) é um instrumento genérico, multidimensional, que avalia a qualidade de vida de adolescentes de 11 a 18 anos de idade. Foi desenvolvido nos Estados Unidos e contém 56 itens (distribuídos em quatro domínios), que comparam a qualidade de vida em grupos de adolescentes com condições diferentes. Está disponível em países europeus e na América Latina (Chaves, Matías-Carrello, Barrio & Canino, 2007), mas não no Brasil.

O “*Auto-questionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé*” (AUQEI), trata-se de um questionário auto aplicável, desenvolvido na França, para crianças de 4 a 12 anos de idade, que avalia os domínios: relações familiares, relações sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação. Contem 26 itens com quatro opções de respostas. Paralelamente a este, há um questionário a ser preenchido pelas mães para avaliar as condições psicoafetivas das crianças. Existe também uma questão inicial para que a criança justifique o seu grau de satisfação (Manificat & Dazord, 1997). O AUQEI já foi adaptado e aplicado no Brasil, porém, não contempla a idade determinada para o presente estudo.

Outro questionário voltado para a avaliação de adolescentes é o “*Quality of life profile adolescent version*” (QOLPAV). Trata-se de um instrumento genérico, de avaliação de qualidade de vida, composto por 54 itens divididos igualmente em três domínios e nove subdomínios. Os três domínios são: bem estar (físico, psicológico e espiritual); pertencimento (ambiente físico, social e comunidade) e; “*becoming*” (prático, lazer, crescimento). Os adolescentes classificam cada item numa escala de cinco pontos sob dois aspectos: importância e satisfação na vida (Raphael, Rukholm, Brown, Hill-Bailey & Donato, 1996).

Um questionário, que também avalia a qualidade de vida de crianças e adolescentes, é o “Pediatric Quality of Life Inventory” (PedsQL). Este instrumento integra escalas genéricas e específicas, e foi desenvolvido para avaliar as domínios recomendados pela Organização Mundial de Saúde, incluindo o desempenho escolar. O módulo genérico, composto de 23 itens envolve quatro domínios: físico (oito itens), emocional (cinco itens), social (cinco itens), e escolar (cinco itens). Existe um módulo voltado para criança ou adolescente e outro voltado aos pais, que avalia a percepção destes a respeito da QVRS de seus filhos. Os itens de cada um dos formatos são iguais, diferenciando-se apenas na linguagem (Varni, Seid & Kurtin, 2001). O instrumento foi concebido nos Estados Unidos e contém módulos específicos para algumas doenças (asma, artrite, câncer, doença cardíaca, paralisia cerebral, diabetes, doenças reumatológicas), uma escala multidimensional para avaliar fadiga e um questionário sobre dor. Foi desenvolvida uma versão em língua portuguesa do Módulo câncer. O PedsQol, módulo genérico, foi adaptado para uso na China, Suécia, Japão, Grécia, Coréia, Argentina, Turquia, Espanha, Noruega, Reino Unido, Alemanha e, no Brasil, para pacientes pediátricos com doenças reumatológicas (Aires, 2009).

O “Child Health Questionnaire” (CHQ) também é um instrumento bastante conhecido e contém um conjunto de medidas genéricas da qualidade de vida, envolvendo os domínios físico, psicossocial, de auto-estima e de relacionamento com a família. Foi desenvolvido nos Estados Unidos para crianças e adolescentes de 5 a 18 anos. O questionário para crianças contém 87 itens e pode ser respondido por crianças acima de 10 anos de idade, saudáveis ou com doenças crônicas. Para crianças mais jovens está disponível um instrumento para os pais (Landgraf, Maunsell, Nixon Speechley, Bullinger, Campbell, Abetz & Ware, 1998). Este instrumento foi adaptado para uso na Austrália, Europa, Ásia, África e alguns países da América Latina. O “Child Health Questionnaire –Parent Form” (CHQ-PF50) foi adaptado para o Brasil e aplicado em responsáveis por crianças saudáveis ou portadoras das seguintes doenças: artrite idiopática juvenil, constipação funcional e paralisia cerebral (Aires, 2009). Não pôde ser utilizado no presente estudo por não atingir adolescentes de 19 anos.

Apesar de estes instrumentos serem amplamente utilizados em vários lugares do mundo, alguns inconvenientes impediram que fossem adotados neste estudo, como foi dito

anteriormente: ou não foram adaptados para a população brasileira ou não abrangem a idade proposta para esta pesquisa. Com isso, optou-se por utilizar dois instrumentos que foram apresentados acima e que, além de estarem sendo usados cada vez mais em todo o mundo, um deles foi desenvolvido pela OMS. Em função de não ser adaptado para adolescentes, optou-se por inserir o outro instrumento por ser o único, até o momento da pesquisa, adaptado e validado para a população brasileira e com aplicações em adolescentes no Brasil e no exterior. Os instrumentos adotados, portanto, foram o WHOQOL-100 e o SF- 36.

Com o objetivo de minimizar estas diferenças, buscamos coletar dados que representem todas as classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E) e todas as regiões do município (Norte, Sul, Leste e Oeste) de São Paulo.

1.3. Uso de drogas

A idéia de que consumir drogas é uma novidade no repertório humano está equivocada. Há autores que afirmam que o envolvimento do homem com substâncias psicoativas é ancestral (Dezontine, Nascimento, Menezes, Godoy & Antonialli 2007; Sengik & Scortegana, 2008). Durante toda a história evolutiva do homem é possível fazer referência ao consumo de algum tipo de substância psicoativa e, por esse motivo, esta relação homem-droga não envolve apenas a área da saúde, mas, também, atividades de lazer, de religião, de cultura, de magia e de comemoração (Toscano JR., 2001). Alguns exemplos atuais sobre a naturalização da presença das drogas em nossa sociedade são o álcool na missa católica e nos rituais espíritas (Toscano JR., 2001), as propagandas de bebidas alcoólicas (Pinsky & Silva, 1999), o uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos (Wong, 2003), entre outros. Até o ano 2000, as propagandas de bebidas alcoólicas, por exemplo, eram mais freqüentes do que propagandas de outros produtos como bebidas não-alcoólicas e medicamentos. Os temas de tais propagandas envolviam amizade, relaxamento, humor e conformidade (Pinsky & Silva, 1999).

A adolescência é, atualmente, o grupo etário mais preocupante nessa relação com as substâncias psicoativas (Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri, 1997; Guimarães, Godinho, Cruz, Kappan & Tosta Junior, 2004; Dezontine et al., 2007). Esta população tende a ser o

alvo das propagandas descritas anteriormente e, por ser vulnerável pelo próprio período de desenvolvimento, está mais acessível a propostas de consumo de amigos traficantes (Soldera, Dalgalarondo, Correa Filho & Silva, 2004). Segundo Sengik e Scortegana (2008), os casos fatais relacionados ao consumo de drogas, conforme dados da Interpol, passaram de 4.000, em 1988, para mais de 15.000, em 1992. A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de então, passou a recomendar, para estes casos, o uso da terminologia “mortes relacionadas ao abuso de drogas”, devido ao seu caráter genérico.

Outro fator preocupante que envolve os adolescentes é que o consumo de drogas vem se apresentando de forma crescente entre pessoas cada vez mais jovens. Neste contexto, as pesquisas epidemiológicas envolvendo o consumo de substâncias psicoativas são de importância crucial para elaboração de políticas públicas adequadas e efetivas de prevenção ao uso indevido e abuso dessas substâncias (Guimarães et al., 2004; Dezontine et al., 2007). Torna-se, portanto, imprescindível a produção de conhecimento para se aproximar desta população e, conseqüentemente, poder intervir de forma eficaz na relação adolescentes-droga (Muza et al., 1997).

As primeiras experiências com substâncias psicoativas tendem a ocorrer no início do período da adolescência e é comum os jovens iniciarem suas experiências com as drogas consideradas lícitas, tais como álcool e tabaco e, muitas vezes, junto com familiares (Dusenbury, Kerner, Barker & Botvin, 1992). Posteriormente, podem recorrer às drogas ilícitas para aumentar o sentimento de prazer, buscar novas emoções ou tentar fugir de problemas. As discussões sobre o assunto, mesmo ocorrendo através de debates nos meios de comunicação, evidenciam números preocupantes e cada vez maiores sobre o consumo de drogas e é comum que sejam veiculados dados pouco confiáveis, isto é, que contribuem muito pouco na prevenção do problema (Sanceverino & Abreu, 2004). Por estes motivos, é de significativa importância estudar esta população, particularmente no que se refere à frequência de uso e à identificação de fatores de risco e de proteção para seu uso (Soldera et al., 2004).

Além dos índices de consumo, a diversidade de drogas disponíveis também é preocupante. A cada momento se conhece uma droga nova, com maior efeito, capaz de alterar a percepção e os sentidos de forma mais intensa, excitando, deprimindo ou perturbando o Sistema Nervoso Central. O dinamismo e a velocidade com que o uso e o

acesso às substâncias psicoativas, inclusive ilícitas, têm alcançado atualmente, tornam necessário uma maior compreensão sobre as conseqüências que tais drogas podem trazer para o indivíduo e para a sociedade. É imprescindível que se façam coletas sistemáticas de dados acerca da sua utilização, dos tipos de drogas e de seus efeitos, já que esse se constitui em um sério problema de saúde pública e a necessidade de intervenção é urgente. Esta não é uma tarefa fácil. Sabe-se que abordar estas questões envolve fatores familiares, sociais, culturais e políticos que jamais poderão ser discutidos individualmente, mas sim com uma abordagem interdisciplinar e com a participação de todos: famílias, instituições de ensino, ações políticas, ou seja, a sociedade de maneira geral (Sengik & Scortegana, 2008). Fonseca (2002) acrescenta que qualquer estudo sobre este assunto deve ser examinado a partir da relação sociocultural que envolve adolescente, droga e contexto.

O uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas tem sido apontado como indicador de abuso de múltiplas drogas e de problemas relacionados no futuro. Quanto mais cedo se dá a experimentação, maior tende a ser o risco de evolução no sentido da dependência (Toscano Jr., 2001; Ferigolo, 2004; Wolf, 2002), pois a identidade, a personalidade, as condições e as competências do indivíduo estão em pleno desenvolvimento. Instalando-se cedo, a dependência pode levar a atrasos no desenvolvimento e prejuízos emocionais, sociais e cognitivos (Toscano Jr., 2001; Wolf, 2002). Embora não se conheça tipos específicos de personalidade que tendem a consumir mais drogas, percebe-se que algumas características como impulsividade, baixa autoestima, oscilações de humor, entre outras – características desta fase de desenvolvimento –, estão sempre relacionadas a esse consumo (Wolf, 2002).

O uso experimental de uma droga tende a colocar o adolescente em situação de maior exposição a outros fatores de risco, acelerando, dessa forma, o processo de abuso e dependência física e psíquica. Como o envolvimento com drogas na juventude afeta o desempenho do indivíduo na vida adulta, torna-se imprescindível entender os fatores de risco, de proteção e as repercussões sociais, biológicas e psicológicas que este consumo acarreta. Quanto mais precoce é a experimentação de qualquer droga, maior é o risco de dependência e de prejuízos na vida futura (Scivoletto, 2001).

Os adolescentes deste século são considerados os mais urbanos da história. Se, por um lado, esta urbanização favorece cada vez mais o acesso a serviços de saúde e à educação,

por outro, expõe estes adolescentes à proximidade das drogas lícitas e ilícitas (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008). A expansão do uso, e do abuso, de drogas representa um sério problema de saúde coletiva e pública em vários países. Em escala mundial, as drogas representam uma das questões que mais afligem a sociedade pelas grandes e indesejáveis repercussões sociais, culturais e econômicas que envolve (Sanceverino & Abreu, 2003; Pratta & Santos, 2009).

Os padrões e a frequência de consumo de todos os tipos de drogas, a prática de exercício, a prática de religião, o comportamento no trânsito, as condutas violentas e o relacionamento familiar são alguns dos tópicos que vêm sendo cada vez mais estudados na literatura sobre consumo de droga. Isso ocorre porque tais fatores vêm demonstrando contribuir positiva ou negativamente na vida dos adolescentes que estão em contato com as drogas (Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000). A seguir serão apresentadas informações a respeito da epidemiologia do consumo de drogas e dos fatores de risco e de proteção que envolvem esta prática.

Nos Estados Unidos da América o projeto "Monitoring the Future" organiza inquéritos nacionais com o objetivo de produzir informações a respeito do consumo de drogas em amostras representativas da população de estudantes (Musa et al., 1997). Dados apresentados pelo projeto apontam que o álcool e o tabaco são as duas substâncias mais consumidas, seguidas da maconha e dos medicamentos. Outras pesquisas realizadas em países europeus revelam que as drogas mais utilizadas pelos adolescentes são, igualmente, o álcool e o tabaco, ou seja, duas substâncias psicoativas de uso lícito. A substância psicoativa de uso ilícito mais consumida é, também, a maconha (Musa et al., 1997). Estudos epidemiológicos realizados em países da América Latina identificam que, assim como ocorre nos países desenvolvidos, as drogas psicotrópicas mais utilizadas são o álcool e o tabaco. No entanto, entre as drogas ilícitas, os solventes são os mais consumidos (Silva, Pavani, Moraes & Chiaravalloti, 2006).

Segundo Baus, Kupek e Pires (2002), o uso de drogas na idade escolar é uma das maiores preocupações de saúde pública. Tanto estudos de comportamento de risco em geral, quanto aqueles com enfoque no uso de drogas nesse período da vida, mostraram a importância dos fatores sociodemográficos, como idade, sexo e classe social e, também, fatores psicossociais, como a influência dos amigos e as relações interpessoais dentro da

família, para o desenvolvimento e o tratamento desse problema de saúde. No Brasil, a única pesquisa sistemática de abrangência nacional sobre uso de drogas em idade escolar é realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). O seu “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” (Galduroz, Noto, Fonseca & Carlini, 2005), demonstra que, em São Paulo, as faixas etárias com maior número de usuários estavam entre 16 e 18 anos, e maior de 18 anos para todos os tipos de uso. Houve aumento do *uso na vida* (apenas uma experiência de consumo) para as drogas maconha, solvente, anfetamina e ansiolíticos, quando comparado com os cinco levantamentos anteriores. O uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, aumentou para as faixas etárias de 10 a 12 anos, de 13 a 15 anos e de 16 a 18, entre os levantamentos de 1997 e 2004. Na verdade, o uso freqüente de drogas (seis ou mais vezes nos últimos 30 dias), exceto álcool e tabaco, aumentou para todas as faixas etárias estudadas em comparação com os levantamentos anteriores (Galduroz et al., 2005).

A gravidade destes números fica potencializada pelo alto índice de comorbidade psiquiátrica relacionada ao uso de drogas nessas faixas etárias. Kessler, Von Diemen e Seganfredo (2003, p. 34) afirmam que o “Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder” encontrou

um risco 20 vezes maior de haver algum Transtorno de Conduta (incluindo personalidade anti-social, déficit de atenção e transtorno opositivo desafiante) entre os adolescentes com abuso ou dependência atual de álcool, maconha ou outra droga ilícita. Dos adolescentes dependentes químicos, 76% apresentaram outro diagnóstico, comparado com 24.5% dos que não utilizavam substâncias psicoativas.

Clark, Pollock, Bukstein, Mezzich, Bromberger & Donovan (1997) constataram que adolescentes com dependência de álcool têm 7.1 vezes mais chance de ter Transtorno de Conduta, duas vezes mais transtorno opositivo desafiante, 2.8 vezes mais transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e 3.1 vezes mais depressão do que os controles. Aqueles que buscavam tratamento tinham maior chance de ter algum outro transtorno

psiquiátrico associado, mais estressores psicossociais e pior funcionamento social. A literatura aponta muitos fatores de risco para o uso de drogas além dos relatados acima. Alguns frequentemente citados são a falta de integração às atividades escolares, desestrutura familiar, violência doméstica, pressão de grupo, necessidade de integração social, busca de autoestima (Scheier, Botvin & Backer, 1997; Sanchez, Oliveira & Nappo, 2005; De Micheli & Formigoni, 2002; Piko, 2000; Feijó & Oliveira, 2001), entre outros que serão discutidos posteriormente.

Além dos prejuízos pessoais expostos, o uso de drogas está associado a uma série de prejuízos de cunho social. Em relação às mortes por acidentes automobilísticos entre jovens de 18 e 19 anos, 40% envolvem excesso de uso de álcool (Perthus, 2003; Benincasa & Rezende, 2006). No Brasil, dos 190.949 casos de Aids informados ao Ministério da Saúde (MS) entre os anos de 1980 a 2000, 18,6% foram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). A transmissão através do contato sanguíneo foi responsável por 39.740 casos e destes, 89,6% estão relacionados ao uso de drogas injetáveis. Considerando-se apenas os últimos anos, com a expressiva melhoria da qualidade dos bancos de sangue do país, pode-se imaginar o aumento da contaminação por UDI (Deslandes, 2000; Benincasa, Rezende & Coniaric, 2008). O aumento das violências, tanto doméstica (Rabello & Caldas, 2007) quanto social (Guimarães & Campos, 2007) está intimamente associado ao uso de drogas e seu tráfico. Pesquisas internacionais têm demonstrado que, além das psicopatologias apresentadas acima, o uso de substâncias psicoativas está relacionado, na juventude, com a delinquência (Ferigolo, 2004).

Vários estudos epidemiológicos vêm sendo feitos com o objetivo de conhecer a população e de fornecer subsídios para intervenções mais seguras e eficazes para a mudança destes índices. A seguir serão apresentados alguns destes estudos.

Baus, Kupek e Pires (2002), avaliando escolares da cidade de Florianópolis, verificaram elevado e preocupante uso de álcool na vida (apenas uma experiência) e freqüente (consumo igual ou superior a seis episódios nos últimos 30 dias). Em segundo lugar, com 40% de experimentadores e 9% de usuários freqüentes estava o tabaco. O uso freqüente de maconha e de anfetamina foi maior do que o dobro da média nacional e das outras capitais do Sul do País. O uso da cocaína/crack na vida mostrou uma associação muito forte ao uso

de alucinógenos e solventes. Os autores apontam que o consumo de cocaína parece estar relacionado à experimentação, paralelamente, de outras drogas.

Sengik e Scortegana (2008), avaliando o consumo de drogas em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (Brasil), contataram que as substâncias mais consumidas na vida foram as lícitas (álcool e tabaco). O consumo das outras drogas se apresentou da seguinte forma: maconha (10,7%), anfetaminas (7,3%), ansiolíticos (3,4%), solventes (2,2%), anabolizantes (1,7%), cocaína (1,7%) e alucinógenos (1,1%).

Tavares, Béria e Lima (2001), investigando o consumo de droga em estudantes de Pelotas (RS, Brasil), observaram que, da mesma forma como ocorreu nos outros estudos, álcool e tabaco foram as mais consumidas experimentalmente (86,8% e 41,0%, respectivamente), seguidas pela maconha (13,9%), solventes (11,6%), ansiolíticos (8,0%), anfetamina (4,3%) e cocaína (3,2%).

Soldera (2001), estudando o uso pesado de drogas (uso diariamente nos últimos 30 dias) em Campinas (SP, Brasil) entre adolescentes encontrou as seguintes resultados: álcool (11,9%), tabaco (11,7%), maconha (4,4%;), solventes (1,8%;), cocaína (1,4%;), medicamentos psicotrópicos (1,1%;), ecstasy (0,7%;).

Segundo informações obtidas por investigações realizadas pelo OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2005), o uso freqüente de drogas entre jovens brasileiros foi de álcool 38,3%, tabaco 18,4%, maconha 1,93%, solventes 0,29%, cocaína 0,24%, benzodiazepínicos 1,22%, estimulantes 0,16%.

Teixeira, Aliane, Ribeiro & Ronzani (2009), pesquisando escolares da cidade de Goianá (MG, Brasil), observaram que as cinco substâncias ilícitas mais consumidas na vida pelos adolescentes foram: solventes (11,1%), anfetaminas (2,9%), ansiolíticos (2,9%), maconha (2,7%) e alucinógenos (1,4%). Das drogas lícitas, o álcool foi a substância de maior relato de uso na vida, assim como ocorreu na maioria dos estudos encontrados (64,6%), seguido do tabaco (20,2%). Os solventes foram apontados como a substância ilícita mais utilizada no ano (7,5%), no mês (4,1%), uso freqüente (1,2%) e uso pesado (1,2%), se comparadas às demais substâncias.

Gonzáles, Cedeño, Penna, Caris, Delva & Antony (1999) investigando estudantes de escolas públicas e privadas do Panamá, encontraram os seguintes resultados para “uso na

vida”: álcool (41%), tabaco (11%); tranqüilizante (6.7%), inalantes (2.4%) e estimulantes (1.9%;).

Este consumo verificado pelas informações epidemiológicas pode ser apresentado de maneira global, como foi feito acima, ou através de algumas subdivisões como uso de droga relacionado ao gênero, às condições socioeconômicas, à idade e à série. Abaixo serão apresentadas algumas informações envolvendo tais características.

Quanto à diferença de gêneros, Galduroz et al. (2001) identificaram que a taxa de dependência de drogas psicotrópicas no Brasil, entre jovens de 12 a 17 anos, é de 52,2% dos adolescentes do gênero masculino e 44,7% do gênero feminino. As taxas de dependência de álcool, nesta mesma idade, são de 6,9% entre os meninos e 3,5% entre as meninas. Quanto ao uso na vida de maconha, verificou-se que 3,4% da população masculina e 3,6% da população feminina já experimentou. Os dependentes desta droga são 0,9% do sexo masculino e 0,4% do sexo feminino (Galduroz et al. 2001). O consumo na vida de solventes indica ser feito por 3% do sexo masculino e 3,8% do sexo feminino. Quanto ao uso na vida de tabaco, observa-se 15,2% entre o gênero masculino e 16,2% entre o gênero feminino. Os dependentes de tabaco são 2,2% de ambos os gêneros (Galduroz et al. 2001). Estudos feitos com estudantes de 10 capitais brasileiras cursando o primeiro e o segundo graus das redes estaduais de ensino mostram que 65% dos estudantes do Rio Grande do Sul consomem álcool experimentalmente, 40% consomem tabaco, 15% consomem maconha, 13% solventes, 8% ansiolíticos, 7% anfetaminas e 4,5% cocaína (Ferigolo, 2004). Nos Estados Unidos, em pesquisas realizadas em escolas, foi verificado que 65% dos estudantes haviam fumado cigarros, 80% haviam consumido álcool, 23% haviam usado maconha e 10% haviam usado cocaína (Diego, 2003).

Em Florianópolis as diferenças entre os gêneros encontradas entre as estudantes do gênero feminino foram que há o dobro de risco de consumo de remédios para emagrecer e três vezes maior de tranqüilizantes. (Baus, Kupek & Pires, 2002). Sengik e Scortegana (2008) verificaram que em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, onde realizaram seus estudos, o uso de substâncias ilícitas, de modo geral, é maior entre sujeitos do gênero masculino. O uso de psicotrópicos sem orientação médica foi mais utilizado pelo gênero feminino, assim como ocorreu em Florianópolis.

Tavares, Béria e Lima (2001) observaram, em Pelotas, que as drogas lícitas (álcool e tabaco) não apresentaram diferenças significativas de consumo entre meninos e meninas. As drogas ilícitas, entretanto, foram consumidas de maneira mais intensa por estudantes do gênero masculino na seguinte ordem: maconha, solventes e cocaína. Por outro lado, os estudantes do gênero masculino mostraram um consumo cerca de 45% menor de ansiolíticos e anfetaminas, assim como demonstraram os estudos apresentados anteriormente.

Teixeira et al. (2009), com estudantes de Goianá (MG, Brasil), encontraram, em relação ao uso na vida: substâncias psicoativas ilícitas foram consumidas por 13,2% dos estudantes do sexo masculino e 16,3% dos estudantes do sexo feminino. As estudantes do sexo feminino apresentaram maior padrão de uso de substâncias psicoativas ilícitas na vida, no ano (pelo menos um consumo nos últimos 12 meses), no mês (pelo menos um consumo nos últimos 30 dias), uso frequente e no uso pesado, divergindo de alguns estudos apresentados acima. No Panamá (Gonzáles et al. 1999) a tendência foi de maior consumo entre os homens de todos os tipos de drogas.

A tendência ao maior consumo de anfetaminas por adolescentes do gênero feminino parece estar relacionada ao fácil acesso a esses medicamentos, já que essas drogas são consideradas lícitas, e aos padrões estéticos atuais divulgados pela mídia em todo mundo. Estes padrões tendem a privilegiar uma estética de magreza que, frequentemente é desejada por mulheres desta faixa etária (Baus, Kupek & Pires, 2002).

Por outro lado, parece estar havendo uma tendência de equilíbrio no consumo de drogas entre os gêneros, provavelmente associado às mudanças socioculturais, com a inserção da mulher no mercado de trabalho e a redefinição do papel da mulher na sociedade (Zenaide & Baldacci, 2006).

O presente estudo tem a intenção de conhecer a epidemiologia do consumo de drogas entre os estudantes do Ensino Médio de São Paulo e comparar com os resultados nacionais e internacionais. Outro objetivo deste estudo é conhecer as diferenças de consumo entre as idades dos adolescentes e as séries em que estão matriculados. A este respeito serão apresentadas algumas pesquisas a seguir.

Entre os estudos disponíveis foi frequente o aumento do consumo conforme o aumento da idade (Gonzáles et al. 1999; Baus, Kupek & Pires, 2002; Zenaide & Baldacci, 2006;

Barroso, Barbosa & Mendes, 2006, Teixeira et al. 2009). Baus, Kupek e Pires (2002) notaram este aumento especialmente no consumo de maconha e solvente, enquanto Zenaide e Baldacci (2006) observaram o mesmo aumento, principalmente, no uso na vida de maconha, tabaco e álcool. Tavares, Béria e Lima (2001) observaram um aumento linear das taxas, conforme o aumento da idade, estatisticamente significativo para álcool, tabaco, maconha, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína. Apesar de a maconha apresentar taxas de uso mais altas que os solventes neste estudo, ao estratificar a amostra por idade, verificou-se que entre as menores faixas etárias (10-12 e 13-15 anos) os solventes são mais consumidos. O uso de maconha superou o de solventes apenas entre os adolescentes mais velhos. De Micheli e Formigoni (2001) acrescentam que a defasagem escolar, de no mínimo um ano, aumentava em 4,4 vezes a chance de estes desenvolverem uma dependência grave.

Degenhardt et al. (2008) realizaram dezoito estudos em 17 países: três nas Américas (Colômbia, México e Estados Unidos), oito na Europa (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Ucrânia), quatro no Oriente Médio e África (Israel, Líbano, Nigéria e África do Sul), dois na Ásia (Japão e República Popular da China) e um na Oceania (Nova Zelândia). Os resultados apresentados referem-se apenas a porcentagem dos estudantes de 15 anos na frequência “uso na vida”. Embora os 17 países tenham sido avaliados, não foi possível coletar informações sobre todas as drogas como, por exemplo, o consumo de tabaco nos países Europeus. Abaixo será apresentada a Tabela 1, referente ao consumo de álcool, tabaco, maconha e cocaína nestes países.

Tabela 3 – Porcentagem de uso na vida de drogas entre adolescentes de 15 anos em países dos 5 continentes

Continente	País	Álcool	Tabaco	Maconha	Cocaína
América	Colômbia	57,4	12,3	2,9	0,8
	México	29,0	21,4	2,2	0,6
	USA	50,1	43,6	20,2	2,5
Europa	Bélgica	67,0	-	4,7	0,0
	França	68,2	-	15,3	0,0
	Alemanha	82,1	-	13,0	0,0
	Itália	44,9	-	3,3	0,0
	Holanda	59,6	-	7,0	0,0
	Espanha	52,8	-	8,5	0,1
	Ucrânia	39,3	4,6	1,3	-
Oriente Médio e África	Israel	15,2	8,9	0,3	0,0
	Líbano	24,3	18,0	0,4	-
	Nigéria	31,4	6,9	0,2	-
	África do Sul	9,4	11,0	1,6	-
Ásia	Japão	30,4	-	-	-
	China	31,7	15,2	-	-
Oceania	Nova Zelândia	74,1	-	26,8	0,1

Legenda: ■ Mais consumiram ■ Menos consumiram

Analisando o consumo de álcool, observa-se que o maior número de experimentadores ocorreu na Alemanha (82,1%), seguidos pela Nova Zelândia (74,1%). Os adolescentes que menos experimentaram estão na África do Sul (9,4%) e em Israel (15,2%). Quanto ao consumo de tabaco, o único país avaliado na Europa foi a Ucrânia, não sendo possível fazer comparações. Considerando os outros países, os maiores experimentadores foram os dos Estados Unidos (43,6%) e México (21,4%), e os menores da Ucrânia (4,6%) e da Nigéria (6,9%). Os estudantes que mais consumiram maconha residiam nos Estados Unidos (20,2%) e na França (15,3%). Os adolescentes dos Estados Unidos foram os que mais experimentaram cocaína (2,5%) enquanto nos outros países a porcentagem de uso na vida desta droga variou de 0,0% a 0,8%. Verificou-se, através desta

pesquisa, que os adolescentes dos Estados Unidos foram os que mais consumiram drogas, liderando a experimentação de tabaco, maconha e cocaína.

No presente estudo pretende-se verificar se o consumo de drogas distribuído por série e idade acompanha os resultados de frequência e de quantidade apontados pelos estudos nacionais e internacionais. Além disso, pretende conhecer a diferença de consumo entre as várias classes socioeconômicas existentes no Brasil. A seguir serão apresentados alguns estudos que contemplam tal diferenciação.

Os resultados de consumo apresentados pelas pesquisas epidemiologias citados anteriormente revelam que uma quantidade significativa de jovens de séries avançadas do ensino formal, ou seja, jovens estudados, envolvem-se em comportamentos de risco à saúde. Os dados colhidos pelos vários autores apontam, também, que em alguns casos os estudantes da rede particular de ensino apresentaram maiores prevalências de comportamentos de risco à saúde, comparados aos seus colegas da rede pública. Isto contraria o senso comum de que as escolas particulares seriam mais protegidas de certos problemas, como o uso de drogas ilícitas, de álcool e de tabaco, ou mesmo de comportamentos violentos (Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000).

Resultados apresentando este consumo mais intenso pela rede privada e classes mais altas vêm sendo observados por vários autores. Baus, Kupek e Pires (2002), em Florianópolis, verificaram que o uso de álcool mostrou-se fator de risco maior entre os alunos pertencentes às classes socioeconômicas mais altas. Dezontine et al. (2007), avaliando apenas adolescentes da rede privada, constataram que sua amostra consumia mais drogas (principalmente as lícitas) do que resultados de estudos com escolas públicas. O percentual de experimentadores de álcool chegou a ser 78% e de tabaco 65,8%. Teixeira et al. (2009), constataram que 59,5% dos não-usuários são pertencentes às classes sociais C, D e E e apenas 8% pertencia às classes A e B.

Nos estudos de Soldera (2001) e Soldera et al. (2004), a probabilidade do estudante da escola pública central fazer uso pesado de drogas foi 4,0 vezes maior que aquela da escola periférica. Estes resultados em classes socioeconômicas significam que as classes A e B têm duas vezes mais chances de consumir drogas do que os estudantes pertencentes às classes D e E.

Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) encontraram resultados semelhantes. Para os autores o consumo de drogas nas duas redes de ensino (particular e pública) apresentou diferenças significativas, ou seja, com uma proporção 2 a 4 vezes maior na amostra da rede privada para todas as substâncias e padrões de uso pesquisados, mesmo quando comparados os mesmos grupos etários.

De Micheli e Formigoni, encontraram resultados diferentes dos apresentados acima. As autoras, estudando uma amostra de 213 estudantes brasileiros classificados em três grupos de intensidade crescente de dependência/abuso, verificaram que a classe social média-baixa aumentava em 3,5 vezes a probabilidade destes indivíduos se tornarem abusadores ou dependentes de drogas e, a defasagem escolar, de no mínimo um ano, aumentava em 4,4 vezes a chance destes desenvolverem uma dependência grave. Soldera et al. (2004), refletem que é de se pressupor que nas regiões periféricas das grandes cidades brasileiras, onde a mortalidade por causas violentas e o tráfico de drogas são mais intensos, haveria também um consumo igualmente mais intenso. Porém, alguns estudos indicam o caminho contrário.

Haider (2008), avaliando as diferenças socioeconômicas no uso de drogas, revela que são poucas as pesquisas que abordam esse tema e, quando abordam, frequentemente não são claras e pecam pela pouca profundidade. Ao pesquisar este tema na literatura, o autor encontrou um número pequeno de referências abordando as classes socioeconômicas.

Baus, Kupek e Pires (2002) refletindo sobre as diferenças de classes no consumo de substâncias psicoativas sugerem que determinantes econômicos e culturais possam estar relacionados à profusão de festas entre jovens com excessiva quantidade de álcool disponível. Eventos como estes facilitam a experimentação, o uso e o abuso desta substância. Além disso, o preço associado às festas desse tipo e a fartura de bebida podem se constituir em um fator que favoreça o consumo daqueles pertencentes às classes mais abastadas.

No presente estudo pretende-se avaliar o consumo de drogas entre as classes socioeconômicas de estudantes paulistanos e comparar estes resultados com os encontrados pelos estudos nacionais e internacionais. Como pode ser visto, há divergência entre os pesquisadores sobre quais classes consomem mais substâncias. Além disso, observar como este uso se processa nas várias regiões de São Paulo pode contribuir para compreender

melhor as diferenças entre as classes e fornecer subsídios para intervenções locais, com características de consumo particulares a cada região.

A análise das regiões está intimamente ligada à análise das classes socioeconômicas, pois há uma tendência das classes mais nobres se instalarem próximas ao centro e as mais desfavorecidas na periferia. No entanto, vale apresentar alguns argumentos que ratificam estas desigualdades. São Paulo, é a sexta maior cidade do planeta e sua região metropolitana possui uma densidade populacional de, aproximadamente, 7,15 mil habitantes por quilômetro quadrado. Maior cidade do Brasil, das Américas e de todo o hemisfério Sul. Com este cenário, acrescentando o fato de pretencer a um país em desenvolvimento, contribui para que haja variações culturais, sociais, educacionais, entre outras, em seu vasto território. Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004) apontam que os resultados são escassos, mas indicam haver características regionais quanto ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Estas diferenças regionais, e a necessidade de intervenção também diferenciada, impõem a necessidade de implementação de programas localizados em contextos estratégicos voltados a reduzir os riscos envolvidos no consumo de drogas por aquela população. Vários exemplos poderiam ser apresentados, no entanto, optou-se por apresentar apenas um, que é uma parceria da Universidade Federal de São Paulo com a Prefeitura do Município. Trata-se do CUIDA (Centro Utilitário de Intervenção e Apoio a Filhos de Dependentes Químicos), que está instalado no Jardim Ângela, periferia de São Paulo, região com alto índice de desemprego, violência, consumo de substâncias psicoativas e tráfico de drogas. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador empregado pela ONU para medir a qualidade de vida, atesta que o Jardim Ângela ocupa a 91ª posição (Figlie et al., 2004).

Exemplos como esse apontam a necessidade de avaliar as características de cada região para poder intervir de forma particularizada e eficaz e, dessa forma, reduzir o consumo, o abuso e a dependência de drogas. Por outro lado, é importante conhecer os fatores de risco e de proteção conhecidos para que toda e qualquer avaliação inclua um olhar atento para estes fatores.

Cavalcante, Alves e Barroso (2008) apontam que fatores de risco para uso de drogas entre adolescentes no Brasil são pouco pesquisados, sendo a maior parte das informações

disponíveis sobre esse assunto provenientes de estudos desenvolvidos internacionalmente. Além de fatores sociodemográficos (sexo, idade, classe social), como foram apresentados anteriormente, os autores indicam como fatores de risco: associação do uso de drogas com envolvimento dos pais ou algum familiar no consumo de álcool ou drogas; criação dos filhos sem a presença de ambos os pais; sentimento de ter recebido pouco apoio paterno e materno; envolvimento com amigos que usam drogas; não praticar nenhuma religião; não praticar esportes.

Costa e Valério (2008), descrevendo os fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas, apontam que tanto fatores internos (como ansiedade, genéticos, raiva, depressão, tédio, dor, frustração, fadiga, solidão, fome, inexistência de repertórios alternativos, estilo de personalidade, baixa autoestima, entre outros) quanto externos (modelo familiar de abuso de drogas, experiências iniciais de vida significativas, pressão social, conflitos interpessoais, situações difíceis e incontroláveis), podem constituir riscos para o consumo de drogas.

Os fatores de risco e de proteção aos prejuízos à saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas, particularmente da dependência e do abuso, têm sido apontados e pesquisados por alguns autores atualmente, sendo reconhecidos como temas de estudo de utilidade indiscutível, sobretudo para o trabalho de prevenção, mas, também no tratamento (Toscano Jr., 2001).

Em revisão realizada por Simkin (2002) sobre o tema, foram encontrados como fatores de risco:

- 1) sociocultural: a) maior permissividade social, b) disponibilidade maior de droga, c) grande privação econômica, d) morar na favela;
- 2) interpessoal: a) durante a infância – história familiar de uso/abuso de álcool e de droga, relações familiares pobres e inconsistentes e presença de abuso físico; b) durante a adolescência – situações estressantes que antecedem o consumo (como algum tipo de mudança, por exemplo), conflitos familiares ou de ordem sexual, sentimento de ser rejeitado(a) por seus pares na escola ou em outros contextos sociais, associação com usuários de drogas;

- 3) psicocomportamental: problema de conduta precoce e persistente, fracasso escolar, vínculo inconsistente com a escola, comprometimento ocupacional, transtorno de personalidade antissocial, outras psicopatologias, receptividade para drogas, intolerância na espera de gratificação;
- 4) biogenético: tendência genética para dependência química e vulnerabilidade psicofisiológica aos efeitos das drogas.

Por outro lado, o estudo descreve alguns fatores de proteção: estabilidade ambiental, grau intenso de motivação, forte vínculo familiar, supervisão, disciplina e atenção por parte dos pais, estabelecimento de relações com instituições e associações de não-usuários.

Sanches, Oliveira e Nappo (2005), observaram que, mesmo em ambientes pobres e com poucos recursos, permeados pelo tráfico de drogas e pela violência por ele gerado, foi possível encontrar jovens que nunca haviam feito o uso de drogas psicotrópicas. A postura destes jovens foi influenciada, segundo eles, por aspectos como a disponibilidade de informações adquiridas por diálogos e observação acerca do consumo de drogas e suas complicações, e boa interação familiar, decorrente do respeito e solicitude especialmente pela figura materna.

Os estudos sobre fatores de risco e de proteção, como os apontados anteriormente, vêm mostrando que a família, os amigos, a religião e a prática de esportes, entre outros, podem se constituir em fatores de risco ou fatores de proteção, dependendo de como se apresentam na vida de cada indivíduo. Abaixo serão apresentados alguns estudos sobre cada um destes aspectos, para refletir como podem influenciar positiva ou negativamente o indivíduo.

Broecker e Jou (2007) apontam que, dentre os inúmeros fatores de risco para a dependência química, a família, ou, mais precisamente, as atitudes dos pais para com os filhos com o objetivo de educá-los, têm demonstrado ser um aspecto passível de intervenção, principalmente ao ser considerada a prevenção. Dessa forma, é importante olhar de maneira mais acurada para o sistema familiar, visando à compreensão dos fenômenos que ocorrem naquele meio e buscando entender de que forma a família pode assumir o papel de protetora ou de facilitadora dos comportamentos de risco dos filhos, inclusive do uso e do abuso de drogas e, até mesmo, uma possível dependência.

Para Gonzáles (2001), os atuais programas de tratamento, sistematicamente, têm se envolvido em treinamentos de habilidade nas relações familiares. Estes programas demonstram que a prevenção familiar ao consumo de drogas pode melhorar significativamente a conduta dos pais, dos filhos, bem como o funcionamento familiar como um todo. Ao refletir sobre a dinâmica familiar e intervir nestas relações, segundo o autor, vem se percebendo melhoras na comunicação e na organização familiar, nos conflitos familiares, nas relações entre pais e filhos e na transmissão de normas.

Poletto e Koller (2008) apontam que, independentemente dos microsistemas nos quais as pessoas estejam ou vivam (família, instituição ou escola), o seu desenvolvimento psicológico saudável depende, principalmente, da existência de interações entre pessoas. Estas interações, porém, precisam ter um saldo maior de sentimentos afetivos positivos, de reciprocidade e de equilíbrio de poder. Zimmermann-Tansella et al. (1988) acrescentam que relações abusivas ou negligentes, baseadas em estereótipos e/ou concepções idealizadas, tendem a ser encontradas na maioria das instituições educativas, ou seja, na família e na escola.

Soldera et al. (2004) mostram que, seja qual for o contexto em que o adolescente esteja inserido (família, instituição ou escola), este pode se configurar como risco ou proteção à saúde e ao envolvimento com substâncias psicoativas. Definir qual o papel deste contexto na vida do indivíduo vai depender da qualidade das relações e da presença ou da ausência de afetividade e reciprocidade que tais meios propiciarem. Quando houver relações positivas, certamente haverá a possibilidade de se acionarem processos de proteção e resiliência que favoreçam a melhoria da qualidade de vida, da saúde e a adaptação das pessoas e da sociedade.

Baus, Kupek e Pires (2002) afirmam que a adversidade familiar precede o aparecimento do uso/abuso/dependência de substâncias e que os conflitos familiares frequentes na primeira infância aumentam a chance de abuso de substâncias e a associação a colegas delinquentes no período da adolescência. Os autores acrescentam que as condições afetivas e conflitivas de um ambiente familiar podem conter características que propiciem à produção de estados emocionais altamente ansiógenos e estressantes na criança e no adolescente. Estes estados emocionais podem favorecer o uso de drogas. A natureza, a qualidade e a quantidade dos efeitos (positivos ou negativos) existentes nos conflitos

familiares dependerão de variáveis altamente complexas: natureza, qualidade e duração do vínculo entre os pais, e com cada um dos pais, e as mudanças afetivas e relacionais que estes conflitos podem gerar. Catalano et al. (1992) acrescentam que, dependendo do manejo familiar, das formas de se relacionar com os conflitos e da quantidade de afeto, a família pode contribuir como fator de risco e de prevenção ao uso de drogas.

Hermos et al. (2009) refletem que adolescentes oriundos de famílias consideradas estruturadas e com bom relacionamento tanto entre os pais como entre pais e filhos, tendem a usar menos substâncias psicoativas do que os provenientes de famílias desestruturadas. Para Dezontine et al. (2007) a instabilidade emocional do adolescente, já característica da idade, é intensificada através de um ambiente conflitivo e com brigas conjugais, deixando-o mais vulnerável para o consumo de droga. Soldera et al. (2004), em sua pesquisa com adolescentes, encontraram menor uso pesado de drogas em estudantes que se sentiam apoiados e compreendidos pela família. Soldera (2001), ainda avaliando o grau de proteção envolvido no apoio que os pais dão aos filhos, encontrou como resultado que aquele que se sentia pouco apoiado pela família tinha 1,2 vezes mais chance de se tornar dependente do que aquele que se sentia muito apoiado pela família.

Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), ainda sobre a situação familiar, indicam que a presença apenas da mãe no domicílio do adolescente estava associada a um aumento de 22 vezes na chance deste ser dependente de substâncias psicoativas, quando comparado com adolescentes que viviam com pai e mãe. Os autores acrescentam que seus estudos apontaram que uma bagagem com traumas familiares, separações, brigas e agressões estavam diretamente associadas aos adolescentes com maior intensidade de dependência. O papel dos pais e do contexto familiar é importante no desenvolvimento do adolescente e, inclusive, na sua relação com álcool e drogas. Falta de suporte dos pais, uso de drogas pelos pais, atitudes permissivas dos pais perante o uso de drogas dos filhos, incapacidade de controlar o filho e indisciplina são fatores que predispõe tanto à iniciação quanto à manutenção do uso de drogas por parte dos adolescentes.

Cavaco, Jesus e Rezende (2010) encontraram resultados significativamente diferentes no estilo de vinculação com os pais. No grupo de toxicodependentes em tratamento, as respostas que indicavam proteção elevada como pouco carinho foram mais prevalentes do que no grupo controle. Neste, as respostas mais frequentes eram “ligação

ótima” (que significa carinho elevado e proteção baixa) e “controle com afeto” (proteção e carinho elevados).

Sengik e Scortegana (2008) revelam que a existência de diferenças não resolvidas entre os pais e entre pais e filhos trazem conflitos que podem atingir um ponto de confusão tanto insuportável quanto dificilmente superável. Envolvido nisso, o adolescente se sente absolutamente incapaz de resolver e de conviver inserido neste contexto. Sentindo-se inseguro tenta fugir deste ambiente e destes sentimentos e acaba optando por consumir algum tipo de substância.

Schenker e Minayo (2004) apontam que a maioria dos estudos envolvendo família e uso de substâncias por adolescentes contribuem para a compreensão de como a família está diretamente implicada no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros. Isso ocorre porque a família se constitui no elo que une seus integrantes às diversas esferas da sociedade.

Apesar dessa força familiar, estudos mostram que a prática de esportes pode influenciar na qualidade de vida e, com isso, na prevenção do uso de drogas. Alguns estudos estabeleceram essa associação entre uso de drogas e esporte e sugerem que as atividades físicas podem se tornar tanto fator de proteção como fator de risco ao uso de drogas.

Carvalho e Cotrim (1992) apontam que o consumo de drogas pelos adolescentes está, frequentemente, associado à falta do que fazer. A prática de exercícios físicos, o envolvimento em atividades de cunho artístico, religioso ou comunitário são, muitas vezes, vistas como importantes instrumentos para afastar jovens e crianças do contato com drogas. Além disso, segundo Dunn (2010), a atividade física e a prática de esportes têm sido constantemente consideradas como uma alternativa para incentivar o desenvolvimento e a manutenção de hábitos saudáveis e desestimular comportamentos de risco à saúde. No entanto, segundo Valenzuela et al. (2007), a literatura, até o presente momento, não tem confirmado a percepção de que este envolvimento com esportes e atividades físicas é um fator de proteção para comportamentos de risco, entre eles, uso de drogas. Além disso, segundo Dunn (2010), poucos estudos, até o presente momento, haviam pesquisado a relação entre atividade física e consumo de drogas entre estudantes e, os poucos que o faziam, geralmente, avaliavam a prática profissional e não recreacional do esporte.

Bigelow (2008) confirma que até o momento não havia interesse no assunto, no entanto, a relação entre atividade física e uso de drogas vem se tornando, de forma crescente, tema de pesquisas. Apesar deste interesse atual, os fatores de risco e de proteção envolvendo atividade física não foram totalmente investigados. Parece evidente para o autor que os fatores de risco estão mais relacionados com o sedentarismo e os fatores de proteção estão mais relacionados à atividade física. Apesar destes estudos recentes, ainda há muito que ser investigado a respeito da atividade física como um fator protetor ou um moderador para os comportamentos de risco à saúde.

Vários autores (Pires, 2002; Nunomura, Teixeira & Caruso, 2004; Werch et al. 2005; Valenzuela et al. 2007) afirmam que a atividade física pode contribuir positivamente na diminuição dos níveis de estresse e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida, no entanto, não associaram tais benefícios à proteção contra o consumo de drogas.

Rossi et al. (2009) afirmam que as tendências encontradas em seus estudos mostram um aumento de consumo tanto de maconha como de cocaína entre praticantes profissionais de alguns esportes. Os autores acrescentam que estes resultados são similares aos publicados pela Dirección Central de Servicios Antidroga (DCSA) sobre a evolução das drogas nos últimos dez anos na Itália, em que também se observou aumento do consumo destas duas drogas (maconha e cocaína).

Dunn (2010), selecionando 7.442 estudantes de 136 instituições americanas encontrou os seguintes resultados quanto ao uso de drogas nos últimos 30 dias: as meninas, consideradas muito ativas, tinham maior probabilidade de ter usado álcool durante um período de 30 dias e ter se embriagado, também, nos últimos 30 dias em comparação com indivíduos não-ativos. Entre os meninos, tanto indivíduos pouco ativos quanto os muito ativos apresentaram alta probabilidade de se embriagar, porém os mais ativos apresentaram maior frequência de consumo de álcool durante um período de 30 dias quando comparados com indivíduos pouco ativos. O autor conclui afirmando que, em sua pesquisa, os resultados indicam que a atividade física pode servir como um fator de proteção para o uso do cigarro, mas não de uso de álcool entre estudantes. Além disso, também avaliou atividades de lazer e verificou que, assim como ocorre com o álcool, as atividades de lazer não diminuem a probabilidade de beber.

Moore (2005), em sua pesquisa que também avaliava prática de esportes e uso de drogas entre adolescentes, identificou que não há uma associação consistente entre determinados esportes/atividades físicas e uso da substância. Em seu estudo, o autor associou alguns esportes e atividades físicas a um aumento da probabilidade de uso de substâncias, enquanto outros esportes foram associados com um risco diminuído do uso da substância. Além disso, as análises por gênero revelaram que tanto as práticas de exercícios associadas ao aumento de risco de uso de drogas, quanto os esportes que indicavam menos consumo, foram diferentes para meninos e meninas. Por exemplo, o voleibol, considerado pelo autor como uma atividade feminina, não esteve associado a uma menor probabilidade de uso de substâncias. Por outro lado, não houve padrão aparente de prática de esporte que tenha se associado a maior ou menor probabilidade de usar. O autor acredita que a redução dos riscos de uso está mais relacionada a fatores interpessoais, como valorizar a saúde, tendência a se envolver em riscos, rebeldia, auto-imagem, autoestima e sugestionabilidade. Fatores externos, tais como as normas do esporte, os rituais de iniciação, a seriedade dos pares e do treinador, o vínculo estabelecido com a atividade, o compromisso e o tempo exigidos para essa prática, a qualidade e a organização da estrutura onde se pratica o esporte, entre outros aspectos, tendem a contribuir tanto na escolha de usar ou não drogas, como na escolha de se dedicar ou não àquele esporte. O autor acredita ser muito difícil afirmar que a prática de esporte influencia ou não no uso de drogas.

Dunn (2010), por outro lado, em suas pesquisas observou que a atividade física em um nível recreacional mostrou ser um fator protetor para o uso regular de cigarros para meninos e meninas. Uma hipótese para esse resultado, segundo o autor, é de que o engajamento em atividades que promovam a saúde tenha efeito sobre seu comportamento em relação ao uso do cigarro. Parece plausível concluir que os indivíduos que valorizam os benefícios do exercício regular seriam menos propensos a fumar por causa dos efeitos que o cigarro tem sobre o coração e o funcionamento do pulmão, uma vez que o tabagismo pode limitar a habilidade de exercer atividade física de alto nível. Quanto ao consumo de álcool, Dunn (2010) encontrou resultados diferentes daqueles apresentados pelo uso de tabaco, ou seja, a participação em atividades físicas não oferece muita proteção em termos de uso de álcool e outras drogas. Os indivíduos que participaram de atividade física de lazer

demonstraram ser tão propensos ao consumo como aqueles que não praticam atividades e aqueles que praticam esportes de alto nível.

Farias Junior (2008) inseriu nesse tema as condições socioeconômicas dos adolescentes estudados. O autor coloca que os adolescentes que pertencem às famílias de classe socioeconômica mais baixa tendem a apresentar menos sedentarismo do que seus pares de classes mais privilegiadas. O autor sugere que pertencer às classes socioeconômicas menos privilegiadas condiciona a uma maior participação em algumas atividades físicas, embora ambas apresentem padrão similar de uso, apesar de preferências diferentes.

Outro fator que também é citado pelos autores como possível fator de proteção ao uso de drogas é a religião.

Panzini et al. (2007) relatam que, apesar da falta de um consenso sobre os conceitos, a literatura científica internacional e nacional tem mostrado a existência de relação entre espiritualidade ou religiosidade e qualidade de vida. Vários pesquisadores internacionais e nacionais, em grupo ou independentemente, têm se engajado em pesquisar esse tema. Estes autores e tantos outros vêm demonstrando o quanto a prática de uma religião interfere positivamente na vida das pessoas e, inclusive, previne algumas doenças. Contudo, será que a religião é também fator de proteção para o uso de drogas? Apesar de haver no senso comum a ideia de que a religião afasta o jovem das drogas (Amoateng & Bahr, 1986; Ministério da Saúde, 2004; Jill, Ram & Richard, 2007; Michalak, Trocki & Bond, 2007), as pesquisas vêm mostrando divergências a esse respeito. Por este motivo optou-se por incluir o tema neste estudo. A literatura vai mostrar como, e se, a religião atua como fator de risco e de proteção ao uso de droga e, posteriormente, esta relação será avaliada entre os adolescentes do Ensino Médio do município de São Paulo.

Dalgallarrondo et al. (2004) apontam que, de maneira geral, muitas são as variáveis relacionadas à religião estudadas em pesquisas sobre o uso de álcool e de drogas entre adolescentes. Acrescentam que, em seus estudos, os resultados mostram que quanto mais religioso o subgrupo de estudantes menor a frequência de uso pesado de droga. Além disso, ter tido uma educação religiosa na infância foi a resposta que mais frequentemente relacionou-se a um menor uso no mês, ou uso pesado das mais diferentes drogas.

Sanches (2006) identificou que a religião não promove apenas a abstinência do uso de substâncias psicoativa, mas, particularmente, oferece recursos sociais de reorganização: nova rede social de amizades, ocupação do tempo, prática de trabalhos voluntários, valorização das potencialidades individuais, coesão do grupo, apoio incondicional dos líderes religiosos e, em especial entre evangélicos, a formação de uma “nova família”. O autor acrescenta, ainda, que é inegável o papel positivo da fé desenvolvida através da religião no tratamento de drogas, porém, não afirma que esse papel tem a mesma intensidade na inibição do consumo experimental.

Continuando a investigação sobre as religiões e sua influência preventiva ao uso de drogas, Dalgalarondo et al. (2005) afirmam que o conjunto de normas e valores dos meios social, cultural e religioso de jovens evangélicos tem um efeito inibidor sobre o uso de álcool e outras drogas. Também chama a atenção para a menor frequência de casos psiquiátricos entre eles. É possível justificar este resultado através das características comuns a estas famílias de religiosidade marcante, ou seja, normas de conduta e estrutura de valores e comportamentos suficientemente claros para que possam ser seguidas. Em relação aos espíritas, a interpretação é um tanto mais difícil. Em estudo realizado pelos autores com 101 jovens espíritas de classe socioeconômica notadamente maior que a média, com predomínio moderado de mulheres, revelou maior uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas e uma pontuação mais alta na escala de sintomas psicopatológicos. Também tenderam a afirmar menor apoio familiar. Estes dados, segundo os próprios autores, afastam a possibilidade de explicar os resultados como decorrentes apenas de fatores socioeconômicos e de gênero. Acreditam ser lícito supor que algo no universo cultural desses jovens, como por exemplo, a religião, pode estar relacionado a esses achados. O melhor desempenho escolar, por exemplo, dos jovens espíritas provavelmente relaciona-se a serem oriundos de famílias com maior escolaridade e classes socioeconômicas mais altas.

Soldera et al. (2004) também verificaram a importância da dimensão religiosa em seus estudos. Os resultados revelaram um menor uso de drogas por aqueles que tiveram uma educação religiosa na infância. Os autores confirmam também neste estudo a relação de códigos morais implícitos nas religiões ao baixo consumo da maioria das drogas.

Soldera (2001) aponta que o número de quem teve educação pouco religiosa na infância supera em 1,7 vezes aquele que teve educação muito religiosa. Pires (2002)

verificou que entre os que não consomem drogas, mais de 90% da população revelou ter recebido orientação religiosa e, neste estudo, a religião católica foi a mais professada tanto na amostra total como nas escolas separadamente, seguindo-se da religião evangélica, principalmente na escola pública. Carvalho e Cotrim (1992) também verificaram que participar de atividades religiosas está relacionado a um menor uso de álcool e drogas. Dessa forma, é legítimo supor que tal resultado se justifique, não pela ocupação de tempo que tais atividades demandam, mas pelo código moral subjacente a grupos religiosos.

Outro fator de risco que poderia ser incluído neste capítulo é a própria adolescência. Apesar de no presente estudo um subcapítulo estar direcionado apenas ao tema adolescência, optou-se por incluí-lo aqui ressaltando aspectos relacionados ao uso de substâncias psicoativas pelos autores. Este período da vida é considerado como o período de maiores chances para o início do consumo de drogas ou, pelo menos, por se tratar de um período de transição, os coloca mais vulneráveis a riscos como, por exemplo, o de consumir drogas (Sanchez & Nappo, 2002). Vários autores participam dessa afirmação quando identificam a faixa etária do início do uso de drogas dentro deste período de desenvolvimento, ou seja, entre 10 e 19 anos (De Micheli & Formigoni, 2001; Sanchez & Nappo, 2002), sendo que, entre estudantes brasileiros, este início de consumo ocorreria principalmente entre 10 e 12 anos (Galduróz et al., 2004).

Ao discutir quais características da adolescência podem contribuir como fatores de risco para o consumo de drogas, parece que há um consenso na literatura. Entre os fatores externos para a experimentação de substâncias psicoativas verifica-se a curiosidade natural do adolescente, a opinião de amigos e a facilidade de obtenção de drogas. O modismo parece ser um aspecto importante ao analisar as influências do meio, pelo fato de a moda participar da vida do sujeito na escolha de seu próprio estilo de vida, que será definido durante este período específico. A moda interfere nas escolhas dos modelos a serem seguidos, nas escolhas dos ídolos, das opções de consumo, dos valores da turma, etc. Outras características comuns da adolescência como impulsividade, baixa autoestima, oscilações de humor, entre outras, estão relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas (Pechansky, Szobot & Scivoletto, 2004).

Outro fator que pode se apresentar tanto de risco como de proteção é a relação com os amigos. Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004) afirmam que a experimentação ocorre

pelo fato de o adolescente estar envolvido com amigos que usam drogas, gerando uma pressão deste grupo no sentido do uso. Estes e outros autores ressaltam, ainda que, valores, intimidade, sentir que fazem parte de um grupo, sentir calor humano e ter amigos com bom desempenho escolar também podem ser um importante elemento na prevenção do uso de substâncias psicoativas. Os autores também descrevem a potencialidade de que retroalimentações possam acontecer entre o uso de drogas pelos pares e o uso pessoal de drogas: estudantes que estão usando drogas têm mais chance de estarem associados a adolescentes que também usam drogas e essa associação, por sua vez, aumenta a probabilidade de que eles mantenham e incrementem o seu envolvimento com drogas.

Verifica-se, através dos estudos apresentados, que as drogas mais consumidas são as lícitas, principalmente tabaco e álcool. No entanto, apesar dos elevados índices de uso de tabaco apresentados por várias pesquisas, nota-se, nos últimos anos, uma queda vertiginosa em vários lugares do mundo, onde existem campanhas anti-fumo. No Brasil verifica-se, através dos resultados do inquérito nacional, redução do consumo anual per capita de tabaco entre 1980 e 2004 (Cavalcante, 2005). Com isso, a droga que mantém um consumo excessivamente alto é o álcool, que merece cuidado especial na análise dos resultados e, posteriormente, em alternativas de intervenção.

O consumo de álcool entre adolescentes é um tema controverso tanto na sociedade brasileira como no meio acadêmico. Se, por um lado, a lei brasileira define como proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996), por outro, é prática comum o consumo de álcool pelos jovens, seja no ambiente domiciliar, em situações de lazer ou mesmo em ambientes públicos. A sociedade, de maneira geral, adota atitudes conflitantes frente ao tema. Ao mesmo tempo em que condena o abuso de álcool por adolescentes, por outro lado, é excessivamente permissiva ao estímulo do consumo por meio da propaganda (Pechansky, Szobot & Scivoletto, 2004; Cavalcante, Alves & Barroso, 2008).

Vários estudos vêm demonstrando, como foi dito anteriormente, que as drogas mais usadas são o tabaco e o álcool. Segundo Fonseca (2002), o álcool ficou em primeiro lugar, com índice de consumo superior a 65% entre os estudantes pesquisados. Apesar desta droga ser de consumo legal, aceito pela sociedade e bastante incentivada pela propaganda, seu abuso provoca alterações comportamentais muito perigosas. Tais alterações podem

ocasionar graves acidentes e atos agressivos. Além disso, provoca, ainda, alterações de raciocínio, de visão, de fala e de coordenação motora. No estudo de Vieira et al. (2008), o álcool também se apresentou como a droga de maior prevalência, tanto no uso na vida, como nos últimos trinta dias. A crença de que consumir bebida alcoólica não significa ingerir droga contribui para o estímulo e o incentivo ao uso e abuso desta substância, não só durante a adolescência, como em todas as faixas etárias.

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumidas pelos adolescentes. Vários estudos, nacionais e internacionais frequentemente e de forma consistente confirmam a impressão de que o álcool, além de ser uma droga de fácil acesso está abertamente inserido na mídia através da propaganda. Estes aspectos refletem em seu uso precoce, indiscriminado e disseminado (Pechansky, Szobot & Scivoletto, 2004). Sanceverino e Abreu (2003) acrescentam que é comum o adolescente iniciar suas experiências de consumo de drogas com as drogas lícitas, especialmente o álcool, em ambientes familiares em que há essa permissividade.

O álcool, embora seja uma droga consumida legalmente, representa, atualmente, um sério e grave problema de saúde pública. Seu uso exagerado em quase todas as faixas etárias pode promover conseqüências danosas tanto para o indivíduo quanto para a sociedade em geral. Seu uso/abuso está associado à violência, tanto doméstica quanto geral, acidentes automobilísticos, prática sexual desprotegida, entre outros danos (DEZONTINE et al., 2007). Sanceverino e Abreu (2003) acrescentam que o uso abusivo de álcool expõe as pessoas a maiores índices de agressões, principalmente a doméstica, realizada contra as mulheres e crianças.

Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004) apontam que há uma tendência a alterar este quadro e reduzir o consumo desta substância. Segundo os autores, existe, atualmente, um movimento no sentido do consumo responsável, com campanhas na mídia associando o uso de álcool ao consumo com moderação ou à prevenção de acidentes automobilísticos. Paralelamente a isso, devem ser consideradas as iniciativas do CONAR (Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária) no sentido de regulamentar as propagandas direcionadas aos jovens.

Carlini-Cotrim, Gazal-Filho e Gouveia (2000) apontam que a maior parte das informações brasileiras sobre envolvimento de adolescentes com as drogas provém de

estudantes que freqüentam escolas públicas, em função de tendência natural das autoridades públicas de oferecerem espaços para este tipo de pesquisa. Por outro lado, é histórica a resistência dos estabelecimentos particulares de ensino em autorizar atividades de investigação entre seus estudantes. Essa realidade acaba por fornecer uma visão parcial da condição dos jovens estudantes em relação às drogas, na qual a classe média e a alta não aparecem representadas.

Além da limitação apresentada acima, outra que precisa ser lembrada em estudos sobre drogas é em relação ao instrumento utilizado. Apesar de ser um questionário padronizado e testado amplamente no país, é necessário interpretar com cautela os dados apresentados no presente estudo. Baus, Kupek e Pires (2002) relatam que não é impossível que alguns estudantes não tenham revelado o consumo de drogas, particularmente das ilícitas, por desconfiança nas autoridades escolares, autocensura, engano de memória, sentimento de culpa ou outros sentimentos inibitivos. Nesse contexto, segundo os autores, as prevalências de consumo de substâncias psicoativas podem ser interpretadas apenas como estimativas.

Considerando os estudos apresentados sobre uso de droga na adolescência, Baus, Kupek e Pires (2002) observaram que os riscos associados ao consumo dependem do tipo da droga em questão. Os programas de prevenção, segundo os autores, devem levar em conta as particularidades da população em que se pretende intervir para que tais programas sejam mais eficazes. Os autores apontam que, primeiramente, é imprescindível apresentar um número maior de informações sobre os efeitos prejudiciais do consumo de drogas. Além disso, estas informações devem ser apresentadas em uma linguagem apropriada à faixa etária, às condições sociais e culturais, ao nível de escolarização, etc.

Sudbrack e Cestari (2005) afirmam que o consumo de droga não pode ser explicado nem visto como uma relação linear de causa e efeito. Os autores apontam a necessidade de se observar este fenômeno através de um número complexo de variáveis que se relacionam entre si e transformam cada caso em um caso particular e singular. O fenômeno do uso cada vez mais intenso de drogas também não pode ser visto como uma forma de delinquência e muito menos como tendo causas apenas origens orgânicas ou sociais. Todo o contexto deste adolescente deve ser avaliado, não excluindo sua família e as relações ali inseridas, seus amigos e a escola onde passa grande parte do seu tempo.

Os alunos que já consomem substâncias psicoativas, particularmente aqueles fazem uso freqüente, deveriam ser integrados a um programa de recuperação que ofereça um trabalho multidisciplinar que vise à redução do consumo (Baus, Kupek & Pires, 2002). Silva et al. (2006) acrescentam que, ao identificar os grupos mais expostos a estes riscos, como estudantes que não praticam religião e os que têm rendas familiares mais elevadas, deve-se proporcionar uma estratégia de conscientização e de prevenção dirigida a esta população especificamente. Medidas mais particularizadas, segundo os autores, tendem a ser mais eficientes.

Assis e Constantino (2005) informam que os novos modelos de programas de prevenção realizados atualmente com crianças e jovens, são voltados, principalmente, a indivíduos que infringiram a lei, ou seja, o foco do programa é a prevenção secundária e terciária. A prevenção primária, embora menos utilizada, torna-se cada vez mais necessária não apenas para evitar ou postergar a experimentação, como também para reduzir os agravos associados ao álcool, como a violência, por exemplo.

Trabalhar com esta população, no intuito de prevenir o abuso e promover a saúde, exige um conjunto de ações específicas que envolvam melhorias nas condições gerais da vida daquela população (Pratta & Santos, 2009). Segundo Gaevard et al. (2004), apesar da aparente quantidade de informações sobre drogas veiculadas na mídia e fornecidas para as escolas, os estudantes das Escolas Públicas demonstram carecer de informações a respeito dos mecanismos de ação das drogas e das conseqüências físicas e psicológicas do seu uso.

Para se criar estratégias de intervenção é preciso que os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, cuidadores e promotores da saúde, se aproximem da realidade destes jovens com o intuito de conhecer o problema e auxiliar na elaboração de políticas públicas e programas de prevenção ao uso e abuso de drogas e álcool, visando, prioritariamente, a promoção da saúde e o aumento da qualidade de vida da população (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008).

Segundo a ONU (2006), a compreensão desta problemática tem levado a insistir na importância de se definir como prioridade a prevenção integral como estratégia. Esta estratégia deve ser entendida como um conjunto de esforços que tem como objetivo o desenvolvimento humano. Neste sentido, os esforços preventivos devem realçar os fatores

de proteção e focar a redução dos fatores de risco e, um dos lugares mais propícios para a execução desta estratégia é o ambiente escolar.

Barroso, Barbosa e Mendes (2006), analisando os autores que abordam o tema prevenção ao uso de drogas, relatam que conceitos distintos na história serviram como subsídios para elaboração e implantação destes programas. Essas diferenças permitem observar a existência fases distintas na implementação de tais programas. Na primeira fase, entre as décadas de 1960 e 1970, os programas de prevenção enfatizavam o conhecimento sobre as drogas, seus efeitos e conseqüências de seu uso. No decorrer da segunda fase, entre 1970 e 1980, implantava-se programas chamados afetivos. Nestes programas a ênfase era dada na elucidação de valores e no desenvolvimento da autoestima. Durante a terceira fase, com início em 1980 e que se estende até hoje observa-se o “Modelo de Influência Social”, realizados em instituições de ensino. Este modelo, na maneira que tem surtido efeito nos dias atuais, inclui o “Desenvolvimento de Competências Pessoais”. Nesta abordagem, o consumo de drogas é compreendido com um comportamento funcional, aprendido socialmente e resultado da interação de fatores tanto sociais como pessoais. O comportamento é aprendido através da imitação e do reforço e é influenciado pelas condições intelectuais, crenças e expectativas acerca das drogas. Para Barroso, Barbosa e Mendes (2006, p.34), a implantação e o desenvolvimento de programas desse tipo nas escolas têm surtido efeitos positivos.

Souza (1995), em seus estudos com adictos à maconha e à cocaína, relata que a amostra apresentou, desde a infância, dificuldades no cumprimento de exigências escolares, problemas na adequação do comportamento às exigências ambientais, reprovações, desinteresse pelo estudo, etc. Acrescenta, ainda, que crianças que demonstram estas características podem indicar necessidade de atenção e um trabalho de prevenção poderia contribuir para um melhor desempenho escolar no futuro.

Fonseca (2002) aponta que a escola é o espaço concreto onde crianças, adolescentes e adultos jovens permanecem metade de suas vidas. É preciso, pois, conhecimento e compreensão das origens do problema. Para tanto, são necessárias avaliações sistemáticas e confiáveis que indiquem a magnitude do consumo de drogas e, também, identifiquem os fatores de risco, de proteção e os grupos afetados. Tais levantamentos devem permitir,

ainda, a realização de diagnósticos que contribuam para a elaboração e a execução de políticas públicas que respondam à demanda gerada pelo uso e abuso de drogas.

Os estudos, de maneira geral, revelam uma complexa influência da família, do grupo de amigos, da escola e dos hábitos na manifestação do uso abusivo de drogas, durante o período da adolescência. Percebe-se, com isso, que a questão das drogas invade múltiplos contextos que, conforme bem apontam os autores dos estudos apresentados, têm de ser envolvidos na abordagem do jovem, com as particularidades deste indivíduo (Schenker & Minayo, 2004).

O consumo e o abuso de drogas por estudantes, segundo Sanches, Oliveira e Nappo (2004), podem ser evitados mesmo nos ambientes caracterizados pelo excesso de fatores de risco, como pode ser observado em favelas e arredores, onde há uma forte influência das regras do tráfico. A prevenção, nestes casos, pode ser facilitada pela presença de fatores de proteção à vida e à saúde dos indivíduos que ali vivem, ou seja, introduzir ou detectar aspectos de grande valia que possam influenciar no não-uso de drogas. Alguns destes aspectos são a estrutura familiar, a prática religiosa, a disponibilidade de informações sobre drogas, efeitos, dependência e suas conseqüências e o estabelecimento de perspectivas de futuro.

O presente estudo pretende avaliar os jovens paulistanos e oferecer a particularidade das regiões, das classes sociais, da idade, do gênero e da qualidade de vida para que, em posse destas informações, as autoridades possam elaborar estratégias de prevenção ao uso de drogas, educação para o uso de drogas e promoção da saúde da população.

1.4. Avaliação Intelectual

Neste trabalho optou-se por introduzir um teste de avaliação cognitiva por três motivos. Um deles é a possibilidade de relacionar este resultado aos demais oferecidos pelo estudo (qualidade de vida e uso de drogas) de modo a obter uma visão mais global do participante. Em segundo lugar, por se tratar de uma amostra representativa de estudantes do Ensino Médio do município de São Paulo, a verificação do potencial intelectual nas mais diferentes classes sócio-econômicas, idades e gênero poderia enriquecer os resultados deste estudo. Por fim, conhecer as condições intelectuais destes adolescentes permite saber

o quanto estão capacitados para ouvirem e entenderem informações que possam contribuir para ações preventivas.

As várias formas de avaliar a inteligência, no Brasil e no mundo, surgiram na tentativa de esclarecer e organizar um conjunto complexo de fenômenos que variam de indivíduo para indivíduo. Alguns destes fenômenos são: adaptar-se ao meio ambiente, compreender idéias complexas, raciocinar de diferentes formas, aprender com a experiência e superar obstáculos com o auxílio do pensamento (Heck, Yates, Poggere, Tosi, Bandeira e Trentini, 2009; Cunha, 2000). Avaliar a inteligência ou as capacidades cognitivas, entretanto, tem a sua história associada às necessidades sociais de explicação do comportamento humano, e às necessidades educacionais, ligadas a melhoria do rendimento escolar dos alunos (Andriola, 1997).

Cunha (2000) assinala que apesar dos instrumentos não medirem tudo o que profissionais desejam, a avaliação cognitiva é feita, geralmente, para se ter uma idéia da possibilidade de êxito daquele indivíduo, tanto do ponto de vista ocupacional quanto acadêmico e, para este fim, os instrumentos disponíveis são recomendados. Para Almeida, Lemos, Guisande e Primi (2008) um desenvolvimento cognitivo mais lento pode indicar dificuldade na aprendizagem, principalmente, de conteúdos mais abstratos e complexos.

Entre os vários instrumentos para avaliação cognitiva, existem algumas escalas normatizadas, adaptadas e validadas para a população brasileira. As baterias de avaliação de inteligência mais conhecidas e bastante utilizadas são as Escalas Wechsler – Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III) e Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III). A aplicação destes testes dura em média de 90 à 120 minutos (Heck et al., 2009). Para este estudo, por não ser possível dispor deste tempo, foi necessário buscar um instrumento que fosse de aplicação rápida.

Ao se referir às escalas Wechsler, Gomes (2000 p. 279) aponta que a avaliação da inteligência é muito complexa abrangendo várias capacidades como: condições emocionais, habilidade espacial, raciocínio numérico, raciocínio verbal, entre outros. Para Andriola (1997), “o raciocínio é um mecanismo cognitivo usado para solucionar problemas (simples ou complexos), em suas mais diferentes formas e conteúdos (verbal, numérico, espacial, abstrato e mecânico) através de seus componentes relacionais (de descoberta e de

aplicação”. O autor acrescenta que o raciocínio verbal refere-se à capacidade cognitiva usada na resolução de problemas compostos, prioritariamente, por símbolos verbais.

Fonseca (2003), responsável pela padronização do teste de raciocínio verbal utilizado neste estudo, relata que avaliar aptidão verbal tem sido muito comum na maioria das baterias de aptidões específicas. Para a autora estes instrumentos avaliam: bom nível de compreensão verbal, capacidade de abstração, generalização e reflexão verbal. Acrescenta ainda que, para resolver algum problema é necessário traduzi-lo e interpretá-lo. Tendo em vista os comportamentos avaliados por este teste considerou-se que ele poderia ser útil nessa pesquisa.

O instrumento de avaliação intelectual escolhido para este estudo foi o teste de Raciocínio Verbal que emprega como estímulo provérbios. Cunha (2000), referindo-se aos testes de provérbios no WAIS-R relata que a análise SOS mesmos indica as condições do pensamento abstrato e exige boa capacidade na resolução de problemas. Bons rendimentos nos itens de provérbios mostram que o indivíduo é capaz de formar conceitos, lidar com metáforas, se expressar e captar idéias. Conhecendo a amplitude de informações fornecidas por um teste de provérbios buscou-se qual, dos existentes no mercado, poderia ser aplicado em até 50 minutos.

O teste de raciocínio verbal foi escolhido neste estudo pela necessidade de obter um panorama geral das condições cognitivas dos adolescentes avaliados. Não se pretendeu uma avaliação intelectual profunda e, sim, uma espécie de triagem que pudesse integrar esta avaliação às outras realizadas (qualidade de vida, uso de drogas, condições sócio-econômicas) e oferecer uma idéia geral sobre o estudante do Ensino Médio do município de São Paulo.

Tendo em vista a influencia das variáveis sócio-econômicas e de escolarização sobre a inteligência, o teste de raciocínio verbal permite verificar qual o potencial intelectual nas várias regiões e escolas de São Paulo e se existe relação entre o Raciocínio Verbal, qualidade de vida e uso de drogas

Vargas (2009), também se referindo, também as diferenças de classes e condições gerais dos indivíduos, aponta que tais diferenças influenciam no destino acadêmico de cada indivíduo. Para o autor, o “capital cultural” adquirido no contexto social em que o sujeito vive, é responsável pela perpetuação das diferenças de classes e é reproduzido pela escola

inserida neste contexto. Ou seja, segundo este autor, o mérito pessoal está em segundo plano ao considerar o sucesso ou o fracasso escolar e, o meio em que o sujeito está inserido e o capital cultural adquirido, são fundamentais para determinar seu futuro escolar.

Quanto à avaliação da inteligência, Almeida et al. (2008) ressaltam que, nas habilidades cognitivas os parâmetros normativos obtidos a partir da série em que o indivíduo se encontra permite a comparação entre condições gerais de inteligência. Os autores acrescentam que os alunos que repetiram o ano podem, por diversos motivos, ter sido pouco estimulados ou ter estado pouco permeáveis às estimulações da escola e, com isso, seu desempenho acadêmico e desenvolvimento cognitivo ficou comprometido.

Outro aspecto que deve ser considerado na diferenciação entre os indivíduos avaliados é o Regime de Progressão Continuada implantado em São Paulo em 1998. Para Poliche (2006), este regime tem como principal fundamento a organização do currículo em ciclos de estudo, podendo garantir ao aluno uma aprendizagem contínua reduzindo a evasão escolar e a repetência. Contudo, esta proposta está envolvida por dúvidas de implantação em todos os níveis (diretores, professores, alunos, etc.). A falta de compreensão e dificuldades na implantação deste Regime promove uma deficiência no processo ensino-aprendizagem, devendo refletir nas condições intelectuais dos alunos. Um exemplo disso, apresentado pela autora, é quando o aluno é promovido para a série seguinte não tendo rendimento mínimo que justifique esta promoção. Além disso, como os alunos sabem que serão promovidos, deixam de estudar e ficam desmotivados.

Genari (2006), a respeito desta desmotivação do aluno enfatiza que esta interfere, diretamente, no desempenho escolar e o aparente baixo potencial cognitivo pode estar ligado à pouca motivação para a atividade e para o estudo. Com isso, conhecer o potencial cognitivo dos alunos do EM do município de São Paulo, integrado à outras avaliações propostas neste estudo, pode contribuir com ações e intervenções voltadas para a motivação de melhor desempenho destes estudantes.

1.5. Resiliência

O conceito de resiliência, utilizado neste estudo e em vários outros das Ciências Humanas e Biológicas, tem suas origens na Física e na Engenharia (Barreira & Nakamura,

2006; Combs, Luthans e Griffith, 2009; Noronha, Cardoso, Moraes e Centa, 2009). Um dos precursores no uso deste termo foi o cientista inglês, Thomas Young em 1807. Em seu experimento com barras de ferro, buscando a relação entre a força aplicada na matéria (através de pressão e compressão) e sua deformação, verificou a propriedade de recuperação dessa matéria (Pinheiro, 2004). Barreira & Nakamura (2006) informam que a aplicação deste termo, que vem do latim ('resiliens'), significa ser impelido, saltar para trás, recuar, voltar, encolher-se, romper. No inglês, 'resilient' sugere a noção de elasticidade e rápida capacidade de recuperar-se e, por esse motivo, foi aplicado, pelo cientista inglês, para identificar essa propriedade da matéria.

No entanto, este conceito vem constando do repertório da Psicologia, quando, em 1998, o então presidente da American Psychological Association, Martin Seligman, publicou artigos mensais que apresentavam a necessidade de se introduzir uma visão de homem que considerasse também suas "virtudes". Para Martin Seligman, a psicologia vinha centrando suas práticas e seus estudos na compreensão e tratamento de psicopatologias, negligenciando os aspectos positivos e de superação do homem. (Noronha et al., 2009).

Embora, apenas recentemente, este termo tenha adquirido notoriedade no meio científico, para explicar eventos envolvendo as camadas mais jovens e vulneráveis, essa capacidade está presente desde que o homem é homem e precisa se superar e se transformar para lidar com as adversidades da vida. A resiliência é indissociável da história do homem e da humanidade (Assis, Pesce e Avanci, 2006)

Poletto (2007), revendo os autores que definiram resiliência, aponta que se trata de um conceito contextual e dinâmico, em que os fatores de proteção disponíveis ao indivíduo têm a função de interagir com os acontecimentos da vida, a fim de promover adaptação e saúde. Pode ser desencadeado ou desaparecer, dependendo de como ocorre a interação dinâmica entre o repertório pessoal e os repertórios social, ambiental e cultural, disponíveis que, para a autora, denomina-se contexto ecológico. Os processos de resiliência, portanto, requerem a interação dinâmica entre os fatores de risco e de proteção.

Um fator que, segundo a literatura, interfere fortemente no desenvolvimento de crianças e adolescentes resilientes, é o grau e quantidade de conflitos intrafamiliares. Mota & Matos (2009), avaliando a resiliência em adolescentes, cujos pais haviam se divorciado,

comparada com adolescentes de famílias intactas, verificaram que, independentemente da presença e ausência de divórcio na família, a quantidade e intensidade de conflitos abalam a auto-estima do adolescente, em sua capacidade de se reestruturar e, conseqüentemente, na sua resiliência. Dalbem & Dell’Aglia (2008) também verificaram que os vínculos afetivos e de apego desenvolvidos e presentes durante o desenvolvimento do indivíduo (família, instituições, etc.), podem contribuir para acionar os processos de resiliência, no momento de dar sentido e integrar experiências de sofrimento. Luthar & Zigler (1991) apontam que as relações familiares e aspectos pessoais interferem, tanto na capacidade de superação, como na maior exposição à vulnerabilidade.

Poletto & Koller (2008) apontam que, além do contexto familiar, as instituições contribuem ou dificultam o aparecimento dos processos de resiliência e desenvolvimento saudável. Segundo as autoras, os ambientes ecológicos (espaço físico + relações) têm que ser agradáveis e acolhedores, permitir que as crianças e adolescentes falem sobre suas ansiedades e busquem ajuda. Além disso, nestes ambientes tem que ser viável o estabelecimento de relações afetivas seguras, com reciprocidade e estabilidade que promovam o autoconhecimento e a saúde mental. Propiciar tais espaços favorece o desencadeamento dos processos de resiliência frente a riscos, como violência e perdas.

Quanto aos fatores individuais, Avanci, Assis e Oliveira (2008) associam processos de resiliência a auto-estima, autodeterminação, confiança em si mesmo, satisfação com a vida. Além disso, as autoras identificam que consumo de drogas e álcool em excesso e ações transgressoras freqüentes são mais raros em indivíduos que se apresentam resilientes. Amparo, Galvão, Alves, Brasil e Koller (2008) incluem aos fatores individuais a espiritualidade, mas confirma a necessidade de consolidar a auto-estima, a presença positiva de família e amigos, professores, vizinhança, etc.

Poletto (2007), comparando crianças institucionalizadas e crianças convivendo com suas famílias, identificou que, em relação aos contextos de desenvolvimento, não houve diferença entre as crianças no nível de satisfação de vida e de afeto positivo. As crianças institucionalizadas, porém, apresentaram mais afetos negativos, eventos estressores e depressão, deixando-as em situação de maior vulnerabilidade, precisando mais de intervenções que promovam a qualidade de vida e o bem-estar. A autora verificou o enfrentamento e a superação das situações difíceis nestas crianças, através da mobilização

de recursos internos, da rede de apoio social e afetiva (irmãos, colegas e instituição, por exemplo) e da coesão ecológica (satisfação com a vida, ausência de negligência, administração de conflitos, apoio em situações adversas, etc.) nos contextos em que as crianças estão inseridas.

Lindstrom (2001), pesquisando os fatores e condições que possibilitam adolescentes a se desenvolverem adequadamente, embora vivam ou passem por situações adversas, identificou quatro fatores. O primeiro deles refere-se ao próprio indivíduo, sua genética, sua idade, a fase do desenvolvimento em que se encontra o gênero, as experiências que teve, etc. O segundo está relacionado ao contexto em que aquele indivíduo vive, o suporte social que possui, a classe sócio-econômica em que se encontra, a cultura que possui e o ambiente no entorno. O terceiro remete à quantidade e à qualidade dos eventos da vida, ou seja, se desejáveis, se controláveis, o quanto duraram, as consequências que impuseram, etc. O quarto são os fatores de proteção que estiveram presentes durante toda sua vida, ou seja, como veio construindo e apresentando sua resiliência, até então. O autor acrescenta que os processos responsáveis pela resiliência em um indivíduo desenvolvem-se desde a infância e dependem, entre outros motivos, dos vários contextos daquela pessoa: familiar (pais, irmãos e parentes), social e geográfico, cultural e histórico, sistemas educacionais (pré-escola e escola), sistemas de relacionamento com seus pares e ambientes de trabalho.

Assis, Pesce e Avanci (2006) relatam a necessidade de se compreender os mecanismos pelos quais uma pessoa supera as dificuldades na infância e na adolescência. Como estes períodos do desenvolvimento são de intenso crescimento e repletos de transformações e mudanças, pessoas em formação que já trazem em seu repertório e, em sua memória, experiências de alegria e de tristeza, trazem também, mecanismos para enfrentar dificuldades. É importante conhecer essas pessoas com potencial de resiliência, quais são suas características, como concebem a si próprios e ao mundo e, a partir disso, contribuir para promover ambientes e recursos que favoreçam esse potencial frente a sofrimentos físicos, emocionais, materiais, etc. O presente estudo tenta identificar esses potenciais resilientes e apreender uma pequena parte destas características.

Paludo & Koller (2007) introduzem seu artigo sobre Psicologia Positiva da seguinte forma:

“nos últimos anos, muitas tragédias têm sido anunciadas pelos principais meios de comunicação, em todo o mundo - guerras,

criminalidade, doenças, pobreza, tráfico de drogas, mortalidade infantil, entre outros. Devido a tal evidência, o destaque a esses eventos parece contraditório aos aspectos positivos da natureza humana (p. 9).”

Essa frase refletiu a idéia da pesquisadora em introduzir o tema resiliência neste estudo. No decorrer desta introdução foram apresentados os riscos característicos do ser adolescente nos séculos XX e XXI e a epidemiologia destes riscos. Os números são trágicos e preocupantes, porém, diante de tantas possibilidades de *dar errado*, esse estudo pretende identificar algumas de *dar certo* e, além disso, oferecer recursos para que um número maior de adolescentes consiga superar as adversidades descritas.

Para realizar alguma intervenção nesse sentido, é importante conhecer as pessoas e os recursos pessoais, sociais e institucionais disponíveis. A escola é um espaço em que é possível realizar intervenções no sentido de estimular o desenvolvimento de capacidades e potencialidades da criança e do adolescente. Isso pode ocorrer dentro de seu espaço físico, como através de atividades extracurriculares (Pooletto, 2007)

O Ministério da Saúde (2002) considera que o setor da educação, em função da sua capilaridade e abrangência, pode se constituir num grande aliado na promoção da saúde e aumento da qualidade de vida dos indivíduos que com ele se relacionam. Através de ações nas escolas, é possível fortalecer as capacidades dos indivíduos, favorecer hábitos de saúde na comunidade, promover ambientes saudáveis, ou seja, potencializar os fatores de proteção disponíveis. O Ministério da Saúde (2002) entende que, no período escolar, as crianças e jovens vivem a experiência de descobrir, aproximar-se, conhecer, criar e rever conceitos, hábitos, atitudes e, a implementação de políticas de promoção de saúde, pode mudar a história destes indivíduos e dessa comunidade. A adoção do conceito de Escola Promotora de Saúde parte desses pressupostos, a partir da sistematização de propostas intersetoriais que provoquem ou reforcem o desenvolvimento de ações voltadas ao aumento da qualidade de vida e da saúde integral da população.

Gomes (2009) conceitua Escola Promotora de Saúde como aquela que busca frequentemente uma forma de viver, de aprender e de trabalhar propícia para o desenvolvimento da saúde. O objetivo de uma Escola Promotora de Saúde é contribuir para o aumento da qualidade de vida, através da educação para a saúde e desenvolvimento de hábitos e atitudes que favoreçam a saúde de toda a comunidade escolar. Deve unir forças

com a sociedade (através de autoridades, especialistas, professores, associações, lideranças, etc.) para construir um ambiente saudável, elaborar projetos, programas nutricionais, políticas e práticas que respeitem o bem-estar do indivíduo e a sua dignidade. Moura, Lourinho, Valdez, Frota e Catrib (2007) acrescentam que uma Escola Promotora de Saúde investe na promoção do ser humano em sua totalidade.

Goulart (2006) identifica que o marco inicial deste conceito foi elaborado pelo governo do Canadá, em 1974, através do Informe de Lalonde. A partir daí, a Organização Mundial de Saúde propôs várias conferências internacionais – em Ottawa (1986), em Adelaide (1988), em Sundsval (1991), em Bogotá (1992), em Jacarta (1997) e no México (2000) – para estabelecer as bases conceituais e políticas da Promoção de Saúde que, como consequência, desenvolveram os fundamentos da Escola Promotora de Saúde.

1.6. Objetivos

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes matriculados no Ensino Médio do Município de São Paulo buscando fornecer subsídios para políticas públicas e privadas visando à melhoria da qualidade de vida desta população.

Objetivos Específicos

- Caracterizar sócio-demograficamente a amostra
- Avaliar a qualidade de vida dos adolescentes através de dois instrumentos desenvolvidos para esta finalidade.
- Verificar em que domínios dos instrumentos de qualidade de vida os adolescentes relatam melhores resultados
- Comparar os domínios de qualidade de vida levando em conta gêneros, idade, classe econômica e regiões de São Paulo
- Verificar o consumo de drogas dessa população

- Comparar o padrão de uso de drogas em relação a idade, gênero, escola, classe econômica, região do município de São Paulo, relacionamento com os pais, religião e prática de esportes
- Relacionar os resultados obtidos pela avaliação do consumo de drogas com os resultados obtidos pela avaliação da qualidade de vida
- Avaliar as condições intelectuais através do teste de Raciocínio Verbal
- Fornecer resultados que facilitem o desenvolvimento de Programas locais de Prevenção e Educação para o uso de drogas com vistas a proteção e a promoção da saúde

2. MÉTODO

2.1. Amostra

Foram sorteadas para este estudo 22 escolas (Públicas e Privadas) sendo 17 Estaduais e cinco Particulares, respeitando a proporção entre alunos matriculados em escolas estaduais e particulares, segundo as instituições oficiais (INEP, 2007; Censo Escolar, 2006). Em cada escola foram sorteadas três salas, uma de cada ano do ensino médio. Ao todo, participaram da amostra, 2512 estudantes. Eliminaram-se, no entanto, 78 estudantes. Destes, 46 foram eliminados por não terem respondido, pelo menos, três dos cinco instrumentos de avaliação e 32 foram eliminados por referirem uso de medicação que não existe. No questionário sobre uso de drogas foi inserida uma questão sobre remédios que não existem, objetivando excluir aqueles que optaram por aumentar ou mentir sobre o uso. A questão é: “Você já tomou Holoten, Carpinol ou Medavane para sentir algum ‘barato’?” Com isso, o número de participantes foi 2434 estudantes. Apenas para a discussão do subcapítulo “Correlações entre uso de drogas e qualidade de vida” analisaram-se, apenas, 2.378, porque, para o tipo de análise realizada neste sub-capítulo, foi necessário incluir, apenas, estudantes que haviam respondido a todos os questionários.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário de Identificação

Inicialmente foi aplicado um questionário de identificação geral dos adolescentes no qual foram solicitados os seguintes dados: nome, idade, sexo, série, duas questões propostas pela ABEP (2007) para classificação econômica no Brasil e informações gerais de saúde. A apresentação das questões propostas pela ABEP em 2007 (Critério padrão de classificação econômica Brasil / 2008) segue o modelo adotado pelo CEBRID em seu 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 (Galduroz et al., 2004).

2.2.2. WHOQOL-100

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu um instrumento para avaliação de qualidade de vida através de um projeto colaborativo multicêntrico. A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Este instrumento, WHOQOL-100, consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a que se refere à qualidade de vida (Fleck, 2000). As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Fleck, 2000).

Embora este instrumento esteja sendo amplamente utilizado no Brasil, não há registro de sua utilização entre adolescentes. O desenvolvimento da sua versão em português prevê seu uso com pessoas a partir de 18 anos (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chahamovich, Vieira, Santos & Pizon, 1999). Segundo declaração pessoal do Dr. Marcelo Pio Fleck (2006), através de correio eletrônico, o instrumento WHOQOL-100, a princípio, não foi desenvolvido para adolescentes e seria adequado associá-lo a outro instrumento de qualidade de vida. Baseado nisto, decidiu-se utilizar também um outro instrumento de qualidade de vida, o SF-36, validado para o Brasil e com estudos nacionais e internacionais envolvendo adolescentes (Oliveira & Sousa, 2003; Hay, 2003; Goldney, Fisher, Wilson & Cheek, 2001).

Para sua validação à população brasileira, entre os meses de julho e dezembro de 1996, a amostra foi composta de 250 pacientes de um hospital de clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários-controles. Foram aplicados, nesta amostra, os seguintes instrumentos: versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), inventário de Beck para a depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS). A amostra de pacientes foi constituída a partir dos seguintes critérios: os pacientes deveriam ser adultos (idade acima de 18 anos ou exercendo papel social de

adulto); 50% da amostra deveria ter idade menor que 45 anos; 50% da amostra deveria ser do sexo feminino: a metade deveria ser constituída por pacientes hospitalizados (por exemplo: diabetes descompensado) e a outra metade por pacientes em tratamento ambulatorial (por exemplo: infecções respiratórias) ou em contato com o serviço de saúde por condições de saúde mais leves (por exemplo: hipertensão arterial). Os pacientes foram recrutados das quatro grandes áreas de atendimento médico: clínica médica, cirurgia, ginecologia e psiquiatria. Os 50 indivíduos-controles foram selecionados entre os funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e deveriam apresentar respostas negativas às três perguntas que se seguem: (a) Você tem alguma doença crônica? (b) Você usa algum remédio de forma regular atualmente? (c) Você consultou algum médico ou profissional de saúde no último mês (FLECK et al., 1999).

Os domínios do WHOQOL-100 podem ser melhor entendidos pela figura abaixo:

Figura 1 – Descrição dos domínios do questionário WHOQOL-100.

As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência. (Fleck, 2000). Para obtenção dos resultados, é sugerida a utilização do programa estatístico SPSS. As 100 questões são agrupadas em 24 facetas a combinação dessas facetas oferece o resultado da qualidade de vida em seis domínios e na classificação geral.

2.2.3. SF-36

O SF-36 (The Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, 1992) foi desenvolvido no início dos anos noventa, nos Estados Unidos, para uso em estudos médicos, com a finalidade de ser um questionário de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, sem ser, porém, tão extenso quanto os anteriores. É dirigido a pessoas com idade igual ou maior de 14 anos e, preferencialmente, deve ser auto-administrado (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permayer-Miralda, Quintana et al., 2005). O SF-36 teve sua utilidade demonstrada na literatura internacional (Ware, 1992; Garcia, Rohlf, Vila, Sala, Pena, Masia et al., 2005.) e sua tradução, validação para o português e adaptação para a população brasileira foi realizada em 1997 por Ciconelli (1997).

O questionário foi traduzido, validado e adaptado para a população brasileira segundo a metodologia internacionalmente aceita. É um questionário multidimensional, composto por 36 itens englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) (Ciconelli, 1997; Vilagut et al., 2005).

As escalas do SF-36 podem ser melhor entendidas pela figura abaixo:

Figura 2 – Descrição das escalas do questionário SF-36.

2.2.4. Raciocínio Verbal

Trata-se de um teste em que se apresenta um provérbio e o estudante deve apontar qual, entre quatro outros, tem o mesmo significado daquele destacado. Segundo Cunha (2000), o uso de provérbios faz parte dos itens da Escala Verbal Compreensão. Foi

escolhido um teste contendo provérbios porque, segundo a autora, bom rendimento significa bom nível de inteligência geral e, mau rendimento indica limitação intelectual.

Este teste foi escolhido por ser de fácil e rápida aplicação e ser validado para adolescentes. Faz parte da “Bateria de Orientação Profissional (BOP)” que é composta de quatro testes: Raciocínio Verbal, Raciocínio Mecânico, Percepção de Formas e Espaços, Raciocínio Numérico. O Raciocínio Verbal, além de outros dois desta bateria foram desenvolvidos por Rynaldo de Oliveira, que não realizou estudos estatísticos dos mesmos. Esta bateria “foi planejada para uso com adolescentes entre 15 e 19 anos, com escolaridade equivalente ao Ensino Médio, para avaliar, o mais precisamente possível, as suas aptidões, contribuindo também para investigar possíveis dificuldades de aprendizagem” (FONSECA, 2003, p.38). A padronização desta bateria e, conseqüentemente, do teste de Raciocínio Verbal foi feita em 2003 por Wanderli da Costa Fonseca.

Um bom resultado neste teste indica que a pessoa possui um bom nível de compreensão verbal, capacidade de abstração, generalização e reflexão verbal (Fonseca, 2003, p.39). Este teste baseia-se na interpretação de provérbios, máximas ou sentenças que, ultrapassando uma expressão meramente literal, tornam-se populares pelo simbolismo contido na mensagem. A versão utilizada neste estudo é composta de um caderno com 32 questões e uma folha de respostas.

2.2.5. Questionário sobre uso de drogas

Para avaliar o uso de substâncias psicoativas, optou-se por utilizar um questionário também proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e desenvolvido pela *WHO – Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence*, adaptado, no Brasil por Carlini-Cotrim, Carlini, Silva-Filho, e Barbosa (1989). Foi utilizado nos *Levantamentos Nacionais Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras* realizados pelo CEBRID (Galduroa et al., 2004).

2.3. Procedimento

Segundo o INEP (2007) e o censo escolar (Secretaria de Educação do Município de São Paulo, 2006), o número total de alunos matriculados no ensino médio, em escolas públicas é de 488.101, sendo 402.831 (82,5%) em 613 escolas estaduais, 82100 (16,8%) em 582 escolas particulares e 3173 em 7 escolas municipais (0,65%). As escolas municipais foram excluídas por estarem sendo reorganizadas. Em contato com três das sete escolas em que existe Ensino Médio (EM), as coordenadoras pedagógicas informaram que os alunos de EM estão sendo encaminhados para escolas estaduais.

Com o objetivo de avaliar 0,5% dos alunos matriculados em escolas estaduais e 0,5% dos alunos matriculados em escolas particulares, definiu-se que o número de alunos avaliados em escolas estaduais deveria ser de 1900 a 2100 e em escolas particulares de 400 a 425. Para atingir estes números sortearam-se 17 escolas estaduais e cinco escolas particulares, alcançando-se aos números de 2017 alunos de escola estaduais e 417 alunos de escolas particulares, perfazendo um total de 22 escolas e 2434 alunos avaliados.

As listas de escolas (públicas e particulares) foram fornecidas pela Secretaria de Educação em Dezembro de 2006, referentes ao censo escolar deste mesmo ano. Nelas, constavam informações sobre os períodos em que havia aula no Ensino Médio e quantos alunos estavam matriculados em cada período. Foram enviadas por e-mail em planilhas do Excel. As escolas estavam distribuídas por Diretorias de Ensino do município de São Paulo. Estas Diretorias eram (e ainda são): Centro, Centro Oeste, Centro Sul, Leste 1, Leste 2, Leste 3, Leste 4, Leste 5, Norte 1, Norte 2, Sul 1, Sul 2 e Sul 3. Para determinar as 17 escolas estaduais definiu-se que seria escolhida uma a cada 36 escolas das 613. Foram sorteadas, conforme está apresentado na Figura 1: uma na Diretoria Centro, duas na Centro Oeste, uma na Centro Sul, uma na Leste 1, duas na Leste 2, uma na Leste 3, uma na Leste 4, uma na Leste 5, duas na Norte 1, uma na Norte 2, uma na Sul 1, duas na Sul 2 e uma na Sul 3, ficando dispostas da seguinte maneira:

Figura 3 – Mapas do município de São Paulo apresentando a distribuição das escolas públicas e particulares sorteadas para este estudo

Para a escolha das cinco escolas particulares definiu-se que seria escolhida uma a cada 116 escolas das 582. Foram sorteadas, conforme apresentado na figura 2: uma na Diretoria Norte 1, uma na Centro-Oeste, uma na Leste 1, uma na Leste 5, e uma na Sul 1. O sorteio e posterior contato com as escolas seriam feitos com o rigor definido acima desde que contemplasse alguns critérios. A proporção entre os alunos do período da noite e da tarde seria contemplada. O número de escolas em cada Diretoria de Ensino deveria corresponder ao número total de matrículas nesta diretoria. Desta forma, por exemplo, se existem mais matrículas na Diretoria Centro-Oeste do que na Diretoria Centro Sul, o número de escolas na primeira deveria ser maior que na segunda. Se na Região Leste existem mais matrículas do que na Região Norte, esta informação deveria ser confirmada na avaliação. Porém, com o sorteio descrito acima, foi possível contemplar todos estes critérios

Após aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, a pesquisadora entrou em contato com a coordenação pedagógica de cada uma das Escolas que, segundo a Secretaria de Educação, têm autonomia para aceitar ou não a participação na pesquisa. Inicialmente entrou-se em contato através do telefone (fornecido pelo próprio INEP, 2007) tentando agendar um

horário para apresentar o projeto. A pesquisadora dirigiu-se a todas as escolas para apresentar o projeto à coordenação. Depois de aceito pela coordenação, agendou-se outra data para apresentar à direção. Com a concordância da direção, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser distribuído para os alunos e recolhidos pela coordenação antes da data de aplicação dos instrumentos. Quando uma escola se recusou a participar, foi contatada a seguinte da planilha. Isso ocorreu com quatro escolas estaduais e nove particulares. Confirmada a participação e sorteadas as três salas do EM (uma de 1º, uma de 2º e uma de 3º ano), foram definidas três datas para a aplicação dos instrumentos. Foram três encontros com cada sala pois a aplicação da pesquisa piloto permitiu observar que o tempo de resposta para cada questionário foi: 10 minutos para o questionário de Identificação, 40 minutos para o WHOQOL-100, 20 minutos para o SF-36, 25 minutos para o questionário sobre uso de drogas e Raciocínio 30 minutos para o Raciocínio Verbal, além do tempo de reapresentação dos objetivos do projeto, já apresentados no TCLE. Foram solicitadas em cada sala 250 minutos com cada sala do Ensino Médio, ou seja, cinco aulas. Determinou-se que o tempo mínimo para a aplicação seria o estabelecido pela pesquisa piloto, porém, foram destinados 20 minutos para o questionário de identificação, 60 minutos para o WHOQOL-100, 30 minutos para o SF-36, 40 minutos para o questionário sobre uso de drogas e 50 minutos para o Raciocínio Verbal. No primeiro encontro a pesquisadora reapresentava a pesquisa, visto que todos já a conheciam e já haviam levado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os responsáveis assinassem. Os que haviam trazido o TCLE responderam aos instrumentos “questionário de identificação” e “Raciocínio Verbal”. No segundo encontro responderam apenas ao “WHOQOL-100”. No terceiro encontro responderam ao “SF-36” e ao “Questionário sobre uso de drogas”.

No início do ano de 2008, apesar de faltarem ainda cinco escolas, optou-se por encaminhar o material coletado para digitação. Selecionaram-se duas empresas especializadas, exigindo que assinassem um termo comprometendo-se com o sigilo. O material foi encaminhado, aos poucos, para estas empresas que lançavam os dados numa planilha de Excel elaborada pela pesquisadora. Assim que o material retornava, a pesquisadora selecionava uma amostra para a conferência da digitação. Isso ocorreu com 15 escolas. As escolas restantes (sete) foram digitadas pelos alunos (quatro) de graduação

em psicologia que se interessaram pelo projeto e optaram por contribuir. Estes alunos também assinaram um termo comprometendo-se com o sigilo.

Para a análise estatística foi contatado o IME – CEA / USP (Instituto de Matemática e Estatística – Centro de Estatística Aplicada da Universidade de São Paulo). A análise realizada por este instituto, no entanto, tem durabilidade de um semestre e não abrangia todas as análises que estão neste estudo. Por isso, buscou-se um outro profissional estatístico para dar continuidade às análises.

2.4. Tratamento Estatístico

Para a análise dos dados referentes aos questionários de qualidade de vida (WHOQOL-100 e SF-36) e do teste de Raciocínio Verbal foi realizada a Análise de Variância (ANOVA) para verificar a existência de diferenças significativas entre as médias de grupos. Foi realizado o teste Pós Hoc de Tukey para verificar em que subgrupos houve essas diferenças.

Nas análises referentes ao questionário sobre uso de drogas, foram realizados cálculos de porcentagem de usuários ou não usuários dentro dos grupos que se pretendeu investigar. Optou-se por essa análise de dados para facilitar a discussão com autores nacionais e internacionais que, usualmente apresentam seus resultados dessa forma.

No capítulo que descreve as correlações entre uso de droga e qualidade de vida foi realizada a análise de Conglomerados (Cluster) para verificar grupos com padrões de respostas semelhantes.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização da Amostra

Segundo o INEP (2007), a partir do censo escolar de 2006 realizado pela Secretaria de Educação do Município de São Paulo, existem 613 escolas estaduais responsáveis por, aproximadamente, 82,5% das matrículas no Ensino Médio (EM), 582 escolas particulares responsáveis por, aproximadamente, 16,8% e sete escolas municipais responsáveis por, aproximadamente, 0,65% destes alunos. Neste estudo excluímos as escolas municipais considerando que, naquele período, estavam sendo reorganizadas e seus estudantes encaminhados de EM para escolas estaduais, (segundo informações colhidas por diretores de três escolas municipais), tendendo a restringir-se apenas ao Ensino Fundamental.

Estas escolas, particulares e públicas, estão distribuídas pelo município e fazem parte de Diretorias de Ensino. Cada Diretoria é responsável por um número de escolas dentro de uma determinada região geográfica, a qual, inclusive, empresta o nome à Diretoria. São elas: Centro, Centro Oeste, Centro Sul, Leste 1, Leste 2, Leste 3, Leste 4, Leste 5, Norte 1, Norte 2, Sul 1, Sul 2 e Sul 3 (Secretaria de Estado da Educação, 2009). Na Tabela 4 será apresentada a quantidade de alunos distribuídos por escolas e por Delegacia de Ensino (DE). A Tabela 4 informa, também, a quantidade e a porcentagem que cada escola representa na amostra. A escola com menor número de alunos avaliados foi a 17 (Norte 1, particular) com 45 alunos. Nesta região há o menor número de matrículas particulares no Ensino Médio. Na região Norte, de maneira geral (Norte 1 e Norte 2), há o menor número de matrículas no Ensino Médio particular e público. O maior número de alunos avaliados foi da escola 12 (Sul 2) com 180 alunos. Esta é a diretoria com maior número de matrículas em Escolas Estaduais, sendo que a Região Leste (somando Leste 1, 2, 3, 4 e 5) é a que concentra o maior número de matrículas no Ensino Médio. Observa-se que estes resultados são contemplados pela amostra.

Tabela 4 – Distribuição das Escolas por Região do Município e número de alunos

Escola	Frequência	Diretoria de Ensino	Porcentagem
Escola 1	70	Norte 1	2,9
Escola 2	106	Centro Oeste	4,4
Escola 3	111	Centro Oeste	4,6
Escola 4	123	Centro Sul	5,1
Escola 5	136	Sul 3	5,6
Escola 6	110	Leste 2	4,5
Escola 7	172	Leste 1	7,1
Escola 8	158	Sul 2	6,5
Escola 9	120	Leste 4	4,9
Escola 10	96	Norte 2	3,9
Escola 11	98	Leste 2	4,0
Escola 12	180	Sul 2	7,4
Escola 13	94	Norte 1	3,9
Escola 14	101	Centro	4,1
Escola 15	99	Leste 5	4,1
Escola 16	124	Sul 1	5,1
Escola 17	45	Norte 1 Particular	1,8
Escola 18	68	Sul 1 Particular	2,8
Escola 19	90	Leste 5 Particular	3,7
Escola 20	92	Leste 3	3,8
Escola 21	116	Leste 1 Particular	4,8
Escola 22	125	Norte 1	2,9

Na tabela 5, as escolas e alunos foram organizados pela localização geográfica das mesmas. Observa-se menor quantidade de aluno na região Norte, considerando tanto escola pública como particular. Por outro lado, a região leste (particular e pública) apresenta maior número de representantes. Estes índices correspondem à densidade demográfica do município, sendo a Zona Norte a de menor população, em oposição à Zona (e a) Leste (mais populosa), segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2009).

Segundo a Secretaria de Estado da Educação (2009), na rede estadual, a Região Leste é responsável pela maioria das matrículas (39,49%) e em segundo lugar encontra-se a Região Sul, com 26,15%. As Regiões Centro e Norte ocupam o terceiro (com 19,43%) e quarto lugares (com 14,93%), respectivamente. O maior número de adolescentes avaliados por este estudo pertence à região Leste, seguida pela região sul, e esta pela Região Centro e, por fim, a Região Norte. Nota-se que há similaridade quanto aos resultados da Secretaria de

Estado e a quantidade de adolescentes avaliados em cada região de São Paulo.

Na rede particular, para a Secretaria de Estado da Educação (2009), a maior concentração de matrícula encontra-se na região Centro, com 54,57%; (A) a segunda colocada é a região Leste com 20,74% e, por fim, as regiões Sul e Norte, com 16,57% e 8,12%, respectivamente. Observa-se que os números são similares nos terceiro e quarto lugares, porém, neste estudo, avaliou-se uma maior quantidade de adolescentes da região Leste e em segundo lugar da Região Centro. Estes resultados discrepantes podem estar relacionados à quantidade de escolas em cada região. Segundo a própria Secretaria de Estado da Educação (2009), na Região Centro há uma maior quantidade de matrículas em um número menor de escolas particulares distribuídas numa área relativamente pequena. Na Região Leste, há menor número de matrículas do que na Região Centro, porém, a quantidade de escolas particulares é maior e estão distribuídas numa grande área. Considerando que a seleção da amostra foi feita a partir do sorteio de escolas, observa-se que, ou seria contemplado o número de escolas, verificando-se, desta forma, a realidade de uma diversidade maior de adolescentes ou contemplar-se-ia o número de alunos, avaliando mais alunos com realidades parecidas. Observa-se, pelos resultados, que a primeira opção definiu a escolha.

Tabela 5 – Distribuição das escolas e alunos pela Região Agrupada

Região	Frequência	Percentual
Centro	441	18,1
Norte	260	10,7
Leste	691	28,4
Sul	598	24,6
Centro Particular	125	5,1
Norte Particular	45	1,8
Leste Particular	206	8,5
Sul Particular	68	2,8
Total	2434	100,0

Segundo o MEC (Ministério da Educação, 2008), em relação ao Ensino Médio, atualmente:

“mais de 50% dos jovens de 15 a 17 anos não estão matriculados nesta etapa da educação básica e milhões de jovens com mais de 18 anos não

concluíram o ensino médio, configurando uma grande dívida da sociedade com esta população”. (MEC, 2008, pag. 3).

Partindo desta informação, observa-se que esta amostra é privilegiada em detrimento da população geral de adolescentes, mesmo os adolescentes pertencentes às classes econômicas mais baixas que foram avaliados por este estudo. Consideram-se privilegiada por ser uma população que teve oportunidade de chegar ao ensino médio (e), principalmente dentro da faixa etária adequada. Através de pesquisas no Brasil e na região sudeste (Boruchovitch, 1999; IBGE, 2000; Sabroza et al., 2004; Assis & Constantino, 2005; MEC, 2008), sabe-se que é grande o número de adolescentes que abandonam os estudos por vários motivos como, por exemplo, para trabalhar e ajudar a família; por se envolver com drogas e/ou delitos, engravidar precocemente, entre outros. Na Figura 4 pode-se observar esta realidade em cada estado da Federação (Menezes Filho, 2007)

Fonte: Menezes Filho (2007)

Figura 4 – Defasagem idade-série daqueles que estão no Ensino Médio em 2005 por UF

Segundo Sanchez e Nappo (2004), 35,3% dos não-usuários de droga não completaram o 2º grau. Essa taxa chega a 70% na população usuária, em que a grande maioria está defasada quando se considera a idade. Outros, neste mesmo grupo de usuários, não estudam por falta de interesse. Segundo as autoras, os motivos subjacentes ao abandono são distintos nos dois grupos. Os não-usuários desistem do estudo em função da necessidade de trabalhar, de realizar as tarefas domésticas ou por outras dificuldades associadas à condição

financeira desfavorável. Os usuários abandonam os estudos em decorrência do próprio consumo da droga que prejudica sua capacidade de concentração, aprendizado, interesse e, sobretudo, a disposição física para a realização das atividades escolares.

O Ministério da Educação (MEC, 2008) destaca que na região sudeste há o maior número de matrículas no Ensino Médio quando comparada às outras regiões brasileiras, sendo que, 61,1% dos matriculados tem entre 15 e 17 anos (pg. 17). Apesar desta peculiaridade do estado e da cidade de São Paulo, nota-se que, aproximadamente 50% dos adolescentes de 14 a 19 anos não foram avaliados nessa pesquisa. A intenção foi pesquisar a qualidade de vida e o envolvimento com drogas por adolescentes matriculados no ensino médio do município de São Paulo e, conhecendo esta população, fornecer subsídio para programas de promoção de saúde, estratégias de saúde pública e mapeamento das condições gerais destes adolescentes. Vários programas de prevenção vêm sendo feito com adolescentes, especialmente os envolvidos com: violência e criminalidade, gravidez precoce e DSTs, abuso de substâncias psicoativas, psicopatologias e patologias de maneira geral (Minayo & Souza, 1999; Soares & Jacobi, 2000; Sudbrack & Cestari, 2005; Dunker, 2006; Berlofi, et al., 2006; Barroso, et al., 2006). Um dos objetivos desta é conhecer essa população privilegiada e saudável que, embora exposta aos mesmos riscos que os outros 50%, por uma série de condições (aqui serão abordadas algumas delas) conseguem estar cursando o Ensino Médio em idade adequada.

Na Tabela 6 verifica-se que a maioria dos alunos tem idade entre 15 e 17 anos, respectivamente, 21%, 29% e 31% perfazendo um total de 81%; (e) nota-se, também, dois alunos com idades bem avançadas: 35 e 45 anos. Estes estudantes foram descartados da amostra, mantendo-se apenas os adolescentes com até 19 anos.

Tabela 6 - Distribuição das Idades dos alunos

Idade	Frequência	Porcentagem
13	1	0,0
14	130	5,4
15	501	20,7
16	713	29,4
17	752	31,0
18	252	10,4
19	54	2,2
20	13	0,5
21	6	0,2
22	2	0,1
35	1	0,0
45	1	0,0
Total	2426	100,0
Sem Informação	8	
Total	2434	

Na Tabela 7 é apresentada a distribuição das séries dos alunos e nota-se uma mesma proporção ($\pm 30\%$ - Figura 5) de alunos em cada uma delas.

Tabela 7 - Distribuição da frequência de alunos em função de cada série

Série	Frequência	Porcentagem
1ª série do EM	839	35,1
2ª série do EM	750	31,4
3ª série do EM	801	33,5
Total	2390	100,0
Sem informação	44	31,0
Total	2434

Figura 5 –(Gráfico das séries)

Segundo IBGE (2003), 98,5% dos adolescentes de 15 a 19 anos da região sudeste estão alfabetizados, porém não pertencem à série adequada para a idade. Para Waiselfisz (2007), a escolarização adequada entre os adolescentes de 15 a 17 anos é de 48,1% em todo Brasil. Em São Paulo, apesar de grande quantidade de adolescentes fora do Ensino Médio, os que estão, permanecem com idade adequada, ultrapassando 2/3 de jovens com idade adequada à série escolar. As regiões sul e sudeste apresentam esta característica similar quanto à frequência de estudantes no ensino médio: eles estão com idades adequadas. Esse número aumenta quando consideramos apenas a zona urbana. Segundo este autor, estes índices vêm melhorando nos últimos anos, principalmente pelo fato de que a classe socioeconomicamente mais baixa vem apontando índices de adequação similares ao das classes mais altas. Quanto aos alunos com idade avançada, encontrados neste estudo, há uma tendência a ser exceção no Ensino Médio regular a partir da oferta, pela Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, de salas de Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Na Tabela 8 estão apresentadas as medidas descritivas das idades dos alunos por

série, nota-se que, através dos intervalos de confiança da média (Figura 5), as séries não se intercalam, ou seja, na primeira série temos alunos de 15 anos, na segunda série alunos de 16 anos e na terceira série alunos de 17 anos, confirmando a adequação de idade e série, comum no município de São Paulo. No entanto, se for observado pelos menores e maiores valores nota-se que há interseção das idades, Vide na 1ª série, mínimo de 13 e máximo de 19 anos, por exemplo, intercalando com os da 2ª série e assim por diante. De uma maneira geral a idade média é de 16,31 anos onde a menor idade é de 13 anos e a maior idade é de 45 anos.

Testando as idades relacionadas às séries, utilizou-se o teste F ou ANOVA que se mostrou estatisticamente significativo ($p < 0,0001$), indicando que existe diferença de idades entre as séries. Aplicando o teste de comparação múltipla, o teste de Tukey, constata-se que todas as idades entre as séries apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,0001$).

Tabela 8 – Medidas Descritivas por série

	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de 95% de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
					Inferior	Superior		
1ª série do EM	836	15,3098	,91871	,03177	15,2474	15,3722	13,00	19,00
2ª série do EM	749	16,4206	1,36247	,04978	16,3228	16,5183	14,00	45,00
3ª série do EM	800	17,2638	1,03224	,03650	17,1921	17,3354	16,00	35,00
Total	2385	16,3140	1,37661	,02819	16,2588	16,3693	13,00	45,00

Figura 5 – Gráfico das médias

Quanto aos gêneros, observa-se uma frequência um pouco maior de meninas do que de meninos, respectivamente, 46% e 54% (Tabela 9). Segundo o IBGE (1999), as proporções de jovens do sexo feminino residindo em áreas urbanas tendem a ser superiores às correspondentes ao sexo masculino. Relacionando a escolaridade com o sexo dos jovens, WASELFISZ (2007) observa que mulheres têm maior escolaridade e adequação nos estudos do que os homens. Esses índices são mais evidente na região Nordeste (25,5% maior nas mulheres) do que na região Sudeste (12,9% maior). Os resultados obtidos neste estudo confirmam os fornecidos pelas fontes acima citadas.

Tabela 9 - Distribuição do Gênero

Genero	Frequência	Porcentagem
Masculino	1122	46,2
Feminino	1306	53,8
Total	2428	100,0
Sem Informação	6	
	2434	

Considerando o Estado Civil dos adolescentes no Brasil, segundo o IBGE (1999), 89,3% das mulheres entre 15 e 17 anos são solteiras, 8,9% são casadas; 1,6% são divorciadas ou separadas e não há viúvas. Entre as mulheres de 18 e 19 anos, 73,8% são solteiras; 22,2% casadas; 3,7% separadas ou divorciadas e; 0,2% viúvas. Na região Sudeste, entre 15 e 17 anos, o número de solteiras aumenta para 92,5%; casadas são 6,5%; separadas ou divorciadas são 0,9% e 0,1% são viúvas. Entre 18 e 19 anos, ainda na região sudeste, as porcentagens são: 79,6%, 17,8%, 2,3% e 0,6% para os estados civis solteira, casada, separada ou divorciada e viúva, respectivamente. Estes resultados estão próximos aos obtidos por este estudo, em que, a grande maioria dos adolescentes é solteira 98% (tabela 10); 1,7% é casado ou vive como casado; 0,4% é separado ou divorciado e 0,3% é viúva, considerando tanto meninas como meninos.

Tabela 10 - Distribuição do Estado Civil

Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro	2361	97,8
Casado	16	0,7
Vivendo como casado	23	1,0
Separado	8	0,3
Divorciado	3	0,1
Viúvo	4	0,2
Total	2415	100,0
Sem Informação	19	
Total	2434	

Os resultados sobre a saúde geral dos adolescentes mostraram que 85% consideram sua Saúde Boa ou Muito boa (Tabela 11, Figura 6). Waiselfisz (2007) aponta que a juventude é um segmento da população relativamente saudável, sente-se assim e, por este motivo, sua saúde sempre foi negligenciada (à exceção de questões reprodutivas). Para Eisenstein (2003), a adolescência passou a ser observada com maior critério por

pesquisadores no Brasil e no mundo no final dos anos 70, período em que criou-se a medicina do adolescente, a hebiatria. Mas, segundo Waiselfisz (2007), entretanto, apesar do freqüente relato de boa saúde comum nessa população, a juventude vem se deteriorando, (mas) não por patologias clássicas e, sim, como resultado ou efeito de acidentes, de ferimentos causados por conflitos armados, da violência, do abuso de substâncias nocivas, do HIV/AIDS, DSTs, de hepatites virais, de obesidade ou da tuberculose.

Nesta mesma questão sobre saúde, quando aplicado para validar para o Brasil, o questionário WHOQOL-100 da Organização Mundial de Saúde (OMS), os resultados (obtidos) foram: 6,7% consideraram muito ruim; 9,7%, fraca; 33,3%, nem ruim nem boa; 38%, boa e 12,3% muito boa (Fleck et al., 1999). Observa-se que a maior parte desta amostra considera sua saúde boa, como no presente estudo (Tabela 8). Porém, é importante lembrar que a maior parte da amostra do estudo de Fleck et al. (1999) foi constituída por pacientes advindos da psiquiatria, cirurgia e ginecologia, sendo uma minoria “grupo controle”, ou seja, sem questões clínicas emergentes.

Tabela 11 – Distribuição da Saúde

Resposta	Freqüência	Pocentagem
Muito ruim	15	0,6
Fraca	29	1,2
Nem ruim nem boa	288	11,9
Boa	1323	54,8
Muito boa	758	31,4
Total	2413	100,0
Sem Informação	21	
Total	2434

Figura 6: Distribuição da Saúde

Na Tabela 12 observa-se que os alunos, assim como foi apontado pela literatura, tendem a negar problemas de saúde ou, quando têm, não os considera graves, em sua maioria. Este resultado confirma a afirmação de que o adolescente costuma ser e sentir-se fisicamente saudável, conforme apontado por Waiselfisz (2007). A proposta deste estudo também confirma as idéias deste autor pelo fato de abordar epidemiologicamente uma das causas de deterioração da saúde de adolescentes, mesmo os estatisticamente saudáveis.

Durante a aplicação do instrumento, foram oferecidas três oportunidades de indicarem problemas de saúde. A maioria indicou apenas uma, que está apresentado na Tabela 12.

Percebe-se que, mais uma vez, confirma-se a hipótese de uma população saudável. Estes resultados coincidem com os encontrados na literatura: uma porcentagem pequena de adolescentes é acometida pelos tipos de patologias apontadas pelo questionário.

Tabela 12 – Distribuição de Problema de saúde

Problema	Frequencia	Porcentagem
Nenhum Problema	1268	54,0
Problemas de Coração	33	1,4
Pressão Alta	19	,8
Bronquite	188	8,0
Diabetes	11	,5
Osso Quebrado ou Fraturado	25	1,1
Dor nas costas	322	13,7
Problema Nervoso ou Emocional	161	6,9
Problema no pé (joanete, unha encravada)	45	1,9
Gravidez	8	,3
Depressão	7	,3
Doença de Pele	23	1,0
Queimaduras	5	,2
Cólica	214	9,1
Febre	20	,9
Total	2349	100,0
Sem Informação	85	
Total	2434	

Quanto à variável classe econômica, para a ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2008), a distribuição da população Brasileira em classes econômicas é: 0,9% pertencente à classe A1; 4,1% à classe A2; 8,9% à B1; 15,7% à B2; 20,7% à C1; 21,8 à C2; 25,4% à D e; 2,6% à E. Na Grande São Paulo encontra-se a seguinte configuração: 0,6% na Classe A1; 4,5% na A2; 10,6% na B1; 19,0% na B2; 22,4% na C1; 21,5% na C2; 20,7% na D e; 0,7 na E. A tabela abaixo (Tabela 13) mostra, em porcentagem, as diferenças de classe encontradas no Brasil, na grande São Paulo e por este estudo com adolescentes:

Tabela 13 – Distribuição da população por Classe sócio-econômica no Brasil, na Grande São Paulo e nos adolescentes matriculados no Ensino Médio no município de São Paulo.

Classe	Brasil	Grande São Paulo	Adolescentes deste estudo
A1	0,9%	0,6%	1,4%
A2	4,1%	4,5%	6,9%
B1	8,9%	10,6%	14,8%
B2	15,7%	19,0%	28,1%
C1	20,7%	22,4%	28,9%
C2	21,8%	21,5%	13,8%
D	25,4%	20,7%	5,7%
E	2,6%	0,7%	0,5%

A partir destas informações, nota-se que, neste aspecto, a amostra também é privilegiada. No Brasil a maior concentração de pessoas está nas classes D, C2 e C1. Na Grande São Paulo, esta distribuição se repete, embora haja mais pessoas nas classes B e menos nas classes D e E, quando se compara à população brasileira. Na amostra deste estudo, o maior número de pessoas está nas classes C2, C1, B2 e B1, aumentando a quantidade de indivíduos nas classes mais altas e reduzindo drasticamente das classes mais baixas, principalmente da classe D.

Segundo IBGE (2003), o número total de freqüentadores de creches e escolas na região Sudeste é de 71 904 067. Do total de freqüentadores, 25 971 782 (36,12%) a família ganha de um a três salários mínimos, ou seja, considerando o salário mínimo de São Paulo (R\$505,00), ganham de R\$505,00 a R\$1515,00. Segundo o questionário ABEP, para ser considerado classe D, a renda familiar média mensal é de um salário mínimo. Para a classe C, é de R\$726,26 a R\$1.194,53, ou seja, a maior parte da população pertence às classes econômicas D e C, conforme apresentado também pela ABEP (2008). Os representantes da classe E foram 16,28%; da classe B2 9,67%; das classes B1, A2 e A1 somadas (mais de cinco salários mínimos) resultaram em 11,24%. Os sem rendimento totalizaram 4,21%. Neste estudo, nota-se que, diferente dos resultados encontrados na região sudeste, os matriculados no ensino médio do município de São Paulo pertencem, predominantemente, às classes B2 e C1 (Tabela 14).

Tabela 14- Distribuição das classes econômicas segundo critério ABEP

Pontuação	Classes	Frequência	Percentual
$\leq 7,00$	Classe E	11	0,5
8,00 - 13,00	Classe D	137	5,7
14,00 - 17,00	Classe C2	335	13,8
18,00 - 22,00	Classe C1	700	28,9
23,00 - 28,00	Classe B2	682	28,1
29,00 - 34,00	Classe B1	358	14,8
35,00 - 41,00	Classe A2	167	6,9
42,00 - 46,00	Classe A1	33	1,4
Total	Total	2423	100,0

Figura 7 – Amostra distribuída por classes Econômicas segundo a ABEP (2008)

Para avaliar a classe econômica por gênero (Tabela 15), aplicou-se o teste qui quadrado a fim de verificar se existe associação da classe econômica por gênero. O teste mostrou diferença estatisticamente significativa $p=0,034$ entre as classes econômicas versus gênero; há indicação de que as meninas têm as classes econômicas mais altas em relação aos meninos (Figura 8). Segundo IBGE (2003) as mulheres jovens (de 15 a 24 anos) apresentaram alguns índices mais favoráveis do que os homens, isto é, não só há um número maior de estudantes do sexo feminino como também há mais mulheres alfabetizadas nessa faixa etária. Essa diferença favorável em relação às mulheres é um

fenômeno que vem se repetindo nas últimas décadas e a explicação plausível reside no fato de que os homens se inserem mais precocemente no mercado de trabalho. (Oliveira & Robazzi, 2001; Rocha, 2003)

Tabela 15 - Distribuição das Classes Econômicas por Gênero

Gênero		Classe E	Classe D	Classe C2	Classe C1	Classe B2	Classe B1	Classe A2	Classe A1	Total
Masculino Feminino	Contagem	6	48	140	327	321	169	90	18	1119
	%	,5%	4,3%	12,5%	29,2%	28,7%	15,1%	8,0%	1,6%	100,0%
	Contagem	5	89	195	373	361	189	77	15	1304
	%	,4%	6,8%	15,0%	28,6%	27,7%	14,5%	5,9%	1,2%	100,0%

Figura 8 – Gráfico Das classes econômicas por gênero

A Tabela 16, Região por classe econômica, mostra que na escola particular Centro Oeste a maioria é de classe econômica A2 e notamos também, na mesma escola, adolescentes na classe econômica A1. Na escola pública localizada na região Sul 2 a maioria é de classe econômica C1, assim como nas escolas das regiões Leste 2 e Leste 1. Os resultados apontados por este estudo coincidem com as estatísticas apontadas pelo

SEADE (2009) em que as classes econômicas mais baixas estão nos extremos do município, principalmente nos extremos Sul, Leste e Norte. As escolas e Diretorias de Ensino localizadas nestas regiões revelaram pertencer às classes econômicas mais baixas. Por outro lado, a maior concentração de renda está na região Centro Sul e Centro Oeste, onde estão localizadas as escolas que pertencem às classes mais altas.

Em estudo realizado por Tavares, Béria e Lima (2001), em Pelotas /RS, os resultados da amostra também representativa daquela cidade, foram semelhantes aos obtidos nesta pesquisa. Os autores, avaliando todas as escolas da cidade, constataram que pouco mais da metade (56,4%) era do sexo feminino, sendo a maioria solteiros (98,0%). A maioria freqüentava a escola pública (79,0%), no turno diurno (82,5%). Quanto à Classe sócio-econômica, 48,6% pertenciam às classes A (8,8%) e B (39,8%), sendo a menor prevalência a da classe E (2,9%).

Tabela 16 – Região do Município por classe sócio-econômica

		Classe E	Classe D	Classe C2	Classe C1	Classe B2	Classe B1	Classe A2	Classe A1	Total
Centro	Contagem	0	3	9	25	45	16	3	0	101
	%	0,0%	3,0%	8,9%	24,8%	44,6%	15,8%	3,0%	0,0%	100,0%
Centro Oeste	Contagem	0	11	34	71	73	23	3	1	216
	%	0,0%	5,1%	15,7%	32,9%	33,8%	10,6%	1,4%	0,5%	100,0%
Centro Oeste Particular	Contagem	0	0	0	0	0	17	79	29	125
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,6%	63,2%	23,2%	100,0%
Centro Sul	Contagem	1	4	11	33	45	27	2	0	123
	%	0,8%	3,3%	8,9%	26,8%	36,6%	22,0%	1,6%	0,0%	100,0%
Leste 1	Contagem	2	5	31	67	50	13	4	0	172
	%	1,2%	2,9%	18,0%	39,0%	29,1%	7,6%	2,3%	0,0%	100,0%
Leste 1 Particular	Contagem	0	0	2	9	30	51	23	1	116
	%	0,0%	0,0%	1,7%	7,8%	25,9%	44,0%	19,8%	0,9%	100,0%
Leste 2	Contagem	1	19	48	92	44	3	1	0	208
	%	0,5%	9,1%	23,1%	44,2%	21,2%	1,4%	0,5%	0,0%	100,0%
Leste 3	Contagem	0	23	22	30	10	7	0	0	92
	%	,0%	25,0%	23,9%	32,6%	10,9%	7,6%	,0%	,0%	100,0%
Leste 4	Contagem	1	4	10	48	40	17	0	0	120
	%	0,8%	3,3%	8,3%	40,0%	33,3%	14,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Leste 5	Contagem	1	1	10	31	30	16	7	0	96
	%	1,0%	1,0%	10,4%	32,3%	31,3%	16,7%	7,3%	0,0%	100,0%
Leste 5 Particular	Contagem	0	0	0	2	22	48	18	0	90
	%	0,0%	,0%	,0%	2,2%	24,4%	53,3%	20,0%	0,0%	100,0%
Norte 1	Contagem	1	10	27	42	58	24	2	0	164
	%	0,6%	6,1%	16,5%	25,6%	35,4%	14,6%	1,2%	0,0%	100,0%
Norte 1 Particular	Contagem	0	0	2	1	10	18	14	0	45
	%	0,0%	0,0%	4,4%	2,2%	22,2%	40,0%	31,1%	0,0%	100,0%
Norte 2	Contagem	0	4	10	17	44	14	3	0	92
	%	0,0%	4,3%	10,9%	18,5%	47,8%	15,2%	3,3%	0,0%	100,0%
Sul 1	Contagem	1	10	10	44	46	13	0	0	124
	%	0,8%	8,1%	8,1%	35,5%	37,1%	10,5%	0,0%	0,0%	100,0%
Sul 1 Particular	Contagem	0	0	4	7	29	22	4	2	68
	%	,0%	,0%	5,9%	10,3%	42,6%	32,4%	5,9%	2,9%	100,0%
Sul 2	Contagem	2	22	61	139	81	27	4	0	336
	%	,6%	6,5%	18,2%	41,4%	24,1%	8,0%	1,2%	,0%	100,0%
Sul 3	Contagem	1	21	44	42	25	2	0	0	135
	%	,7%	15,6%	32,6%	31,1%	18,5%	1,5%	,0%	,0%	100,0%

3.2. Análise do Questionário WHOQOL- 100

Ao fazer uma revisão na literatura com o tema qualidade de vida, em qualquer idade, comumente este termo está associado a alguma patologia, cirurgia ou deficiência (Barker, Routledge, Farnell, Swindell & Davidson, 2009, Bosma, Reijeveld, Douw, Vos, Postma, Aaronson, Muller, Vandertop, Slotman, Taphoorn, Heimans & Klein, 2009, Chen, Zheng, Zheng, Gu, Chen, Lu & Shu, 2009, Liu, Page, Solheim, Fox & Chang, 2009, Pidala, Anasetti & Jim, 2009, Stevenson & Carey, 2009).

Poucos estudos avaliam a qualidade de vida de pessoas aparentemente saudáveis, como é proposto na presente pesquisa. Esta é apenas uma das dificuldades encontradas ao se discutir o tema. Outras são: como o adolescente é visto como alguém saudável (WAISELFISZ, 2007), pouco se investiga sobre sua qualidade de vida; este instrumento não foi validado para a população adolescente e sua aplicabilidade, a priori, é dirigida a pessoas com mais de 18 anos. Há, portanto, dificuldade de se discutir os vários aspectos aqui abordados (gênero, classe sócio-econômica, qualidade de vida, WHOQOL) com outros pesquisadores. Por este motivo, serão utilizadas referências aproximadas ao tema que, por vezes, podem fornecer possibilidades mas, dificilmente conclusões.

O WHOQOL-100 é um instrumento com 100 perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada uma é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a, composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (Fleck, 2000).

Na Tabela 17 estão apresentadas as medidas descritivas dos Domínios da qualidade de Vida avaliadas através do questionário WHOQOL -100, sendo a maior média para o nível de independência (16,68) e a menor média para Ambiente (13,31).

Tabela 17 – Medidas Descritivas das Facetas e dos Domínios do Whoqol 100

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
FACET1	2406	4	19	11,26	2,56
FACET2	2402	4	20	14,32	2,66
FACET3	2402	4	20	16,03	3,32
FACET4	2403	4	20	15,76	2,55
FACET5	2403	5	20	14,48	2,41
FACET6	2400	4	20	16,06	2,54
FACET7	2402	4	20	15,65	3,16
FACET8	2404	4	20	9,76	3,23
FACET9	2396	5	20	16,51	2,67
FACET10	2402	4	20	15,52	2,38
FACET11	2401	4	20	5,97	2,58
FACET12	2402	4	20	16,66	2,42
FACET13	2404	5	20	16,15	2,36
FACET14	2404	4	20	14,88	3,04
FACET15	2388	4	20	14,93	3,03
FACET16	2402	4	20	11,67	2,37
FACET17	2402	4	20	14,76	2,90
FACET18	2402	4	20	12,35	2,82
FACET19	2402	4	20	12,81	3,00
FACET20	2402	5	20	14,42	2,60
FACET21	2403	4	20	14,17	3,07
FACET22	2398	4	20	12,70	2,52
FACET23	2399	4	20	13,56	3,27
FACET24	2395	4	20	15,24	3,43
Classificação Geral	2402	4	20	15,53	2,34
Domínio Físico	2402	5	20	14,36	2,11
Domínio Psicológico	2401	6	20	15,23	2,07
Nível de Independência	2401	5	20	16,67	1,72
Relações Sociais	2404	7	20	15,32	2,10
Ambiente	2400	6	19	13,30	1,89
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	2395	4	20	15,24	3,43

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Na Tabela 18 observa-se que em quatro (Domínio Físico, Psicológico, Nível de Independência e Ambiente) dos seis domínios avaliados por este instrumento, estudantes do gênero masculino obtiveram pontuação mais alta. Estudantes do gênero feminino mantiveram pontuação mais alta nos domínios Relações Sociais e Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais.

Tabela 18 – Estatísticas Descritivas dos Domínios por Gênero

Domínios	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Físico	Masculino	1102	14,87	1,97	7,44	20
	Feminino	1294	13,92	2,13	5,00	20
	Total	2396	14,36	2,11	5,00	20
Domínio Psicológico	Masculino	1101	15,61	1,98	7,60	20
	Feminino	1294	14,91	2,08	6,40	20
	Total	2395	15,23	2,07	6,40	20
Nível de Independência	Masculino	1101	16,95	1,64	9,25	20
	Feminino	1294	16,44	1,75	5,50	20
	Total	2395	16,67	1,72	5,50	20
Relações Sociais	Masculino	1104	15,12	2,08	7,00	20
	Feminino	1294	15,49	2,12	7,00	20
	Total	2398	15,32	2,11	7,00	20
Ambiente	Masculino	1101	13,55	1,92	7,13	19,63
	Feminino	1293	13,09	1,84	6,38	19
	Total	2394	13,30	1,89	6,38	19,63
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	Masculino	1097	14,82	3,67	4,00	20
	Feminino	1292	15,61	3,16	4,00	20
	Total	2389	15,25	3,43	4,00	20

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Figura 9 – Domínios por gênero

Pela Análise de Variância (ANOVA) e teste de Tukey verificou-se que há diferença de gêneros (0,000) em todos os domínios: Domínio Físico, $F=127,381$; Domínio Psicológico $F=71,155$; Nível de Independência, $F=56,060$; Relações Sociais, $F=17,690$; Ambiente, $F=35,347$ e Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais, $F=31,677$.

Segundo Neri (2001), a diferença de gêneros se evidencia em muitos aspectos. As mulheres são mais queixosas, consomem mais medicamentos e mostram níveis mais altos de incapacidade durante toda a vida. Por outro lado, a avaliação de saúde sugere que os homens tendem a se tornar mais debilitados com o passar dos anos. As mulheres se percebem mais frágeis do que os homens e têm duas vezes mais chance de sofrer de depressão, embora, desde a concepção, os homens morram mais do que as mulheres (Bird & Rieker, 1999, Neri, 2001, Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). As diferenças de gêneros apresentadas neste estudo confirmam os achados dos pesquisadores acima. No questionário WHOQOL-100, onde a qualidade de vida é medida a partir do auto-relato, percebe-se que as mulheres queixam-se mais do seu estado geral de saúde, tanto física como mental. Tem-se a hipótese, inclusive, de que este seja o motivo da baixa pontuação na maioria dos domínios. Além disso, ao se abordar o consumo de drogas (tema que será discutido em outro capítulo), as adolescentes apresentam consumo maior de medicamentos do que os adolescentes, principalmente tranquilizantes e anfetaminas.

Alguns autores (Neri, 2001, Marcondes, Rotenberg & Portela, 2003) ressaltam a importância do nível ocupacional para o bem-estar e a qualidade de vida. Para a autora, o homem apresenta um nível ocupacional mais alto e mais complexo do que as mulheres. Por outro lado, mulheres de todas as idades são menos agressivas, mais solidárias, mais sugestionáveis, mais envolvidas e mais relacionadas socialmente do que os homens. Essas características são positivamente relacionadas com a satisfação com a vida e com satisfação com as relações sociais. Estas considerações coincidem, parcialmente, com os resultados deste estudo em que as meninas demonstram melhores resultados no domínio Relações Sociais e os meninos ingressam precocemente no mundo do trabalho.

Giffin (2002) aponta que a qualidade de vida entre as mulheres tende a ser mais baixa do que entre os homens pelo número de jornadas que ainda fica sob a responsabilidade da mulher. Para a autora, apesar da mulher ter ido para o mercado de trabalho para

complementar a renda do marido, ainda fica sob sua responsabilidade o cuidado da casa e dos filhos. Outro aspecto a ser ressaltado é que, freqüentemente, no Brasil, a renda está toda concentrada nos recursos que a mulher é capaz de prover. Apesar deste tema não ter sido aprofundado nesta amostra (a grande maioria da amostra declara não trabalhar), para Suplicy (1995), a questão do gênero feminino e masculino sempre esteve presente na sociedade, pois, a educação que se recebe na escola e em casa reforça a diferença entre gêneros. Esta afirmação pode justificar as diferenças encontradas neste estudo. Heilborn (1999), confirmando Suplicy (1995) mostra que as crianças precocemente constroem conceitos relacionados ao que é ou não permitido ao gênero que pertencem. As roupas, o tipo de brinquedo e as condutas devem estar de acordo com o gênero. Para a autora, ainda pequenos, os indivíduos são treinados para exercerem seus papéis sociais de homem e mulher.

Na Tabela 19, com a Análise de Variância (ANOVA) verificou-se diferenças nos Domínios Físico ($F= 11,813$ e $p 0,000$) e Ambiente ($F= 23,744$ e $p 0,000$). Com o teste de Tukey, identificou-se que, no Domínio Físico, a 1ª série foi diferente da 2ª (0,007) e da 3ª (0,000). A 2ª foi diferente da 3ª (0,000). No Domínio Ambiente, a 1ª foi diferente da 2ª (0,000) e da 3ª (0,000). A partir das médias, observam-se as tendências que serão apresentadas a seguir. Em quatro dos seis domínios avaliados pelo instrumento, o 1º ano obteve pontuação mais alta, mantendo pontuação mais baixa nos domínios Nível de Independência e Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais. O 2º ano ficou com pontuação intermediária em quatro domínios, obtendo pontuação mais alta no Nível de Independência e mais baixa em Relações Sociais. O 3º ano obteve menor pontuação em três domínios, adquirindo pontuação mais alta apenas no domínio Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais.

Esse resultado pode estar ligado às pressões vividas neste período (3º ano do Ensino Médio). São adolescentes prestes a sair da escola e a entrar no mercado de trabalho ou tentar o vestibular, ou seja, sobrecarregados pela necessidade de assumir um novo papel, perante a ele mesmo e à sociedade (Oliveira & Robazzi, 2001, Oliveira, Amaral, Triguero, Teixeira & Sá, 2005, Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro & Silva, 2006, Dias, Nazareno, Zanini & Mendonça, 2008, Rodrigues & Pelisoli, 2008). Lima, Ude, Miguel & Braga (2005), com o objetivo de desenvolver um programa de promoção de saúde com

adolescentes, também neste período de transição, buscaram duas alternativas de abordagem que não foram muito eficazes. A terceira, esta (sim) eficaz, consistiu em oferecer um espaço de acolhimento e relaxamento. Através de técnicas de relaxamento corporal, meditação e dinâmicas, foi possível emergir questões represadas e promover, portanto, relatos de alívio, bem estar e redução das pressões internas.

Tabela 19 – Estatísticas Descritivas dos Domínios por Série

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Físico	1ª série do EM	834	14,63	2,11	6,33	20
	2ª série do EM	747	14,31	2,12	7,44	20
	3ª série do EM	796	14,13	2,07	5,00	20
	Total	2377	14,36	2,11	5,00	20
Domínio Psicológico	1ª série do EM	834	15,28	2,07	6,40	20
	2ª série do EM	747	15,24	2,02	7,40	20
	3ª série do EM	795	15,17	2,11	7,60	20
	Total	2376	15,23	2,07	6,40	20
Nível de Independência	1ª série do EM	834	16,65	1,72	5,50	20
	2ª série do EM	748	16,70	1,73	9,25	20
	3ª série do EM	795	16,68	1,71	9,00	20
	Total	2377	16,68	1,72	5,50	20
Relações Sociais	1ª série do EM	835	15,38	2,18	7,33	20
	2ª série do EM	748	15,18	2,08	7,00	20
	3ª série do EM	796	15,37	2,05	8,00	20
	Total	2379	15,31	2,11	7,00	20
Ambiente	1ª série do EM	834	13,66	1,97	7,63	18,63
	2ª série do EM	746	13,12	1,75	7,63	19,63
	3ª série do EM	795	13,10	1,89	6,38	19,00
	Total	2375	13,30	1,89	6,38	19,63
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	1ª série do EM	831	15,07	3,43	4,00	20
	2ª série do EM	745	15,25	3,30	5,00	20
	3ª série do EM	794	15,42	3,55	4,00	20
	Total	2370	15,25	3,43	4,00	20

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Nas Tabelas abaixo (20; 20,1; 20,2; 20,3; 20,4 e; 20,5), avaliando cada Domínio por Classe Sócio Econômica (CSE) observa-se que, realizando a análise de variância entre as classes no domínio Físico, encontrou-se $F=1,723$ e $p\ 0,099$, ou seja, estatisticamente não houve diferença entre as classes neste domínio. No entanto, todos os outros apresentaram diferenças significantes. No domínio Psicológico, $F=3,203$ e $p\ 0,002$. Através do teste de Tukey, as diferenças foram: D é diferente de C1 (0,021), B2 (0,022) e B1 (0,008). No Nível de Independência, $F= 4,875$ e $p\ 0,000$. A classe E foi diferente das classes D (0,021), C2 (0,029), C1 (0,003), B2 (0,003), B1 (0,004) e A2 (0,003); A1 foi diferente de C1 (0,036), B2 (0,042) B1 (0,057) e A2 (0,039). No domínio Relações Sociais, $F=20,626$ e $p\ 0,000$. As

diferenças significantes foram: a classe E foi diferente de C1 (0,015), de B2 (0,002) de B1, A2 e A1 (0,000); as classe D e C2 foram diferentes de B2, B1, A2, A1 (0,000); A Classe C1 foi diferente de (B2 (0,021), A1 (0,001), B1 e A2 (0,000); a classe B2 foi diferente de B1 (0,003), A2 (0,010) 2 A1 (0,047). No domínio Ambiente, $F=102,565$ e p 0,000. As diferenças significantes entre as classes foram: a classe E foi diferente das classes B2 (0,029), B1, A2 e A1 (0,000); as classes D e C2 foram diferentes das classes C1, B2, B1, A2 e A1 (0,000); a classe C1 foi diferente das classes B2, B1, A2 e A1 (0,000); a classe B2 foi diferente de B1, A2 e A1 (0,000). No domínio Aspectos Espirituais Religião e Crenças Pessoais, $F=8,838$ e p 0,000. Através do teste de Tukey, as diferenças encontradas foram: A1 e A2 são diferentes de D, C2, C1, B2 e B1 (0,000)

A partir destes resultados nota-se que os representantes da classe A2 sobressaíram-se no domínio Nível de Independência (Tabela 20,2). Os pertencentes às classes A1 e A2 apresentaram melhor desempenho nos domínios Relações Sociais (Tabela 20,3) e Ambiente (Tabela 20,5); ficando com o pior rendimento em Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais (Tabela 20,6). Os integrantes da classe D apresentaram resultados mais baixos no domínio Psicológico e Ambiente. Observa-se, também, algumas tendências a partir das médias. Os participantes da classe E obtiveram desempenho mais baixo em todos os domínios, exceto em Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais, ficando com médias mais altas que as das classes a classe A1 e A2. Os adolescentes da classe B1 tiveram médias mais altas nos domínios Físico e Psicológico (Tabelas 20 e 20,1). Nota-se que, as melhores médias dos domínios tendem a estar concentradas nas classes sócio-econômicas mais altas (B1, A2 e A1). Essa realidade é inversa apenas no domínio Aspectos Espirituais / Religião / Crenças Pessoais (Tabela 20,5).

Tabela 20 – Estatísticas Descritivas do Domínio Físico por CSE

Domínio	Classe sócio econômica	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Físico	Classe E	10	13,66	1,97	9,67	15,67
	Classe D	136	14,05	2,30	7,33	18,67
	Classe C2	331	14,15	2,01	8,22	19,33
	Classe C1	696	14,37	2,13	5,00	20,00
	Classe B2	676	14,39	2,12	8,00	20,00
	Classe B1	353	14,54	2,03	6,33	20,00
	Classe A2	162	14,53	2,11	8,67	18,67
	Classe A1	32	14,02	2,38	9,00	18,33
	Total	2396	14,36	2,11	5,00	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Tabela 20,1 – Estatísticas Descritivas do Domínio Psicológico por CSE

Domínio	Classe sócio econômica	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Psicológico	Classe E	11	14,01	1,99	11,60	17,00
	Classe D	136	14,66	2,26	7,80	19,20
	Classe C2	331	15,02	1,90	8,60	19,00
	Classe C1	695	15,30	2,03	7,60	20,00
	Classe B2	675	15,30	2,10	8,40	19,40
	Classe B1	353	15,40	2,13	6,40	19,80
	Classe A2	162	15,36	2,00	9,00	20,00
	Classe A1	32	15,05	2,07	10,40	18,20
	Total	2395	15,23	2,072	6,40	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Tabela 20,2 – Estatísticas Descritivas do Domínio Nível de Independência por CSE

Domínio	Classe sócio econômica	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Nível de Independência	Classe E	11	14,75	2,20	9,78	17,25
	Classe D	136	16,53	1,89	10,25	20,00
	Classe C2	331	16,44	1,65	11,00	19,75
	Classe C1	695	16,76	1,66	9,00	20,00
	Classe B2	676	16,74	1,69	10,50	20,00
	Classe B1	353	16,73	1,84	5,50	20,00
	Classe A2	162	16,82	1,61	12,25	20,00
	Classe A1	31	15,77	1,85	11,75	18,75
	Total	2395	16,67	1,72	5,50	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Tabela 20,3 – Estatísticas Descritivas do Domínio Relações Sociais por CSE

Domínio	Classe sócio econômica	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Relações Sociais	Classe E	11	12,95	2,72	9,33	18,33
	Classe D	136	14,58	2,17	7,00	19,00
	Classe C2	331	14,71	1,90	7,67	19,33
	Classe C1	696	15,09	2,07	7,00	19,67
	Classe B2	677	15,45	2,10	7,33	20,00
	Classe B1	353	15,98	1,98	8,33	20,00
	Classe A2	162	16,09	1,99	9,67	20,00
	Classe A1	32	16,59	2,11	11,33	20,00
	Total	2398	15,32	2,11	7,00	20,00

Legenda: Médias mais alta Médias mais baixa

Tabela 20,4 – Estatísticas Descritivas do Domínio Ambiente por CSE

Domínio	Classe sócio econômica	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Ambiente	Classe E	11	11,84	1,35	10,38	13,88
	Classe D	136	11,77	1,90	6,75	17,75
	Classe C2	330	12,27	1,53	7,63	16,50
	Classe C1	694	12,87	1,69	6,38	19,63
	Classe B2	677	13,47	1,70	7,38	18,50
	Classe B1	352	14,31	1,67	8,88	19,00
	Classe A2	162	15,26	1,42	11,75	19,00
	Classe A1	32	15,62	1,45	12,63	18,38
	Total	2394	13,30	1,89	6,38	19,63

Legenda: Médias mais alta Médias mais baixa

Tabela 20,5 – Estatísticas Descritivas do Domínio Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais por Classe Sócio-Econômica (CSE)

Domínio	Classe sócio econômica	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Aspectos Espirituais	Classe E	11	14,54	4,39	6	20
Religião	Classe D	136	15,68	2,94	6	20
Crenças Pessoais	Classe C2	330	15,27	3,23	4	20
	Classe C1	693	15,51	3,30	4	20
	Classe B2	674	15,33	3,25	4	20
	Classe B1	351	15,33	3,69	4	20
	Classe A2	162	13,87	3,94	4	20
	Classe A1	32	12,09	4,47	4	20
	Total	2389	15,25	3,43	4	20

Legenda: Médias mais alta Médias mais baixa

Vários autores apontam o alto índice de religiosidade nas classes mais populares quando comparados aos das classes altas, assim como identifica-se nesta amostra. Estes autores abordam o crescimento das classes menos privilegiadas nas igrejas de todas as religiões, mas, principalmente, nas chamadas “evangélicas” ou “pentecostais”. Este fenômeno ocorre pelo fato das religiões oferecerem às camadas populares grupo de pertença, suporte social, apoio, alívio de sofrimento, conforto e motivações para enfrentar a

pobreza e as dificuldades (Couto, 2001, Almeida & Monteiro, 2002, Tedesco, 2002, Valla, 2002, Jurkevics, 2004, Duarte, Lebrão, Tuono & Laurenti, 2008).

Couto (2001) assinala que há diferenças de posturas diante da vida entre as classes dominantes e as classes mais necessitadas. Nas primeiras, há maior tendência ao individualismo, nas outras, de grupalização e, nesta última, há a busca pela religião, principalmente as igrejas pentecostais que exigem maior comprometimento e grupo de referência.

Quanto aos resultados que apontam maior média nos domínios entre as classes mais altas, encontrou-se reciprocidade na teoria de Maslow (1987). Segundo o autor, o comportamento, as motivações e o sentimento de bem-estar podem ser explicados por uma seqüência de necessidades, começando pelas mais básicas e subindo até as mais sofisticadas (topo da pirâmide). Satisfazendo as necessidades dos níveis inferiores segue-se para os superiores, conforme representa a pirâmide de Maslow (figura 1). Seguindo esta hipótese, a classe sócio-econômica E, tendo menor número de necessidades satisfeitas, tende a ter uma qualidade de vida menor. Por outro lado, conforme aumenta o nível sócio-econômico, aumenta o grau de satisfação, a quantidade de necessidades satisfeitas e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Figura 10 – Pirâmide de Maslow (Hierarquia das Necessidades, 1987)

Outros autores (Tomasi, Barros & Victora, 1996, Macedo, Paim, Silva & Costa, 2001, Barcellos, Sabrosa, Peiter & Rojas, 2002), assim como Maslow (1987), apontam que,

conforme aumenta a renda, aumenta proporcionalmente as condições gerais de vida que podem ser traduzidas por qualidade de vida. Barcellos, Sacrosa, Peiter & Rojas (2002) apontam que “pessoas e áreas de pior nível socioeconômico apresentam, quase invariavelmente, piores condições de saúde” (p. 133). Os autores acrescentam que uma área com nível alto de renda frequentemente oferece boa cobertura dos serviços de saneamento, equipamentos de saúde e de educação. Em áreas mais pobres, principalmente aquelas situadas nas periferias das grandes cidades do terceiro mundo, tendem a ter a maior parte destes serviços excluídos.

Minayo, Hartz & Buss (2000) afirmam que:

“Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.” (p.9)

Tabela 21 - Medidas Descritivas dos Domínios por Região do Município (Escolas Públicas)

	D. Físico	D. Psicológico	N. Independência	R. Sociais	Ambiente	A.E. / C. / Religião
Norte	250	250	250	250	250	250
	14,07	15,00	16,61	15,08	13,33	14,69
Sul	598	598	598	598	599	599
	14,20	15,07	16,54	14,84	12,52	14,20
Leste	679	679	680	680	679	679
	14,48	15,35	16,76	15,18	12,91	15,28
Oeste	216	216	216	216	216	214
	14,39	15,25	16,65	15,60	13,51	15,28
Centro	224	224	224	224	224	224
	14,27	14,89	16,26	15,33	13,37	15,26

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Observa-se na Tabela 21 que não há muita diferença entre as regiões em cada domínio ao avaliar as escolas públicas. As diferenças mais evidentes foram: o baixo rendimento da Região Sul no Domínio Relações Sociais; das Regiões Sul e Leste no Domínio Ambiente e das Regiões Norte e Sul no Domínio Aspectos Espirituais, Crenças e Religião. A Região Leste foi a que apresentou melhor desempenho neste questionário, obtendo média mais alta em quatro dos seis Domínios do WHOQOL-100 (Domínio Físico, Domínio Psicológico, Nível de Independência e Aspectos Espirituais / Crenças / Religião). Em segundo lugar ficou a Região Oeste, com melhor desempenho em Relações Sociais, Ambiente e Aspectos Espirituais / Crenças / Religião. O pior desempenho foi da região Sul,

tendo a média mais baixa em três domínios: Relações Sociais, Ambiente e Aspectos Espirituais / Crenças / Religião.

Tabela 22 - Medidas Descritivas dos Domínios por Região do Município (Escolas Particulares)

	D. Físico	D. Psicológico	N. Independência	R. Sociais	Ambiente	A.E. / C. / Religião
Norte	45	45	45	45	44	45
	14,95	15,46	16,82	16,34	14,51	14,02
Sul	68	68	68	68	68	68
	14,54	15,30	17,11	15,84	13,63	14,54
Leste	205	204	206	206	206	206
	14,63	15,58	16,89	16,38	14,76	15,55
C. Oeste	117	117	116	117	117	117
	14,24	14,90	16,34	15,93	15,59	12,52

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Na Tabela 22, assim como aconteceu com as escolas públicas, nas particulares, nota-se que não há muita diferença entre as regiões em cada domínio. As diferenças mais evidentes foram: o baixo rendimento da Região Centro Oeste nos Domínio Psicológico e Aspectos Espirituais, Crenças e Religião; da Região Sul no Domínio Ambiente. A Região Leste foi a que apresentou melhor desempenho neste questionário, inclusive entre as escolas particulares, obtendo média mais alta em quatro dos seis Domínios do WHOQOL-100 (Domínio Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Aspectos Espirituais / Crenças / Religião). A Região Centro-Oeste, apresentou o pior desempenho obtendo a média mais baixa em quatro domínios: D. Físico, D. Psicológico, Nível de Independência e Aspectos Espirituais / Crenças / Religião

Aplicando o Teste F (ou ANOVA) nas comparações dos domínios por Diretorias de Ensino (DE), constataram-se algumas diferenças (Tabela 23):

Tabela 23 – Medidas Descritivas do Domínio FÍSICO por Diretoria de Ensino (DE)

DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centro	101	14,09	2,18	9,00	18,00
Centro Oeste	216	14,39	1,99	9,67	20,00
Centro Oeste Particular	117	14,24	2,20	8,67	18,67
Centro Sul	123	14,34	2,20	5,00	19,33
Leste 1	172	14,69	1,87	8,33	18,67
Leste 1 Particular	116	14,43	2,03	9,33	18,67
Leste 2	204	14,73	2,00	8,67	19,33
Leste 3	92	14,34	2,02	9,00	17,67
Leste 4	120	14,19	1,95	7,33	20,00
Leste 5	91	14,44	2,61	6,33	19,33
Leste 5 Particular	89	14,84	2,00	9,00	19,67
Norte 1	160	13,91	2,06	8,33	19,00
Norte 1 Particular	45	14,95	2,08	9,33	18,67
Norte 2	90	14,22	2,13	7,44	19,33
Sul 1	124	14,58	2,31	8,00	20,00
Sul 1 Particular	68	14,54	1,99	10,00	18,67
Sul 2	338	14,30	2,12	8,33	20,00
Sul 3	136	13,72	2,18	7,33	19,33
Total	2402	14,36	2,11	5,00	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio Físico, a análise de variância (ANOVA) identificou diferença entre as Diretorias de Ensino (DE). Com o teste de Tukey, as diferenças encontradas foram: Sul 3 é diferente de Leste 1 (0,008), Leste 1 particular (0,002) e Leste 5 particular (0,012) e Leste 2 (0,029); Norte 1 é diferente de Leste 1 e Leste 2 (0,029). Pode-se observar que houve certa constância nas médias, quando há comparação entre as escolas. A exceção foi a escola localizada na Diretoria de Ensino Sul 3, que apresentou desempenho bem inferior a média das escolas. Considerando as seis melhores e as seis piores médias, observa-se que a Região Leste obteve rendimentos melhores neste domínio do que as outras regiões. Observa-se, também que nenhuma das escolas particulares avaliadas esteve entre as seis médias mais baixas, ou seja, o rendimento no Domínio Físico tende a ser melhor entre as escolas particulares da amostra.

Tabela 24– Medidas Descritivas do Domínio PSICOLÓGICO por Diretoria de Ensino

DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centro	101	14,70	1,81	9,20	19,40
Centro Oeste	216	15,25	2,02	9,20	19,40
Centro Oeste Particular	117	14,90	2,08	9,40	19,20
Centro Sul	123	15,09	2,07	7,60	19,20
Leste 1	172	15,97	1,83	9,60	19,80
Leste 1 Particular	115	15,40	2,00	10,00	19,20
Leste 2	205	15,17	2,02	8,80	19,60
Leste 3	91	15,17	2,02	7,40	18,80
Leste 4	120	15,34	2,27	7,60	19,80
Leste 5	91	15,10	2,04	6,40	19,80
Leste 5 Particular	89	15,77	1,97	10,20	19,20
Norte 1	160	14,80	2,30	8,40	20,00
Norte 1 Particular	45	15,46	1,87	11,40	18,80
Norte 2	90	15,19	1,95	10,40	18,60
Sul 1	124	14,85	2,10	9,40	19,20
Sul 1 Particular	68	15,30	2,23	9,00	19,60
Sul 2	338	15,51	2,12	8,00	20,00
Sul 3	136	14,83	1,86	9,00	19,60
Total	2401	15,23	2,07	6,40	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio Psicológico (Tabela 24), a ANOVA mostrou que há diferença entre as Diretorias de Ensino (DE). Com o teste de Tukey foram encontradas as seguintes diferenças: a escola pertencente a DE Leste 1 foi diferente da localizada na Centro (0,000), Centro Oeste (0,057), Centro Oeste particular (0,002), Centro Sul (0,029), Leste 2 (0,018), Norte 1 (0,000), Sul 1 (0,001) e Sul 3 (0,000); a escola pertencente à DE Leste 1 foi diferente da escola Leste 2 (0,018), da Norte 1 (0,000), da Sul 1 (0,001) e da Sul 3 (0,000); a escola representante da DE Norte 1 foi diferente das pertencentes à Leste 5 (0,038) e Sul 2 (0,034). Observou-se certa constância entre as médias, assim como no domínio Físico. Destacou-se levemente a escola Centro com média baixa e a Leste 1 com média alta. Considerando as seis melhores e as seis piores médias, nota-se que a Região Centro apresentou maior quantidade de médias baixas, enquanto a Leste obteve médias altas. Neste domínio, quatro, das cinco escolas particulares (com exceção da Centro-Oeste, particular), encontram-se entre as seis médias mais altas.

Tabela 25 – Medidas Descritivas do Domínio NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA por Diretoria de Ensino (DE)

DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centro	101	15,92	1,76	12,00	19,75
Centro Oeste	216	16,65	1,69	11,25	20,00
Centro Oeste Particular	116	16,34	1,69	11,75	19,75
Centro Sul	123	16,59	1,73	9,00	20,00
Leste 1	172	17,24	1,49	12,75	20,00
Leste 1 Particular	116	16,78	1,86	12,25	20,00
Leste 2	205	16,62	1,65	9,78	20,00
Leste 3	92	16,61	1,55	12,25	19,75
Leste 4	120	16,52	1,74	10,25	20,00
Leste 5	91	16,67	2,07	5,50	19,75
Leste 5 Particular	90	17,00	1,74	10,00	19,75
Norte 1	159	16,31	1,78	10,50	20,00
Norte 1 Particular	45	16,82	1,91	11,00	19,50
Norte 2	90	16,76	1,82	12,50	20,00
Sul 1	124	16,70	1,61	10,50	20,00
Sul 1 Particular	68	17,11	1,50	13,00	20,00
Sul 2	337	17,01	1,57	12,00	20,00
Sul 3	136	16,11	1,69	9,25	19,75
Total	2401	16,67	1,72	5,50	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio Nível de Independência (Tabela 25), observou-se diferenças significantes entre as Diretorias de Ensino, com $F=5,865$ e $p 0,000$. Através do teste de Tukey verificou-se as seguintes diferenças: a escola localizada na DE Centro foi diferente das pertencentes às Diretorias de Ensino Centro Oeste (0,038), Leste 1 (0,038), Leste 1 particular (0,022), Leste 5 particular (0,022), Norte 2 (0,058), Sul 1 particular (0,001) e Sul 2 (0,000); a representante da DE Leste 1 mostrou-se diferente das referentes as Diretorias de Ensino Leste 2 (0,048), Leste 4 (0,038), Norte 1 (0,000) e Sul 3 (0,000); A localizada na Sul 3 é diferente das pertencentes à Leste 5 particular (0,014), Sul 1 particular (0,009) e Sul 2 (0,000); a representante da DE Centro Oeste particular foi diferente das referentes às Diretorias Leste 1 (0,002) e Leste 2 (0,029); a localizada na DE Norte 1 foi diferente da pertencente à Sul 2 (0,003). Considerando as médias, identifica-se média mais baixa novamente na escola Centro. A melhor média repetiu-se na escola Leste 1, seguida(s) pelas escolas Sul 1 particular, Sul 2 e Leste 5 particular, respectivamente. Considerando as seis melhores e as seis piores médias, a região Centro destacou-se por apresentar maior quantidade de médias baixas do que as outras regiões. As Regiões Leste e Sul, ao contrário, obtiveram a maior quantidade de médias altas. As escolas particulares apresentaram as quatro das seis médias mais altas, a única exceção foi da diretoria Centro-Oeste particular.

Nota-se que os resultados dos domínios Psicológico e Nível de Independência foram muito semelhantes em alguns aspectos: a região Leste obteve os melhores resultados e a Centro os piores; as mesmas escolas particulares estão entre os melhores rendimentos nos dois domínios e a única particular que foi exceção em um domínio, foi também no outro, a da região Centro Oeste

Tabela 26 – Estatísticas Descritivas do Domínio RELAÇÕES SOCIAIS por DE

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centro	101	15,46	1,93	9,00	19,33
Centro Oeste	216	15,60	2,12	8,67	19,67
Centro Oeste Particular	117	15,93	2,16	8,33	20,00
Centro Sul	123	15,20	2,06	9,33	20,00
Leste 1	172	15,46	2,11	7,00	19,67
Leste 1 Particular	116	16,41	1,80	11,33	19,67
Leste 2	205	14,55	2,00	7,33	19,67
Leste 3	92	15,21	1,87	11,00	18,67
Leste 4	120	15,25	1,92	10,33	19,00
Leste 5	91	15,44	2,01	7,67	18,67
Leste 5 Particular	90	16,35	1,60	12,67	19,67
Norte 1	160	14,82	2,37	7,00	19,00
Norte 1 Particular	45	16,34	1,94	9,67	20,00
Norte 2	90	15,35	2,22	9,67	20,00
Sul 1	124	15,08	2,12	9,00	20,00
Sul 1 Particular	68	15,84	1,86	10,67	20,00
Sul 2	338	15,24	2,09	8,00	20,00
Sul 3	136	14,20	1,90	9,33	19,67
Total	2404	15,32	2,10	7,00	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio Relações Sociais (Tabela 26), identificou-se diferenças significantes, com $F=9,993$ e $p 0,000$. Com o teste de Tukey, as Diretorias que apresentaram diferenças foram: Leste 1 foi diferente das escolas representantes das Diretorias Centro Oeste (0,058), Centro Sul (0,001), Leste 1 particular (0,014), Leste 2 (0,002), Leste 4 (0,000); A pertencente à Leste 2 foi diferente das localizadas nas Diretorias Centro (0,027), Centro Oeste, Leste1 particular, Leste 5 particular, Norte 1 particular (todas com nível de significância 0,000), Leste 5 (0,059), Sul 1 particular (0,001), Sul 2 (0,017); a referente à DE Sul 3 foi diferente das localizadas nas Diretorias Centro, Centro Oeste, Centro Oeste particular, Norte 1 particular, Sul 1 particular, Sul 2, Leste 1 particular e Leste 5 particular (0,000), Centro Sul (0,011), Leste 4 (0,006), Leste 5 (0,001), Sul 1 (0,054) e Norte 2 (0,005); a integrante da DE Leste 1 particular foi diferente das representantes das Diretorias

Norte 1, Sul 1 e Sul 2 (0,000), Leste 3 (0,003), Leste 4 (0,002) e Norte 2 (0,025); a pertencente à DE Norte 1 foi diferente das localizadas na Norte 1 particular e Centro Oeste particular (0,001), Sul 1 particular (0,057), Leste 5 particular (0,000); a integrante da Leste 5 particular foi diferente da pertencente a Centro Sul (0,007), Leste 4 (0,014), Sul 1 e Sul 2 (0,001); a Norte 1 particular foi diferente da Sul 1 (0,041). Destaca-se pela média baixa e diferença no Teste de Tukey, a escola Sul 3, seguida pelas escolas Leste 2 e Norte 1, respectivamente. As médias mais altas foram das escolas Leste 1 particular, Leste 5 particular e Norte 1 particular, respectivamente.

Tabela 27 – Estatísticas Descritivas do Domínio AMBIENTE por DE

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centro	101	13,12	1,63	8,38	17,50
Centro Oeste	214	13,51	1,69	9,38	18,00
Centro Oeste Particular	117	15,59	1,30	12,50	18,63
Centro Sul	123	13,62	1,98	6,38	18,38
Leste 1	172	13,17	1,56	7,63	17,00
Leste 1 Particular	116	14,59	1,61	8,88	18,50
Leste 2	205	12,65	1,58	8,13	17,75
Leste 3	92	12,54	1,68	8,25	17,25
Leste 4	120	12,77	1,97	6,75	18,13
Leste 5	91	13,43	1,63	9,13	17,75
Leste 5 Particular	90	14,93	1,41	11,38	17,75
Norte 1	159	12,97	1,95	7,75	17,25
Norte 1 Particular	44	14,51	1,44	10,13	17,13
Norte 2	90	13,70	1,53	8,50	18,50
Sul 1	124	12,75	1,60	8,13	17,75
Sul 1 Particular	68	13,63	1,52	10,50	17,13
Sul 2	338	12,83	1,93	7,13	19,00
Sul 3	136	11,97	1,64	7,63	19,63
Total	2400	13,30	1,89	6,38	19,63

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio Ambiente (Tabela 27), a diferenciação das médias ficou evidente, assim como das outras análises estatísticas. Com a Análise de variância, $F=34,358$ e $p=0,000$. Através do teste de Tukey, verificou-se que, a escola pertencente à DE Sul 3 foi diferente das localizadas nas Diretorias Centro, Centro Oeste particular, Centro Oeste, Centro Sul, Leste 1, Leste 1 particular, Leste 5, Leste 5 particular, Norte 1, Norte 1 particular, Norte 2, Sul 1, Sul 1 particular, Sul 2 (todas com nível de significância 0,000), Leste 4 (0,021) e Leste 2 (0,035); a escola da DE Centro Oeste particular foi diferente das pertencentes às Diretorias Centro, Centro Oeste, Centro Sul, Leste 1, Leste 2, Leste 3, Leste 4, Leste 5,

Norte 1, Norte 2, Sul 1, Sul 1 particular, Sul 2 (todas com nível de significância 0,000) , Leste 1 particular (0,001), Norte 1 particular (0,037); a localizada na Leste 1 particular mostrou-se diferente das integrantes das Diretorias Centro, Centro Oeste, Leste 1, Leste 2, Leste 3, Leste 4, Leste 5, Norte 1, Sul 1, Sul 2 (todas com nível de significância 0,000), Centro Sul (0,002), Norte 2 (0,025) e Sul 1 particular (0,026); a representante da DE Leste 2 foi diferente das referentes as Diretorias Centro Oeste, centro Sul, Leste 5 particular, Norte 2, Sul 1 particular (todas com nível de significância 0,000) e Leste 5 particular; a Leste 3 é diferente da Centro Oeste, Leste 5 particular, Norte 1 particular (todas com nível de significância 0,000), Centro Sul (0,001), Leste 5 (0,044), Norte 2 (0,001) e Sul 1 particular (0,009); a integrante da DE Leste 5 particular apresentou-se diferente das pertencentes às Diretorias Centro, Centro Oeste, Centro Sul, Leste 1, Leste 4, Leste 5, Norte 1, Norte 2, Sul 1, Sul 1 particular, Sul 2 (todas com nível de significância 0,000); a representante da DE Norte 1 particular mostrou-se diferente das localizadas nas Diretorias Centro, Centro Oeste, Leste 1, Leste 4, Sul 1, Sul 2, Sul 3 (todas com nível de significância 0,000); a integrante da Leste 4 foi diferente das localizadas na Norte 2 (0,012), Centro Oeste (0,020) e Centro Sul (0,014); a representante da DE Sul 1 foi diferente das pertencentes às Diretorias Centro Oeste (0,011), Centro Sul (0,008) e Norte 2 (0,007); a referente à DE Sul 2 mostrou-se diferente das localizadas nas Diretorias Centro Oeste (0,001), Centro Sul (0,002), Norte 2 (0,002) e Sul 1 particular (0,049). Avaliando as médias, a escola Sul 3 foi a única a obter média de aproximadamente 11, enquanto a Centro-Oeste particular foi a única a obter média 15 neste domínio. Considerando as seis escolas que obtiveram melhor rendimento neste domínio, observa-se que cinco são particulares (todas as particulares avaliadas) e apenas uma, na diretoria Norte 2, é pública.

Tabela 28 – Medidas Descritivas do Domínio ASPECTOS ESPIRITUAIS / RELIGIÃO / CRENÇAS PESSOAIS por Diretoria de Ensino (DE)

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centro	99	14,92	3,70	6,00	20,00
Centro Oeste	214	15,28	3,24	5,00	20,00
Centro Oeste Particular	117	12,52	4,38	4,00	20,00
Centro Sul	123	15,59	3,18	6,00	20,00
Leste 1	172	15,99	2,97	6,00	20,00
Leste 1 Particular	116	15,60	3,57	4,00	20,00
Leste 2	205	15,32	3,09	5,00	20,00
Leste 3	90	15,47	3,24	4,00	20,00
Leste 4	120	15,04	3,49	4,00	20,00
Leste 5	91	14,59	3,94	4,00	20,00
Leste 5 Particular	90	15,50	2,99	8,00	20,00
Norte 1	159	15,17	3,21	6,00	20,00
Norte 1 Particular	45	14,02	3,84	4,00	20,00
Norte 2	90	14,22	2,13	5,00	20,00
Sul 1	124	14,58	2,31	6,00	20,00
Sul 1 Particular	68	14,54	1,99	8,00	20,00
Sul 2	338	14,30	2,12	4,00	20,00
Sul 3	136	13,72	2,18	5,00	20,00
Total	2402	14,36	2,11	4,00	20,00

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais (Tabela 28) foram encontradas diferenças entre as Diretorias de Ensino pela Análise de Variância (ANOVA) com $F=6,489$ e $p=0,000$. Através do teste de Tukey, as diferenças encontradas foram: a escola particular integrante da DE Centro Oeste apresentou-se diferente das pertencentes às Diretorias Centro, Centro Oeste, Norte 1, Norte 2, Sul 1, Sul 1 particular, Sul 2, Sul 3 (todas com nível de significância 0,000), Centro Sul, Leste 1, Leste 1 particular, Leste 2, Leste 3, Leste 4 (todas com nível de significância 0,001) e Leste 5 (0,002); a escola localizada na DE Norte 1 particular apresentou-se diferente da localizada na DE leste 1. Considerando as médias, as escolas que mais se destacaram foram Centro-Oeste particular obtendo a média mais baixa (aproximadamente 12) e Sul 1 particular, obtendo a mais alta (aproximadamente 16). Considerando as seis melhores e as seis piores médias, observa-se que a Região Leste obteve as 5 médias mais altas neste domínio e a Sul, as 3 mais baixas. A escola Centro é diferente de Centro Oeste particular ($p<0,0001$); Centro Oeste é diferente de Centro Oeste particular ($p<0,0001$); Centro Oeste particular é diferente de todas, com exceção da Norte 1 particular.

A escola localizada na DE Centro obteve o mais baixo rendimento nos domínios Psicológico e Nível de Independência, não tendo nenhuma representatividade quanto a

médias altas. A representante da diretoria Leste1 (particular) apresentou a média mais alta no domínio Relações Sociais e a segunda mais alta em aspectos Espirituais, Crenças e Religião, tendo desempenho bem acima da média nos Domínios Ambiente, Nível de Independência e Psicológico.

A escola localizada na Diretoria de Ensino Sul 3 se destacou apresentando o menor desempenho em três domínios: Físico, Relações Sociais e Ambientes. Também obteve resultados muito baixos (a segunda pior média entre todas as escolas) em Nível de Independência e Aspectos Espirituais, Crenças e Religião, não tendo representatividade quanto a bons rendimentos em qualquer outro domínio. Esta escola, entre todas as avaliadas, apresentou menor qualidade de vida segundo o instrumento WHOQOL-100. Zöllner, Armond, Novo, Compri & Juliano (2009), ranqueando as condições gerais de saúde de cada um das 31 subprefeituras do município de São Paulo, identificou que a subprefeitura onde está localizada a escola Sul 3 (Parelheiros) está entre as 12 subprefeituras com piores condições de saúde, assim como foi verificado neste estudo.

A escola pública Leste 1 se destacou por apresentar as médias mais altas em três domínios: Psicológico, Nível de Independência e Aspectos Espirituais. Além disso, obteve média alta no Domínio Físico e não obteve médias muito baixas em nenhum Domínio. Segundo esta avaliação, com o instrumento WHOQOL-100, as escolas localizadas na Diretoria de Ensino Leste 1 (tanto a particular como a pública), foram a que apresentaram melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, melhor desempenho geral.

A escola particular localizada na Diretoria Centro Oeste apresentou a pontuação mais alta no Domínio ambiente e a mais baixa nos Aspectos Espirituais, Religião e Crenças pessoais. Teve baixo rendimento também no Domínio Psicológico. Nota-se que esta escola é a que possui maior quantidade de estudantes da classe econômica A (82,6%). Segundo o ranking apresentado por Zöllner, Armond, Novo, Compri e Juliano (2009), a escola Leste 1, localizada na subprefeitura de Aricanduva, ficou entre as 10 melhores condições de saúde dentre as subprefeituras da cidade.

De maneira geral verificou-se que cada escola particular se destacou, mesmo que timidamente, em algum domínio obtendo pontuação mais alta: A Leste 1 e Leste 5 se destacaram no domínio Relações Sociais, com as pontuações mais altas, respectivamente. A Norte 1 particular obteve pontuações altas nos Domínios Físicos e Relações Sociais; a Sul 1

particular no Domínio Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais. Por fim, a Centro-Oeste particular teve o melhor rendimento no Domínio Ambiente.

Considerando as seis médias mais altas em cada domínio e as seis mais baixas pode-se identificar o desempenho de cada região. A Região Sul, principalmente no que se refere à rede pública apresentou médias mais baixas que as outras escolas no domínio Ambiente, mas obteve média boa em nível de Independência e, com a Região Leste, adquiriu bom rendimento no Domínio Físico. A Região Leste foi a melhor região em Aspectos Espirituais, Crenças e Religião, tendo apresentado boas médias também no Domínio Psicológico. A Região Centro não apresentou (mau) bom rendimento nos Domínios Psicológico e Nível de Independência, com resultados abaixo da média em todos os Domínios. A Região Norte obteve média baixa no domínio Físico e alta no domínio Ambiente.

Nota-se que cada escola ou cada região do município apresenta uma peculiaridade quanto aos rendimentos no instrumento WHOQOL-100. Esta particularidade pode ser entendida como uma indicação norteadora ou um caminho a seguir na intervenção em cada instituição ou cada região do município. Esta avaliação indicou também que cada escola tem aspectos fortes e possíveis aliados na promoção de saúde.

Buscando relacionar os resultados obtidos pelo instrumento WHOQOL-100 com outras populações, comparou-se com os resultados obtidos por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon (1999), com a amostra de validação do questionário para a população brasileira. Os autores selecionaram 300 pessoas para compor a amostra, sendo 250 pacientes de um hospital de clínicas de Porto Alegre e 50 voluntários, chamados de controle. Na Tabela 29 verifica-se os resultados obtidos pelos autores.

Tabela 29 - Comparação dos escores dos Domínios em relação à presença de doença (controle x paciente).

Domínio	Média (dp)	
	Controle	Paciente
Domínio Físico	14,6	12,3
Domínio Psicológico	15,2	13,8
Domínio Nível de Independência	17,1	13,4
Domínio Relações Sociais	15,7	14,4
Domínio Meio Ambiente	14,0	13,1
Domínio Espiritualidade	16,3	15,4

Fonte: Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon (1999)

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Na Tabela 30 foi feito um comparativo entre as três amostras. A Amostra 1, chamada de “controle” pelos autores, a Amostra 2, composta pelos pacientes e a Amostra 3, composta pelos adolescentes do presente estudo.

Tabela 30: Comparação das médias dos resultados obtidas entre as amostras de validação e deste estudo, tem-se:

DOMÍNIO	Médias		
	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3
Domínio Físico	14,6	12,3	14,3
Domínio Psicológico	15,2	13,8	15,2
Nível de Independência	17,1	13,4	16,6
Relações Sociais	15,7	14,4	15,3
Ambiente	14,0	13,1	13,3
Espiritualidade	16,3	15,4	15,2

Legenda Tabela 14:

Amostra 1: Amostra “Controle” de validação do questionário

Amostra 2: Amostra “Paciente” de validação do questionário

Amostra 3: Amostra do presente estudo com adolescentes

Nota-se que as médias obtidas pelos adolescentes deste estudo estão próximas às adquiridas pela amostra “controle” de validação do questionário WHOQOL-100, exceto nos domínios Ambiente e Espiritualidade, em que os resultados se aproximaram mais da Amostra 2, ou seja, dos pacientes. No domínio Físico, a média da Amostra 1 foi 14,6,(e) da Amostra 3 foi 14,4 e da amostra de paciente foi 12,3. No domínio Psicológico, Amostras 1 e 3 alcançaram a média 15,2, enquanto a Amostra 2 apresentou média 13,8. No domínio Nível de Independência, as médias das Amostras 1 e 3 são 17,1 e 16,7, respectivamente. A

Amostra 2 é bem mais baixa, atingindo 13,4. No domínio Relações Sociais, a média foi 15,7 na Amostra 1 e 15,3 na Amostra 3. A amostra 2 teve rendimento médio de 14,4. Diferentemente dos quatro domínios anteriores, nos Domínios Ambiente e Espiritualidade, as médias dos adolescentes aqui estudados estão mais próximas da amostra de pacientes do que da amostra controle. Tem-se, portanto, para o Domínio Ambiente, média 13,1 para a Amostra 2 e 13,3 para a Amostra 3. A Amostra 1 chegou a 14,0. No Domínio Espiritualidade a Amostra 1 alcançou 16,3, enquanto as 2 e 3 apresentaram médias de 15,4 e 15,2, respectivamente. Neste último Domínio, a média dos adolescentes foi mais baixa que a dos pacientes.

Quanto ao menor índice no Domínio Espiritualidade, encontrado entre os adolescentes, é importante ressaltar que, com o avanço da idade, há uma tendência a desenvolver a espiritualidade ou ligar-se mais enfaticamente a alguma religião (Faria & Seidl, 2005, Duarte, Lebrão, Tuono & Laurenti, 2008). O Domínio ambiente avalia qualidade do meio ambiente em que o indivíduo vive, sua segurança, condições físicas da sua realidade, etc. Os adolescentes indicam que estão pouco satisfeitos com o lugar e as condições em que vivem. Ferreira (2008) aponta que, no Brasil, maior parte das infrações (cerca de 83,1%) feitas por adolescentes são contra a propriedade, ou seja, o adolescente demonstra de várias formas (neste questionários, nos atos infracionais, etc.) sua insatisfação e desejo de ter mais para se sentir incluído. Nota-se que o melhor desempenho neste domínio foi da classe sócio-econômica mais alta (A1) que, provavelmente é modelo (ideal) para todas as outras, mais ou menos insatisfeitas.

3.3. Análise do Questionário “The Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey” (SF-36)

Como já apresentado anteriormente, o SF-36 foi o segundo instrumento voltado à avaliação da qualidade de vida em adolescentes utilizado neste estudo. O WHOQOL-100, embora seja um questionário da Organização Mundial de Saúde, validado para vários países e bastante aplicado internacionalmente, é dirigido para pessoas com mais de 18 anos. Em contato, via e-mail, com Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, o representante no Brasil do WHOQOL Group, em 2006, foi sugerido utilizar, simultaneamente ao WHOQOL, um instrumento que pudesse ser aplicado em adolescentes. O SF-36 foi escolhido por ser aplicado nesta população no Brasil e no exterior e ser de fácil aplicação. Segundo Ware (2000) o SF-36 está habilitado para ser aplicado em pessoas com 14 anos ou mais, pode ser autoaplicado, aplicado por computadores, administrado pessoalmente ou por telefone por pessoa treinada.

Existem outros instrumentos para avaliar a qualidade de vida exclusivamente de adolescentes, porém, todos apresentavam algum empecilho para a aplicação nesta amostra. Vamos apresentar os três mais utilizados, mas que, por algum motivo, que também estará explícito, não puderam ser utilizados neste estudo. O Kiddo-Kindl, um questionário de origem alemã que avalia seis dimensões: bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, família, amigos e colégio (Urzua & Mercado, 2008). Os inconvenientes deste instrumento são: foi validado para os adolescentes de vários países (Turquia, Japão, França, Inglaterra, Singapura, Taiwan, entre outros), mas não para a população brasileira. Além disso, foi desenvolvido para crianças e adolescentes de 08 a 16 anos, não podendo ser utilizado na amostra deste estudo que se estende até 19 anos. O instrumento Francês VSP-A, *Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent* (Simeoni et al. 2000), desenvolvido para avaliar a qualidade de vida em adolescentes não foi validado para a população brasileira. Outro questionário de referência mundial para avaliar a qualidade de vida e que não foi validado para o Brasil é o KIDSCREEN. Este instrumento foi desenvolvido simultaneamente em treze países europeus (Alemanha, Áustria, Espanha, França, Grécia, Países Baixos, Hungria, Irlanda, República Checa, Polônia, Reino Unido, Suécia e Suíça). Existem versões com diferentes extensões: uma com 52 itens que avalia 10 domínios; uma com 27 itens que

avalia 5 domínios e uma com 10 itens que oferece uma pontuação global (Berra et al., 2009).

Os instrumentos para avaliar a qualidade de vida em adolescente são relativamente recentes. Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) afirmam que, historicamente, os adolescentes vêm sendo negligenciados. A investigação da qualidade de vida vinha sendo centrada apenas no adulto. Para os autores, mesmo em estudos de populações gerais, que incluem amostra de jovens, frequentemente, os dados são apresentados de forma agrupada em grandes grupos etários, o que torna difícil distinguir informações sobre qualidade de vida na adolescência.

Em seus estudos, Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) verificaram que, de maneira geral, as médias das respostas fornecidas pelos adolescentes suecos são similares às de adolescentes americanos. Contudo, identificamos que ambas são mais altas das que as obtidas através das respostas dos adolescentes avaliados em São Paulo/Brasil. Esta comparação indica que os adolescentes lá têm melhor qualidade de vida que os de São Paulo. Estes resultados podem ser explicados pela óbvia diferença da condição de vida, recursos de saúde, educação, trabalho, moradia, etc., entre estes povos. Por outro lado, segundo os próprios autores, a pesquisa que realizaram mostrou que o método de administração do instrumento influencia a forma como as pessoas reagem e respondem. Segundo estes autores, as pessoas tendem a avaliar sua saúde e bem-estar medidos pelo SF-36 de forma significativamente mais favorável em entrevistas por telefone, do que nos questionários distribuídos por e-mail. Remetem isso ao anonimato, mais preservado via telefone do que via e-mail. No presente estudo, a avaliação foi pessoal e em sala de aula. Partindo da premissa do anonimato, o procedimento adotado pelo estudo paulistano realmente apresentaria médias mais baixas.

Na Tabela 31, apresentamos a média geral dos adolescentes em cada domínio do instrumento.

Tabela 31 – Estatísticas Descritivas de cada domínio

Domínios	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	2419	85,04	15,38	-35	100
Aspecto Físico	2415	84,23	27,77	-75	100
Dor	2415	72,31	20,59	0	100
Est. Geral de Saúde	2420	70,04	18,43	-8	100
Vitalidade	2402	67,46	16,54	-5	100
Aspectos Sociais	2418	79,28	21,74	-12	100
Aspecto Emocional	2411	77,38	32,95	-66	100
Saúde Mental	2402	72,32	16,39	-8	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Observa-se, a partir destes resultados, que os estudantes apresentaram melhor desempenho nos domínios “Capacidade Funcional” e “Aspecto Físico”. As médias mais baixas foram nos domínios “Vitalidade” e “Estado Geral de Saúde”. Estes resultados podem estar relacionados à grande habilidade física, potência e força que o adolescente vem adquirindo a partir da puberdade. Durante o início da puberdade estas características causam estranhamento, mas, no decorrer do tempo, durante a adolescência, os indivíduos passam a ter mais controle e melhor manejo de suas recém adquiridas habilidades físicas (Martin et al. 2001; Rodrigues et al. 2007; Maia, 2008). Por outro lado, são conhecidos os conflitos deste período do desenvolvimento (Ximenes Neto, Marques & Rocha, 2008; Matheus, 2008). Estes conflitos comuns da adolescência podem ter influenciado diretamente nos aspectos com desempenho mais baixo apresentados neste estudo.

Tabela 32 – Comparação da média geral dos adolescentes com a média da população brasileira, apresentada por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999).

Domínios	População Brasileira	Adolescentes Paulistanos
Capacidade Funcional	66,50	85,04
Aspectos Físicos	59,50	84,23
Dor	63,96	72,31
Estado geral de saúde	68,22	70,04
Vitalidade	66,30	67,46
Aspectos sociais	87,00	79,28
Aspectos emocionais	66,66	77,38
Saúde mental	70,32	72,32

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

A Tabela 32 mostra que os adolescentes paulistanos apresentaram média mais alta do que da população brasileira em todos os domínios, exceto “Aspectos Sociais”. Este resultado pode ser explicado pela diferença entre as duas amostras. A amostra representante da população brasileira foi composta por 50 indivíduos, sendo 43 mulheres e 7 homens. A

idade média foi de 49,42 anos e 18% da população era não-alfabetizada. A maioria de mulheres, como demonstram outros estudos (Neri, 2001; Pinheiro et al. 2002; Bird & Rieker, 1999; Jörngarden, Wettergen & Essen, 2006), tende a apresentar médias mais baixas. A idade média foi de, aproximadamente, 50 anos e, conseqüentemente, tende a relatar menor qualidade de vida que os mais novos (Jörngarden, Wettergen & Essen, 2006). Este resultado se dá, provavelmente, em função do excesso de responsabilidades, problemas físicos e encargos com filhos e cônjuge, o que não se apresenta entre os adolescentes, principalmente os desta amostra, em que uma minoria trabalha, é casada e tem filhos. Por fim, 18% de analfabetos remete a uma classe socioeconômica baixa que também segundo Couto (2001), é indício de qualidade de vida mais baixa do que nas classes mais favorecidas.

Com o intuito de comparar os resultados dos adolescentes de São Paulo com os obtidos em Campinas por Pereira e Del Vecchio (2006), apresentamos a Tabela 32 em que foi aplicado o questionário de Qualidade de Vida SF-36 entre estudantes do Ensino Fundamental e do Supletivo. A coluna Paulistanos refere-se aos dados obtidos pelos adolescentes do Ensino Médio do presente estudo.

Tabela 33 – Comparação dos resultados do questionário SF-36 obtidos em Campinas (Pereira & Del Vecchio, 2006) e São Paulo

Domínios	Ensino Fundamental	Supletivo	Paulistanos
Capacidade Funcional	89,66	75,00	85,05
Aspectos Físicos	90,83	74,19	84,23
Dor	69,76	64,29	72,31
Estado geral de saúde	78,13	68,48	70,04
Vitalidade	62,33	60,16	67,46
Aspectos sociais	79,33	68,74	79,28
Aspectos emocionais	76,73	58,03	77,38
Saúde mental	64,40	60,00	72,32

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

A amostra do estudo realizado em Campinas (Tabela 33) foi apenas de alunos de escolas públicas, e parte da amostra foi de estudantes do Ensino Fundamental matutino e parte do Supletivo Noturno. Comparando os resultados de estudantes paulistanos e supletivo percebemos que os primeiros apresentaram melhor desempenho em todos os domínios. Este resultado já era esperado pela condição socioeconômica dos dois grupos. Os adolescentes do presente estudo estudam nos três períodos (manhã, tarde e noite) e têm representantes de todas as classes. Os estudantes de supletivo tendem a pertencer a uma

classe menos favorecida, ser mais velhos e o tempo preenchido de obrigações, pois, tendem a trabalhar durante o dia e estudar à noite (Di Pierro, Joia & Ribeiro, 2001; Navarro, 2005). Além disso, o autor relatou que a qualidade de vida tende a ser mais negativa conforme o aumento da idade (Jörngarden et al. 2006).

Ao compararmos com o Ensino Fundamental, observamos que obtiveram médias parecidas nos domínios “Aspectos Sociais” e “Aspectos Emocionais”. Os estudantes paulistanos demonstraram melhor desempenho nos domínios “Dor”, “Vitalidade” e “Saúde Mental”; os campineiros em “Capacidade Funcional”, “Aspectos Físicos” e “Estado Geral de Saúde”. Os resultados parecidos entre as duas amostras podem estar relacionados ao fato da média das amostras pertencerem a classe socioeconômica parecidas.

Na Tabela 34 apresentaremos a comparação dos resultados obtidos pela aplicação do questionário SF-36 em dois estudos. Neste, com estudantes do Ensino Médio e de outro estudo, cuja amostra envolvia um grupo de adolescentes com Depressão Pós-Parto e um grupo controle, ou seja, de adolescentes sem diagnóstico (Barbosa et al., 2008).

Tabela 34 – Comparação entre a amostra do estudo de Barbosa, Petribú, Mariano, Ferreira e Almeida (2008) com adolescentes com Depressão Pós Parto (DPP) e sem DPP e os paulistanos do presente estudo

Domínios	Com DPP	Sem DPP	Paulistanos
Capacidade Funcional	81,64	90,01	85,05
Aspectos Físicos	59,04	61,07	84,23
Dor	62,49	68,50	72,31
Estado geral de saúde	41,25	48,45	70,04
Vitalidade	46,64	62,47	67,46
Aspectos sociais	69,33	78,54	79,28
Aspectos emocionais	18,02	67,88	77,38
Saúde mental	49,84	61,79	72,32

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

A partir da comparação destes resultados, observamos que os estudantes paulistanos, ou seja, do presente estudo, apresentaram médias mais altas do que o grupo controle em quase todos os domínios, exceto em “Capacidade Funcional”, obtendo desempenho pior em “Aspectos Sociais”, no qual a média foi parecida. Este resultado está relacionado, provavelmente, com as características das amostras dos dois estudos. O estudo de Barbosa et al. (2008) foi realizado com adolescentes de escolas públicas da periferia de Pernambuco, enquanto esta investigação tem, predominantemente, adolescentes das classes

socioeconômicas B2 e C1. A diferença de classes, conforme assinalam vários autores, influencia na qualidade de vida (Tomasi, Barros & Victora, 1996; Macedo et al., 2001; Barcellos et al., 2002). Quanto à comparação com as adolescentes com DPP, como já era previsto, a amostra deste estudo apresentou pontuação mais alta em todos os domínios. Segundo Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), a depressão pós-parto é caracterizada por humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), mudança significativa de peso ou de apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de culpa ou desvalia, idéias de morte ou suicídio, e perda de concentração. Essa sintomatologia pode interferir em praticamente todos os domínios do instrumento SF-36, justificando médias tão mais baixas do que as apresentadas pelos adolescentes do presente estudo.

O instrumento SF-36 também foi aplicado em adolescentes asiáticos (Tseng, Lu & Gandek, 2003). Ao comparamos os resultados, observamos médias mais altas nos domínios “Capacidade Funcional” e “Dor” em relação aos resultados obtidos por este estudo, conforme apresentamos na Figura 1. Os domínios “Aspecto Físico”, “Estado Geral de Saúde” e “Aspectos Sociais” foram similares entre as duas amostras. Nos domínios “Saúde Mental”, “Aspecto Emocional” e “Vitalidade”, os paulistanos apresentaram melhor desempenho. Este resultado pode estar relacionado às peculiaridades de Taiwan, província da China que, segundo Pomar (2009), por um lado vive em constante atrito com Pequim e, por outro, tornou-se uma das economias mais aceleradas do planeta. Esta instabilidade que acompanha este povo há muitos anos, provavelmente, interfere nos “Aspectos Emocionais” e “Saúde Mental”. Notamos que, de maneira geral, os resultados foram parecidos entre as duas amostras.

Figura 11 – Comparação dos resultados do questionário SF-36 entre adolescentes asiáticos e paulistanos

Abaixo, na Tabela 35, apresentaremos os resultados do questionário SF-36 respondidos por jovens com Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI) e da população geral, fornecidos pelo mesmo estudo (costa et al., 2007) e compararemos com os obtidos por adolescentes do presente estudo.

Tabela 35 – Comparação dos resultados de jovens com Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI), população geral e estudantes paulistanos do presente estudo

Domínios	Portadores de CDI	População geral	Paulistanos
Capacidade Funcional	68,0	72,3	85,05
Aspectos Físicos	61,7	68,0	84,23
Dor	72,4	68,8	72,31
Estado geral de saúde	67,3	64,5	70,04
Vitalidade	64,7	58,8	67,46
Aspectos sociais	85,0	80,6	79,28
Aspectos emocionais	66,7	78,5	77,38
Saúde mental	65,9	75,8	72,32

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Através destes resultados observamos que, quando comparamos os adolescentes paulistanos com portadores de morte súbita verificamos que os adolescentes do presente estudo obtiveram médias mais altas em 5 dos 8 domínios. No entanto, os portadores de morte súbita apresentaram melhor desempenho nos domínios “Aspectos Sociais” e “Aspectos Emocionais” e desempenho parecido no domínio “Dor”. Estes resultados podem estar relacionados ao fato destes pacientes estarem em tratamento e, provavelmente, serem assistidos em suas necessidades físicas, psicológicas e sociais. Buscamos e não encontramos na literatura artigos que abordassem as características psicológicas de pacientes portadores de diagnóstico de morte súbita. Ao comparar com os resultados da população geral, fornecidos pelo mesmo estudo, observamos médias mais baixas entre os estudantes paulistanos nos domínios “Aspectos Emocionais” e “Saúde Mental”. Este resultado pode estar relacionado ao fato do adolescente estar fazendo escolhas definitivas para sua vida, sua instabilidade quanto ao futuro, suas dúvidas próprias da idade sobre quem é e quem quer ser. Por outro lado, nos outros 6 domínios, o desempenho foi melhor entre os adolescentes, provavelmente porque o autorrelato da qualidade de vida tende a ser mais negativo conforme o aumento da idade (Jörngarden et al. 2006).

Na Tabela 36 serão apresentadas as médias de cada domínio do instrumento SF-36

por gênero. Observamos que os meninos apresentaram melhor desempenho em todos os domínios, semelhante ao que ocorreu no instrumento WHOQOL-100, em que as meninas apresentaram pontuações mais altas em dois dos seis domínios deste questionário.

Tabela 36 – Estatísticas descritivas de cada Domínio do SF-36 por Gênero

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	Masculino	1116	87,41	14,94	-35	100
	Feminino	1303	83,02	15,48	-35	100
	Total	2419	85,04	15,38	-35	100
Aspecto Físico	Masculino	1115	85,71	26,32	-75	100
	Feminino	1300	82,96	28,91	-75	100
	Total	2415	84,23	27,77	-75	100
Dor	Masculino	1115	76,78	19,68	0	100
	Feminino	1300	68,47	20,59	0	100
	Total	2415	72,31	20,59	0	100
Estado Geral da Saúde	Masculino	1117	72,63	18,44	-8	100
	Feminino	1303	67,81	18,14	-8	100
	Total	2420	70,04	18,43	-8	100
Vitalidade	Masculino	1109	71,24	16,02	-5	100
	Feminino	1293	64,21	16,29	20	100
	Total	2402	67,46	16,54	-5	100
Aspecto Sociais	Masculino	1115	83,56	19,68	-12,50	100
	Feminino	1303	75,62	22,74	0	100
	Total	2418	79,28	21,74	-12,50	100
Aspecto Emocional	Masculino	1113	82,89	29,38	-66,67	100
	Feminino	1298	72,65	35,06	-66,67	100
	Total	2411	77,38	32,95	-66,67	100
Saúde Mental	Masculino	1109	76,59	15,20	-8	100
	Feminino	1293	68,66	16,49	4	100
	Total	2402	72,32	16,39	-8,00	100

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Considerando cada domínio e as diferenças entre os gêneros, temos no Domínio Capacidade Funcional ($F=50,02$), $p < 0,000$; no Aspecto Físico ($F=5,92$) $p < 0,015$; no domínio Dor ($F=101,66$), $p < 0,000$; no Estado Geral de Saúde ($F=41,80$), $p < 0,000$; Vitalidade ($F= 112,74$), $p < 0,000$; Aspectos Sociais ($F=82,84$), $p < 0,000$; no domínio Aspecto Emocional ($F=59,35$), $p < 0,000$; no Domínio Saúde Mental ($F=148,38$), $p < 0,000$.

Conforme apresentamos nos resultados do questionário WHOQOL-100, outros autores também identificaram relato de maior qualidade de vida entre o sexo masculino, quando comparado ao sexo feminino. Esta diferença ocorre, predominantemente pelo fato

das mulheres serem mais queixosas, demonstrarem níveis mais altos de incapacidade durante toda vida, se perceberem mais frágeis do que os homens, terem duas vezes mais chance de sofrer de depressão (Neri, 2001; Pinheiro et al. 2002; Bird & Rieker, 1999). Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) acrescentam que o autorrelato da qualidade de vida tende a ser mais baixo entre as mulheres de qualquer idade, mas que esta frequência entre adolescente pode estar ligada tanto ao amadurecimento mais rápido das meninas quanto ao maior número de exigências feitas a elas durante este período.

O melhor desempenho entre os meninos também ocorreu no estudo de Marklund, Ahlstedt e Nordström (2004). Buscando conhecer a qualidade de vida de adolescentes alérgicos, utilizaram o questionário SF-36. No gráfico 2 verificamos o desempenho das meninas alérgicas e não-alérgicas apresentados pelos autores citados e o desempenho das paulistanas do presente estudo. Na base das Figuras (2 e 3) estão os domínios “Capacidade Funcional” (CF), “Aspecto Físico” (AF), “Dor”, “Estado Geral de Saúde” (EGS), “Vitalidade”, “Aspecto Social” (AS), “Aspecto Emocional” (AE) e “Saúde Mental” (SM).

Figura 12 – Comparação entre os resultados de cada domínio do questionário SF-36 entre meninas alérgicas, não alérgicas e paulistanas

A partir do gráfico acima, verificamos que, de maneira geral, os resultados obtidos pelas paulistanas demonstram menor rendimento do que tanto a amostra geral quanto a amostra de meninas alérgicas. Os domínios em que as paulistanas apresentaram, comparativamente, médias mais altas foram “Aspecto Físico” e “Aspecto Emocional”, ficando abaixo da amostra geral e acima da amostra de alérgicas, e “Vitalidade”, apresentando a mesma média que a amostra geral. Em todos os outros domínios o desempenho das paulistanas foi pior do que as duas amostras.

Figura 13 – Comparação entre os resultados de cada domínio do questionário SF-36 entre meninos alérgicos, não alérgicos e paulistanos

A partir do gráfico 3, observamos que, entre os meninos, também o desempenho foi baixo em quase todo o instrumento, assim como aconteceu entre as meninas. No entanto, entre os meninos, os paulistanos obtiveram média mais alta que as duas amostras em um domínio: “Vitalidade”. O “Aspecto Físico” apresentou resultado parecido com o da amostra de meninos não-alérgicos e “Aspectos Emocionais” obteve resultado intermediário, entre a amostra de alérgicos e não-alérgicos, apresentando médias mais baixas que as outras duas amostras nos outros 5 domínios.

Como podemos perceber, os meninos, apesar de terem apresentado resultados melhores do que o das meninas, também demonstraram ter níveis mais baixos de qualidade de vida do que as amostras de alérgicos e não-alérgicos apresentadas pelo estudo de Marklund, Ahlstedt e Nordström (2004). Temos duas hipóteses para este fenômeno. Em primeiro lugar, trata-se de uma amostra obtida em um município ao sul de Estocolmo, na Suécia, onde a renda per capita e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) são bem maiores do que os brasileiros, mesmo se tratando da amostra privilegiada que temos em São Paulo. Em segundo lugar, a amostra sueca, segundo os autores, apresenta condições socioeconômicas superiores à média da população e, com isso, a qualidade de vida tende a ser maior, conforme vimos nas diferenças de classes apontadas pelo questionário WHOQOL-100.

Na Tabela 37, a partir das análises de variância (ANOVA), temos “Capacidade Funcional” ($F=4,94$) p 0,007; “Aspecto Físico” ($F=1011$) p 0,329; “Dor” ($F=2,10$) p 0,122; “Estado Geral de Saúde” ($F=0,94$) p 0,388; “Vitalidade” ($F=10,77$) p 0,000; “Aspectos

Sociais” ($F=0,43$) p 0,958; “Aspecto Emocional” ($F=2,66$) p 0,70; “Saúde Mental” ($F=1,02$) p 0,358. Nota-se as diferenças entre séries nos domínios “Capacidade Funcional” e “Vitalidade”. Através do teste de Tukey identificou-se que, no domínio “Capacidade Funcional”, a 1ª série é diferente da 3ª série (p 0,05) e no domínio “Vitalidade”, a 1ª é diferente da 2ª (p 0,044) e da 3ª (p 0,000).

Tabela 37 – Estatísticas Descritivas dos Domínios do SF-36 por Série

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	1ª série do EM	835	83,89	15,69	0	100
	2ª série do EM	748	85,22	14,79	-35	100
	3ª série do EM	798	86,24	14,97	-35	100
	Total	2381	85,10	15,20	-35	100
Aspecto Físico	1ª série do EM	832	83,29	29,51	-75	100
	2ª série do EM	748	84,09	27,70	-50	100
	3ª série do EM	798	85,33	26,08	-50	100
	Total	2378	84,23	27,83	-75	100
Dor	1ª série do EM	832	73,26	20,86	10	100
	2ª série do EM	748	72,58	20,14	0	100
	3ª série do EM	798	71,20	20,60	0	100
	Total	2378	72,35	20,56	0	100
Estado Geral de Saúde	1ª série do EM	836	69,83	19,11	-8	100
	2ª série do EM	748	69,51	18,18	-3	100
	3ª série do EM	798	70,75	17,94	-8	100
	Total	2382	70,04	18,43	-8	100
Vitalidade	1ª série do EM	828	69,31	16,49	-5	100
	2ª série do EM	746	67,31	16,68	20	100
	3ª série do EM	790	65,51	16,22	10	100
	Total	2364	67,41	16,53	-5	100
Aspectos Sociais	1ª série do EM	835	79,28	22,19	-12,50	100
	2ª série do EM	748	79,21	21,40	0	100
	3ª série do EM	797	79,51	21,44	0	100
	Total	2380	79,33	21,69	-12,50	100
Aspecto Emocional	1ª série do EM	829	77,00	32,75	-66,67	100
	2ª série do EM	748	79,63	31,18	0	100
	3ª série do EM	797	75,86	34,26	-66,67	100
	Total	2374	77,45	32,81	-66,67	100
Saúde Mental	1ª série do EM	828	72,96	16,55	-8	100
	2ª série do EM	746	71,96	16,55	4	100
	3ª série do EM	790	71,94	16,02	20	100
	Total	2364	72,30	16,380	-8	100

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Considerando-se apenas as médias de cada ano, podemos apontar algumas tendências, como as que serão apresentadas a seguir. Identifica-se que os alunos do 3º ano obtiveram médias mais altas em 4 aspectos: “Capacidade Funcional”, “Aspectos Físicos”, “Aspectos Gerais de Saúde” e “Aspectos Sociais”, obtendo as médias mais baixas nos

outros 4 aspectos: “Dor”, “Vitalidade”, “Aspectos Emocionais” e “Saúde Mental”. Os estudantes do 1º ano, através das médias, apresentaram os melhores desempenhos nos domínios e as médias mais baixas em “Capacidade Funcional” e “Aspectos Físicos”. Os alunos do 2º ano obtiveram as menores médias em “Aspectos Gerais de Saúde” e “Aspectos Sociais” e a maior média em “Aspectos Emocionais”.

Quanto ao baixo desempenho dos alunos do 3º ano nos domínios “Dor”, “Vitalidade”, “Aspectos Emocionais” e “Saúde Mental”, Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) relatam que, com o aumento da idade, é frequente a diminuição da qualidade de vida. Para estes autores, conforme vai se aproximando a idade adulta, há um aumento dos estressores, tanto internos como externos, em função de vários aspectos, por exemplo: lutar pela autonomia, formar uma autoimagem madura, estabelecer relações sociais, ter boas notas na escola e fazer a escolha profissional.

Nas próximas tabelas serão apresentados os resultados de cada domínio por Classe Socioeconômica (CSE). Posteriormente serão apresentados resultados de cada domínio por Diretoria de Ensino, a fim de verificar os bons e maus desempenhos em cada escola para uma possível intervenção.

Na Tabela 38, analisando o domínio “Capacidade Funcional” nas Classes Socioeconômicas (CSE), observa-se que, através da ANOVA, $F=8,405$ e $p=0,000$. Com o teste de Tukey, verificou-se que os estudantes da classe A2 são diferentes dos representantes das classes D (0,000), C2 (0,000), B2 (0,000) e B1 (0,016). Os alunos da classe C2 são diferentes daqueles que integram as classes B1 e B2 (0,003 e 0,001, respectivamente). Os adolescentes pertencentes à classe A2 apresentaram desempenho bem superior ao das outras classes sociais. Nota-se também que os representantes da classe C2 apresentaram o pior desempenho neste domínio.

Tabela 38 – Estatísticas Descritivas do domínio Capacidade Funcional por Classe Sócio-Econômica

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	81,50	13,55	50	100
D	136	82,31	18,20	-35	100
C2	335	81,88	18,64	-35	100
C1	700	83,78	14,81	20	100
B2	682	86,19	13,52	25	100
B1	356	86,37	16,23	-35	100
A2	167	91,22	10,95	40,	100
A1	33	86,96	12,30	55	100
Total	2419	85,04	15,38948	-35	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio “Aspecto Físico” (Tabela 39), com a análise de variância (ANOVA), $F=2,417$ e $p\ 0,18$. Através do teste de Tukey, encontrou-se diferença significativa dos estudantes da classe A2 com os da classe D (0,006) e os da C2 (0,030). Os resultados coincidem com o domínio “Capacidade Funcional”, ou seja, os adolescentes da classe A2 apresentaram melhor desempenho no domínio “Aspecto Físico”.

Tabela 39 – Estatísticas Descritivas do domínio Aspecto Físico por CSE

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	77,50	29,93	25	100
D	137	78,83	32,63	-75	100
C2	335	82,16	29,86	-75	100
C1	697	84,79	27,43	-75	100
B2	680	84,55	26,52	-50	100
B1	356	83,91	28,87	-75	100
A2	167	90,56	20,46	0	100
A1	33	82,57	31,55	0	100
Total	2415	84,23	27,77	-75	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio “Dor” (Tabela 40), através da ANOVA, $F=1,552$ e $p\ 0,145$. Com o teste de Tukey, verificou-se que os adolescentes da classe A2 são diferentes dos da classe C1 (0,036). Os representantes da classe A2 apresentaram desempenho bastante elevado ao serem comparados com as outras classes. A alta pontuação indica baixa quantidade de dor. A baixa pontuação indica presença de dor. Os integrantes da classe C1 revelaram baixo escore para este domínio.

Tabela 40 – Estatísticas Descritivas do domínio Dor por CSE

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	77,10	21,15	31	100
D	137	71,60	20,27	22	100
C2	335	71,99	20,17	12	100
C1	697	71,44	21,35	0	100
B2	680	72,44	20,25	0	100
B1	356	72,03	21,08	0	100
A2	167	77,01	17,80	22	100
A1	33	71,87	23,11	10	100
Total	2415	72,31	20,59	0	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Na Tabela 41, com a ANOVA, $F=6,085$ e $p 0,000$. Através do teste de Tukey verificou-se que os alunos da classe A2 são diferentes dos da classe E (0,038), D (0,000), C1 (0,001), C2 (0,000) e B2 (0,000). Os pertencentes à classe B1 são diferentes dos estudantes da classe C2 (0,019). No domínio “Estado Geral de Saúde”, portanto, os participantes da classe A2 obtiveram melhor desempenho e, avaliando as tendências das médias, os adolescentes da classe E apresentaram desempenho inferior ao das outras classes sociais. Considerando que as classes econômicas apresentaram médias entre 66 e 73, a classe E apresentou 57 e a classe A2 76.

Tabela 41 – Estatísticas Descritivas do domínio Estado Geral de Saúde por CSE

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	57,80	31,56	-3	100
D	137	66,82	18,86	-8	100
C2	335	67,62	17,93	-8	100
C1	700	69,80	19,18	-8	100
B2	682	69,38	17,92	-8	100
B1	356	72,28	17,86	-8	100
A2	167	76,43	15,88	32	100
A1	33	73,69	19,21	25	100
Total	2420	70,04	18,43	-8	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio “Vitalidade” (Tabela 42), através da ANOVA, $F=1,550$ e $p 0,146$. Com o teste de Tukey não foram encontradas diferenças significativas. Observa-se, porém, através das médias, uma tendência de baixo desempenho dos estudantes da classe econômica E (59) e alto desempenho dos alunos classe econômica A2 (68). As outras classes apresentaram médias entre 64 e 67.

Tabela 42 – Estatísticas Descritivas do domínio Vitalidade por CSE

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	59,00	20,52	20	100
D	135	64,18	17,97	-5	100
C2	331	66,45	16,06	25	100
C1	692	67,76	16,57	20	100
B2	679	67,99	16,74	25	100
B1	355	67,94	15,88	10	100
A2	167	68,26	16,36	30	100
A1	33	66,81	16,28	35	100
Total	2402	67,46	16,54	-5	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Na Tabela 43, através da ANOVA, $F=2,055$ e $p\ 0,45$. Com o teste de Tukey, assim como no domínio “Vitalidade”, não houve diferença entre as classes. No entanto, analisando as tendências apresentadas pelas médias, verifica-se um desempenho muito baixo dos adolescentes da classe econômica E (média 67,5) e um melhor desempenho dos representantes da classe A2 (82,78) quanto ao “Aspecto Social”. As outras classes obtiveram médias entre 75 e 81.

Tabela 43 – Estatísticas Descritivas do domínio Aspecto Social por CSE

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	67,50	27,76	25	100
D	137	77,64	23,40	0	100
C2	335	77,27	22,49	0	100
C1	699	78,77	22,06	0	100
B2	681	79,91	20,83	12,50	100
B1	356	80,65	21,98	-12,50	100
A2	167	82,78	18,49	12,50	100
A1	33	75,37	26,42	0	100
Total	2418	79,28	21,74	-12,50	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Os resultados obtidos no domínio “Aspectos Emocionais” (Tabela 44) através da ANOVA, foram $F=3,058$ e $p\ 0,003$. Com o teste de Tukey, as diferenças encontradas foram que os adolescentes da classe D são diferentes dos da classe C1 (0,009) e da B1 (0,058).

Tabela 44 – Medidas Descritivas do domínio Aspecto Emocional por CSE

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	80,00	35,83	0	100
D	136	69,60	36,84	-33,33	100
C2	333	75,27	33,32	-66,67	100
C1	696	80,55	30,63	-33,33	100
B2	680	76,47	33,48	-33,33	100
B1	356	79,49	33,01	-66,67	100
A2	167	75,84	32,65	0	100
A1	33	66,66	40,82	0	100
Total	2411	77,38	32,95	-66,67	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio “Saúde Mental” (Tabela 45), através da ANOVA, $F=4,375$ e $p=0,000$. Com o teste de Tukey, as diferenças encontradas foram que os representantes da classe E eram diferentes dos pertencentes às classes D (0,025), C2 (0,020), C1 (0,05), B2 (0,003), B1 (0,002), A2 (0,001) e A1 (0,034). Os que integram a classe C2 eram diferentes dos pertencentes à classe A2 (0,047). Nota-se que, entre as médias, a mais alta foi dos estudantes pertencentes à classe socioeconômica A2 e a mais baixa dos alunos da classe E.

Tabela 45 – Estatísticas Descritivas do domínio Saúde Mental por CSE

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	10	52,80	26,18	4	100
D	135	70,25	19,15	-8	100
C2	331	70,21	15,84	24	100
C1	692	72,08	16,45	24	100
B2	679	72,90	16,32	20	100
B1	355	73,85	15,27	16	100
A2	167	74,94	15,78	28	100
A1	33	71,39	14,83	40	100
Total	2402	72,32	16,39	-8	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Na relação entre domínios e classe econômica nota-se que os integrantes da Classe E apresentaram médias mais baixas em 6 das 8 áreas avaliadas pelo instrumento (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Aspectos Gerais de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental), obtendo maior média no aspecto “Dor”. Os representantes da Classe A2 obtiveram maior média em 6 das 8 áreas avaliadas (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Aspectos Gerais de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental). As médias mais altas no domínio “Aspecto Emocional” foram dos alunos pertencentes à

classe C1 e a mais baixa dos adolescentes da classe A1. Vários autores (Tomasi, Barros & Victora, 1996; Macedo et al. 2001; Barcellos et al. 2002) apontam que, quanto mais baixa a classe socioeconômica, menor tende a ser a qualidade de vida da população, conforme identificamos no presente estudo. Este resultado se dá por vários motivos: menor acesso ao sistema de saúde de qualidade, ao lazer, à educação, à assistência social, etc.

Na Tabela 46, nota-se que os estudantes da Região Leste apresentaram as melhores médias em 6 (Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental) dos 8 domínios propostos pelo questionário. Os representantes da Região Oeste obtiveram as piores médias em 4 (Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais) dos 8 domínios, seguida pelos adolescentes da Região Sul, com médias mais baixas em 3 domínios (Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Saúde Mental).

Tabela 46 – Estatísticas Descritivas dos Domínios por região do Município (Escolas Públicas)

	Norte		Sul		Leste		Oeste		Centro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Capacidade Funcional	255	85,71	597	83,53	685	85,42	216	85,18	224	86,63
Aspectos Físicos	254	83,35	596	83,88	685	84,40	214	78,03	224	81,47
Dor	254	69,88	596	70,93	685	72,80	214	70,25	224	71,28
Estado geral de saúde	255	68,58	597	66,17	686	70,45	216	70,17	224	67,28
Vitalidade	254	67,82	596	65,43	683	68,42	208	67,11	220	64,85
Aspectos sociais	255	76,02	597	78,33	686	80,26	214	74,18	224	78,50
Aspectos emocionais	254	72,84	595	78,25	685	77,64	212	72,48	224	75,26
Saúde mental	254	70,91	596	70,47	683	73,23	208	72,03	220	71,29

Legenda Médias mais altas Médias mais baixas

Na Tabela 47, realizando uma análise de porcentagem referente à qualidade de vida entre alunos de escolas particulares, observa-se que os adolescentes da Região Centro-Oeste e da Norte foram os que apresentaram o maior número de médias mais altas. Os representantes da primeira apresentaram a média mais alta nos domínios “Aspectos Físicos”, “Dor” e “Estado Geral de Saúde”. Os estudantes da Região Norte superaram todas

as outras nos domínios “Capacidade Funcional”, “Aspectos Sociais” e “Saúde Mental”. No entanto, os da Região Oeste também foram os que apresentaram maior número de médias baixas. Isto ocorreu nos domínios “Vitalidade”, “Aspectos Sociais” e “Aspectos Emocionais”. Os adolescentes da Região Sul também obtiveram as médias mais baixas em 3 domínios: “Capacidade Funcional”, “Dor” e “Estado Geral de Saúde”.

Tabela 47 – Medidas Descritivas dos Domínios por região do Município (Escolas Particulares)

	Norte		Sul		Leste		Centro -Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Capacidade Funcional	45	90,33	68	86,61	206	86,86	125	90,16
Aspectos Físicos	45	84,44	68	87,13	206	86,37	125	90,60
Dor	45	74,08	68	71,2	206	74,99	125	76,02
Estado g. de saúde	45	76,75	68	70,61	206	74,21	125	77,04
Vitalidade	45	72,44	68	73,01	205	68,76	125	65,40
Aspectos Sociais	45	85,83	68	82,16	206	81,53	125	80,00
Aspectos Emocionais	44	73,48	68	81,86	206	81,91	125	69,60
Saúde mental	45	77,24	68	75,88	205	73,16	125	73,37

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Na Tabela 48 iniciamos a apresentação dos resultados por Diretoria de Ensino (DE). Ao relacionarmos o domínio “Capacidade Funcional” com as Diretorias de Ensino, observa-se que, através da Análise de Variância (ANOVA), $F=5,710$ e $p=0,000$. Com o teste de Tukey, verificou-se as seguintes diferenças: a escola localizada na DE Sul 3 é diferente das escolas localizadas nas Diretorias de Ensino Centro-Oeste, Centro Sul, Leste 2, Sul 2, Leste 4 e Norte 2, Centro, Leste 5, Sul 1, Norte 1 particular, Sul 1 particular, Leste 5 particular e Centro-Oeste particular, em um nível de significância de 0,000. A escola pertencente à DE Sul 3 é diferente, também, da integrante das Diretorias de Ensino Norte 1 (0,028), Leste 1 (0,001) e Leste 3 (0,022). A escola representante da DE Leste 1 é diferente das localizadas na Centro-Oeste particular (0,046) e Sul 2 (0,003). A representante da Leste 2 é diferente das pertencentes à Leste 5 (0,022), Leste 5 particular (0,020) e Centro-Oeste particular (0,001).

Considerando as médias, a mais alta foi da escola particular localizada na Diretoria Norte 1, seguida pelas escolas localizadas nas Diretorias Centro-Oeste (particular), Leste 5 (particular) e Leste 5 (pública), respectivamente. O pior desempenho foi da escola localizada na Diretoria de Ensino Sul 3 (pública), tanto pelas médias como pelo teste de Tukey. Pereira e Del Vecchio (2006) relacionaram Qualidade de Vida (QV) com nível de atividade física em Campinas. A média do domínio “capacidade funcional” foi 89,66 no ensino fundamental e 75,00 no supletivo. Observa-se que a média do ensino fundamental é compatível com as médias mais altas obtidas neste estudo e a média do supletivo é similar à mais baixa (Sul 3).

Tabela 48 – Estatísticas descritivas do domínio Capacidade Funcional por DE

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	Centro	101	86,18	12,82	40	100
	Centro Oeste	216	85,18	17,94	-35	100
	Centro Oeste Particular	125	90,16	10,11	65	100
	Centro Sul	123	87,07	13,74	40	100
	Leste 1	172	83,72	17,28	-35	100
	Leste 1 Particular	116	84,39	17,18	0	100
	Leste 2	206	84,02	16,51	-35	100
	Leste 3	92	83,75	15,05	25	100
	Leste 4	120	86,54	12,32	35	100
	Leste 5	95	89,10	13,20	20	100
	Leste 5 Particular	90	89,27	9,93	60	100
	Norte 1	163	83,92	16,21	10	100
	Norte 1 Particular	45	90,33	10,78	60	100
	Norte 2	92	87,50	15,69	15	100
	Sul 1	124	85,04	12,85	45	100
	Sul 1 Particular	68	86,61	10,87	55	100
	Sul 2	337	83,64	14,39	25	100
	Sul 3	136	75,91	20,42	-35	100
	Total	2421	85,05	15,38	-35	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Na Tabela 49 observa-se que, quanto ao domínio “Aspecto Físico”, com ANOVA, $F=4,402$ e $p 0,000$. Através do teste de Tukey, identificou-se as seguintes diferenças que seguem. A escola localizada na DE Centro é diferente das escolas pertencentes às Diretorias de Ensino Centro Sul (0,003), Leste 1 (0,000), Leste 4 (0,012), Sul 2 (0,028),

Norte 2 (0,036), Leste 5 particular (0,041) e Centro-Oeste Particular (0,001). A representante da Leste 1 é diferente das pertencentes à Centro-Oeste (0,004), Norte 1 (0,042) e Leste 3 (0,012). Observa-se, portanto, que as escolas que obtiveram melhor desempenho foram as localizadas nas Diretorias Leste 1 (pública) e Centro-Oeste (particular), respectivamente. A escola que obteve pior desempenho foi a localizada na Diretoria Centro.

Tabela 49–Estatísticas descritivas do domínio Aspecto Físico por Diretoria de Ensino

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Aspecto Físico	Centro	101	73,51	32,17	0	100
	Centro Oeste	214	78,03	32,62	-75	100
	Centro Oeste Particular	125	90,60	22,14	0	100
	Centro Sul	123	89,43	25,60	0,	100
	Leste 1	172	91,13	23,36	-50	100
	Leste 1 Particular	116	84,69	27,14	-50	100
	Leste 2	207	84,29	27,77	-75	100
	Leste 3	91	76,92	27,44	0	100
	Leste 4	120	88,33	22,20	0	100
	Leste 5	95	81,31	27,03	0	100
	Leste 5 Particular	90	88,05	24,64	0	100
	Norte 1	163	78,52	29,51	0	100
	Norte 1 Particular	45	84,44	32,98	-75	100
	Norte 2	91	88,18	22,46	0	100
	Sul 1	123	85,36	28,43	-75	100
	Sul 1 Particular	68	87,13	28,48	0	100
	Sul 2	337	86,12	25,99	-50	100
	Sul 3	136	80,14	31,64	-50	100
	Total	2417	84,24	27,77	-75	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Analisando o domínio “Dor” (Tabela 50), através da ANOVA, $F=3,956$ e $p\ 0,000$. Com o teste de Tukey verificamos que a escola representante na DE Leste 2 é diferente das escolas integrantes das Diretorias de Ensino Norte 1 (0,000), Centro-Oeste (0,006), Sul 2 (0,028), Leste 4 (0,012), Sul 2 (0,053), Centro (0,010) e Leste 3 (0,038). A escola localizada na DE Leste 1 é diferente das pertencentes à Norte 1 (0,001), Centro-Oeste (0,051), Sul 2 (0,047), Leste 4 (0,021) e Centro (0,017). A integrante da DE Norte 1 é diferente das localizadas na Leste 2 (0,009), Leste 5 particular (0,042) e Centro-Oeste

particular (0,025). A representante da Centro-Oeste é diferente da pertencente à Leste 2 (0,051). Verifica-se, a partir das médias, melhor desempenho da escola pública localizada na Diretoria Leste 2. Os piores desempenhos foram das escolas localizadas nas Diretorias Centro, Leste 3, Leste 4 e Norte 1.

Tabela 50 – Estatísticas descritivas do domínio Dor por Diretoria de Ensino

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Dor	Centro	101	68,09	21,29	22	100
	Centro Oeste	214	70,25	21,18	0	100
	Centro Oeste Particular	125	76,02	18,60	10	100
	Centro Sul	123	74,47	19,13	22	100
	Leste 1	172	78,05	18,85	22	100
	Leste 1 Particular	116	73,68	20,00	22	100
	Leste 2	207	78,51	19,39	22	100
	Leste 3	91	68,85	21,37	0	100
	Leste 4	120	68,75	18,10	22	100
	Leste 5	95	69,84	21,74	20	100
	Leste 5 Particular	90	76,30	19,93	21	100
	Norte 1	163	68,60	21,88	0	100
	Norte 1 Particular	45	74,08	19,32	41	100
	Norte 2	91	71,15	19,72	31	100
	Sul 1	123	72,14	21,44	12	100
	Sul 1 Particular	68	71,26	19,28	21	100
	Sul 2	337	70,31	21,37	10	100
	Sul 3	136	70,36	21,07	22	100
	Total	2417	72,31	20,58	0	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Quanto ao Estado Geral de Saúde (Tabela 51), através da ANOVA, $F=5,127$ e $p=0,000$. Com o teste de Tukey as diferenças encontradas foram: a escola pertencente à DE Sul 3 é diferente das representantes da Leste 2 (0,025), Leste 1 (0,000), Norte 1 (0,000), Sul 1 particular (0,030), Leste 5 particular (0,000), Leste 1 particular (0,007) e Centro-Oeste particular (0,000). A integrante particular da DE Centro-Oeste é diferente das localizadas na Norte 1 (0,007), Centro (0,009), Leste 4 (0,045), Sul 2 (0,025), Leste 5 (0,028) e Sul 1 (0,000). A representante da Centro é diferente da Leste 1 (0,009) e da Leste 5 particular (0,022). A localizada na Sul 1 é diferente da localizada na Leste 5 (0,017). Pelas diferenças

das médias identifica-se melhor desempenho nas escolas particulares localizadas nas Diretorias de Ensino Centro-Oeste e Norte 1, respectivamente. Os piores desempenhos foram das escolas públicas localizadas nas Diretorias Sul 3 e Centro, respectivamente.

Tabela 51 – Estatísticas descritivas do domínio Estado Geral de Saúde por DE

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Estado Geral	Centro	101	65,52	20,08	-3	100
De Saúde	Centro Oeste	216	70,17	19,52	-8	100
	Centro Oeste Particular	125	77,04	15,72	27,	100
	Centro Sul	123	69,04	18,44	20	100
	Leste 1	172	74,78	16,14	32	100
	Leste 1 Particular	116	72,81	17,58	32	100
	Leste 2	207	71,05	18,94	-8	100
	Leste 3	92	70,09	18,41	-3	100
	Leste 4	120	68,61	18,57	17	100
	Leste 5	95	67,72	22,76	-8	100
	Leste 5 Particular	90	75,61	18,77	-8	100
	Norte 1	163	67,18	17,90	-3	100
	Norte 1 Particular	45	76,75	20,08	22	100
	Norte 2	92	69,97	14,66	37	100
	Sul 1	124	65,79	16,93	30	100
	Sul 1 Particular	68	70,61	15,81	20	100
	Sul 2	337	69,41	18,52	0	100
	Sul 3	136	63,29	16,39	10	100
	Total	2422	70,04	18,42	-8	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Quanto ao domínio “Vitalidade” (Tabela 52), através da ANOVA, $F=2,503$ e $p=0,001$. Com o teste de Tukey, as diferenças encontradas foram: a escola representante da DE Sul 3 é diferente das integrantes das Diretorias de Ensino Leste 2 (0,002), Sul 2 (0,053) e Sul 1 particular (0,009). A localizada na Sul 2 é diferente das representantes da Leste 2 (0,013) e Sul 2 particular (0,041). A partir das médias, verifica-se melhores desempenhos nas escolas particulares pertencentes às Diretorias Sul 1 e Norte 1, respectivamente. Os piores desempenhos foram das escolas públicas pertencentes às Diretorias de Ensino Sul 3 e Centro, respectivamente.

Tabela 52 – Estatísticas descritivas do domínio Vitalidade por Diretoria de Ensino

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Vitalidade	Centro	97	64,79	15,92	30	100
	Centro Oeste	208	67,11	17,66	20	100
	Centro Oeste Particular	125	65,40	15,99	30	100
	Centro Sul	123	64,91	16,60	30	95
	Leste 1	172	68,89	15,89	10	100
	Leste 1 Particular	115	67,26	15,78	20,	95
	Leste 2	207	70,62	16,86	-5	100
	Leste 3	90	68,44	15,89	25	100
	Leste 4	119	66,89	16,86	30	100
	Leste 5	95	67,26	17,28	25	100
	Leste 5 Particular	90	70,27	16,22	35	100
	Norte 1	163	67,08	17,44	20	100
	Norte 1 Particular	45	72,44	13,42	40	95
	Norte 2	91	68,57	15,47	25	100
	Sul 1	123	65,93	15,98	30	100
	Sul 1 Particular	68	73,01	13,71	40	100
	Sul 2	337	67,24	17,53	25	100
	Sul 3	136	63,12	14,52	25	100
	Total	2404	67,47	16,54	-5	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Na Tabela 53 (domínio “Aspectos Sociais”), através da ANOVA, $F=4,597$ e $p=0,000$. Com o teste de Tukey, verificou-se as seguintes diferenças: a escola localizada na DE Norte 1 é diferente das representante das Centro Sul, Leste 2, Leste 1, Sul 2, Leste 5 particular (0,000), Leste 5 (0,004), Norte 1 particular (0,001), Sul 1 particular (0,005), Leste 3 (0,036), Leste 1 particular (0,020) e Centro-Oeste particular (0,007). A integrante da DE Leste 1 é diferente das localizadas nas Centro-Oeste (0,032), Leste 4 (0,0016), Centro (0,004) e Sul 1 (0,026). A representante da DE Sul 2 é diferente das integrantes das Leste 4 (0,052) e Centro (0,016). Observa-se, através das médias que o melhor desempenho no domínio Aspecto Social foi da escola particular pertencente à Diretoria Norte 1 particular. Esta escola está entre as que obtiveram melhor pontuação no domínio “Relações Sociais” no questionário WHOQOL-100. Os piores desempenhos, através das médias e da análise de Tukey foram das escolas públicas localizadas na Diretorias Norte 1 e Centro.

Tabela 53 – Medidas descritivas do domínio Aspecto Social por Diretoria de Ensino

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Aspecto Social	Centro	101	73,26	22,50	12,50	100
	Centro Oeste	214	74,18	23,75	0	100
	Centro Oeste Particular	125	80,00	21,59	0	100
	Centro Sul	123	83,73	20,36	0	100
	Leste 1	172	84,66	18,39	25	100
	Leste 1 Particular	116	79,31	22,30	-12,50	100
	Leste 2	207	81,46	21,68	12,50	100
	Leste 3	92	79,34	22,03	12,50	100
	Leste 4	120	74,68	24,22	0	100
	Leste 5	95	81,18	21,09	0	100
	Leste 5 Particular	90	83,75	20,22	12,50	100
	Norte 1	163	73,38	23,94	0	100
	Norte 1 Particular	45	85,83	18,76	12,50	100
	Norte 2	92	78,66	20,68	12,50	100
	Sul 1	124	75,10	23,93	12,50	100
	Sul 1 Particular	68	82,16	17,58	12,50	100
	Sul 2	337	82,04	19,44	12,50	100
	Sul 3	136	77,84	20,96	12,50	100
	Total	2420	79,30	21,74	-12,50	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

No domínio “Aspecto Emocional” (Tabela 54), através da ANOVA, $F= 3,495$ e $p= 0,000$. Com o teste de Tukey verificou as seguintes diferenças: a representante da DE Norte 1 é diferente das localizadas na Leste 1 (0,000), Sul 2 (0,000), Centro Sul (0,011), Sul 3 (0,059), Leste 2 (0,010), Leste 5 (0,039), Sul 1 particular (0,008), Leste 5 particular (0,002) e Leste 1 particular (0,001). A integrante da DE Leste 1 é diferente das localizadas na Centro-Oeste (0,052), Leste 3 (0,000) e Centro-Oeste particular (0,005). A representante da Sul 2 é diferente das localizadas na Leste 3 (0,024) e Centro-Oeste particular (0,016). Observa-se, através das médias, que os melhores desempenhos foram de escolas públicas localizadas nas Diretorias Leste 1 e Sul 2. A representante da Leste 1 também obteve melhor rendimento no aspecto Psicológico do questionário WHOQOL-100. O pior foi da escola pertencente à Diretoria Leste 3.

Tabela 54 – Medidas descritivas do domínio Aspecto Emocional por DE

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Aspecto Emocional	Centro	101	71,94	33,24	0	100
	Centro Oeste	212	72,48	35,88	-33,33	100
	Centro Oeste Particular	125	69,60	36,90	0	100
	Centro Sul	123	78,59	32,53	0	100
	Leste 1	172	85,65	28,40	-66,67	100
	Leste 1 Particular	116	81,60	28,94	0,00	100
	Leste 2	207	80,35	31,85	-66,67	100
	Leste 3	91	68,49	31,56	0	100
	Leste 4	120	75,83	34,28	0	100
	Leste 5	95	77,89	30,21	0	100
	Leste 5 Particular	90	82,22	29,64	0	100
	Norte 1	163	70,96	37,24	0	100
	Norte 1 Particular	44	73,48	37,75	0	100
	Norte 2	91	74,72	35,25	-33,33	100
	Sul 1	123	75,33	35,15	-66,67	100
	Sul 1 Particular	68	81,86	29,60	0	100
	Sul 2	337	83,38	27,47	0	100
	Sul 3	135	76,04	36,34	-33,33	100
	Total	2413	77,40	32,94	-66,67	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Na Tabela 55, através da ANOVA, $F=2,101$ e $p=0,005$. Como o teste de Tukey identificou-se que a escola representante da DE Norte 1 é diferente das localizadas na Leste 1 (0,024), Norte 1 particular (0,058) e Leste 5 particular (0,029). Verifica-se, a partir das médias que o melhor desempenho foi da escola particular pertencente à Diretoria Norte 1. Os piores desempenhos foram das escolas públicas representantes das Diretorias Sul 2, Norte 1 e Sul 1, respectivamente.

Tabela 55 – Medidas descritivas do domínio Saúde Mental por Diretoria de Ensino

Domínio	DE	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Saúde Mental	Centro	97	71,46	15,59	20	96
	Centro Oeste	208	72,03	16,92	36	100
	Centro Oeste Particular	125	73,37	15,15	32	100
	Centro Sul	123	71,12	16,76	28	100
	Leste 1	172	75,00	15,32	24	100
	Leste 1 Particular	115	70,36	16,07	28	100
	Leste 2	207	72,57	17,27	-8	100
	Leste 3	90	73,11	15,87	16	100
	Leste 4	119	72,90	16,38	24	100
	Leste 5	95	72,58	15,79	20	100
	Leste 5 Particular	90	75,95	14,48	40	100
	Norte 1	163	69,25	20,07	4	100
	Norte 1 Particular	45	77,24	15,22	32	100
	Norte 2	91	72,57	16,30	32	100
	Sul 1	123	69,33	16,08	28	96
	Sul 1 Particular	68	75,88	13,47	32	100
	Sul 2	337	72,98	16,00	28	100
	Sul 3	136	69,11	15,85	24	100
	Total	2404	72,33	16,38	-8	100

Legenda: Média mais alta Média mais baixa

Nota-se, ao analisar os domínios relacionando às Diretorias de Ensino, que algumas escolas se destacaram. As escolas que apresentaram baixo desempenho em maior quantidade de domínios foram as pertencentes às Diretorias Centro (Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Aspectos Sociais) e Sul 3 (Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental), respectivamente. Esta última escola também obteve desempenho baixo nos domínios do WHOQOL-100. Zöllner et al. (2009), elaborando um ranking das condições de saúde de cada subprefeitura do município de São Paulo, encontraram resultados parecidos. Segundo estes autores, as subprefeituras onde estão localizadas as escolas Sul 3 e Centro estão entre as 15 piores condições de saúde.

Por outro lado, as escolas particulares pertencentes às Diretorias Norte 1 (Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental) e Centro-Oeste (Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Aspecto Físico), respectivamente,

se destacaram em maior quantidade de domínios com bons desempenhos. A última também se destacou no WHOQOL-100. Nota-se, também, que, exceto nos domínios “Aspecto Físico”, “Dor” e “Aspecto Emocional”, os melhores desempenhos foram de escolas particulares, confirmando os resultados de outros estudos (Tomasi, Barros & Victora, 1996; Macedo et al., 2001; Barcellos et al., 2002). Segundo Zöllner et al. (2009), as subprefeituras onde estão localizadas as escolas Norte 1 particular (Freguesia do Ó) e Centro-Oeste (Pinheiros) estão entre as 15 subprefeituras com melhores condições de saúde, ratificando o resultado do presente estudo.

3.4. Análise do Teste Raciocínio Verbal (RV)

O Teste de Raciocínio Verbal foi inserido neste estudo com o objetivo de fazer uma estimativa das capacidades intelectuais dos estudantes em relação a sua compreensão verbal. Não se pretendeu avaliar profundamente as condições cognitivas dos sujeitos e, sim, utilizar este instrumento para relacionar seus resultados com os das avaliações de qualidade de vida e de uso de drogas.

Andriola (1997) ao utilizar o Raciocínio Verbal em estudantes do Ensino Médio assinala que este instrumento avalia a capacidade cognitiva utilizada na solução de problemas de conteúdos verbais. Heck, Yates, Poggere, Tosi, Bandeira e Trentini (2009) informam que o Quociente de Inteligência Total (QIT) avalia o nível geral de inteligência e se divide em QI Verbal e QI de Execução. O primeiro tem relação com o conceito de inteligência cristalizada e, o segundo, com o conceito de inteligência fluida.

Este Teste de Raciocínio Verbal escolhido porque é constituído por provérbios. Segundo Cunha (2000), a análise de provérbios (que aparece no subteste de compreensão do WAIS-R e do WAIS-III) reflete as condições do pensamento abstrato e requer um nível elevado de capacidade para solução de problemas. A autora acrescenta que respostas corretas nestes itens indicam um bom nível de inteligência geral, pois, exigem que o respondente trate os elementos como metáforas, identifique o conceito, capte a idéia geral e a expresse.

Na Tabela 56 constata-se que as classes sociais mais altas (A1 e A2) obtiveram médias mais altas (respectivamente 20,38 e 21,05) no teste de raciocínio verbal. A média mais baixa, contudo, não foi da classe social mais baixa e sim da classe social C2 (16,62). Desconsiderando esta pontuação mais baixa e a mais alta, observa-se que, conforme vai aumentando a classe social, a pontuação também aumenta. Cunha (2000), referindo-se aos resultados nos testes de provérbios aponta que a “má qualidade da educação formal e do meio sociocultural, bem como uma limitação intelectual pré-mórbida, são fatores que podem levar a uma resposta que denota um pensamento concreto ou a uma resposta que constitua um provérbio não equivalente. Não obstante, eventualmente os aspectos concretos podem se associar a uma disfunção cerebral” (p. 579). A partir do teste de Tukey, as diferenças estatisticamente significantes foram: a Classe A1 é diferente da D ($p<0,027$) e da C2 ($p<0,002$); a classe A2 é diferente das classes D, C2, C1, B2 ($p<0,001$) e B1 ($p<0,021$);

a Classe B1 é diferente das classes D e C2 ($p < 0,001$) e C1 ($p < 0,001$); a B2 é diferente da C2 $p < 0,001$ e; a C1 é diferente da C2 $p < 0,001$. Verifica-se, também estatisticamente, a diferença da Classe C2 é diferente de todas as outras (exceto as classes D e E) e a classe A2 foi a que teve melhor desempenho.

Na Figura 1 é apresentada a distribuição de frequência dos pontos do teste de Raciocínio Verbal para a amostra total. Neste teste a média de acerto foi 18,34, observa-se que, o “desvio padrão” é 5,17 e apenas um aluno acertou 31 das 32 questões.

Figura 14 – Número de Acertos no Raciocínio Verbal

Tabela 56 – Estatísticas Descritivas do RV por Classe sócio-econômica

Classe	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
E	9	17,11	4,07	11,00	23,00
D	131	17,12	5,02	5,00	29,00
C2	330	16,62	5,41	5,00	28,00
C1	689	18,04	5,07	3,00	30,00
B2	666	18,46	5,18	4,00	31,00
B1	341	19,43	4,76	6,00	30,00
A2	157	21,05	4,40	8,00	29,00
A1	31	20,38	4,39	9,00	28,00
Total	2354	18,34	5,17	3,00	31,00

Segundo Vargas (2009) as exigências das escolas do sistema de educação brasileiro favorecem as classes de poder aquisitivo mais alto e levam a uma competição desigual para as pessoas de classes menos favorecidas. O que é oferecido e exigido das classes mais carentes é diferente das ofertas e exigências em relação às classes mais altas: conteúdo, avaliação, oportunidade, lazer, informação, etc. Estas diferenças, segundo o autor, perpetuam a distância entre ricos e pobres. Os resultados no Teste de Raciocínio Verbal em relação às Classes Sociais podem estar associados a estas diferentes oportunidades. A classe sócio-econômica C2, única exceção, pode estar refletindo o choque entre as duas realidades e, por isso, um desempenho tão baixo. Vargas (2009) acredita que esta realidade só pode ser alterada através de uma educação pública e gratuita de qualidade capaz de diminuir as distorções entre ricos e pobres.

Gómez (1984), refletindo sobre a transmissão de informações e as classes sócio-econômicas aponta que as condições cognitivas de cada indivíduo são influenciadas pelos interesses, conflitos e informações do grupo ao qual pertence. A autora acrescenta que essa consciência e homogeneidade social podem servir de fator seletivo e organizador de informações e conhecimento. No caso do presente estudo, pressupostos característicos de cada grupo social podem ter contribuído para resultados tão diferentes.

Na Tabela 57, observa-se as estatísticas descritivas de cada série do Ensino Médio no Teste Raciocínio Verbal. Por meio da Análise de Variância (ANOVA), foi obtido um F de 66,758 de significância 0,001 e no teste de Tukey, observou-se diferença nas três séries no nível de 0,001. Comparando as séries é possível observar que o rendimento no RV aumenta de acordo com o aumento da série, assim como ocorreu nos estudos de Fonseca (2003).

Tabela 57 – Estatísticas Descritivas do RV por série do Ensino Médio

Série	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
1ª	826	16,93	5,27	3,00	31,00
2ª	739	18,32	4,85	5,00	30,00
3ª	788	19,83	4,93	6,00	30,00
Total	2353	18,34	5,16	3,00	31,00

Segundo Almeida, Lemos, Guisande e Primi (2008), o desenvolvimento da habilidade cognitiva na criança e adolescente é, diretamente, influenciado pelo seu grau de escolaridade. Para os autores, as condições intelectuais estão relacionadas com o processo de estimulação da educação formal, experiência e aprendizagem no conhecimento de normas. Gomes e Borges (2009) concordam que a idade e, principalmente a série, interferem na avaliação da inteligência em crianças e adolescentes, porque o desenvolvimento cognitivo está relacionado à maturação biológica e ao grau de instrução, informação e conhecimento de cada um. Lomônaco, Faria, Pullin, Martins Neto Amendola e Martins (1981), utilizando um teste de provérbios encontraram também um aumento progressivo de respostas abstratas, formais ou metafóricas com o aumento da idade.

Na Tabela 58, pode-se verificar pelas estatísticas descritivas do Teste de Raciocínio Verbal por escola, que as médias mais altas foram das escolas particulares: Centro Oeste (22,43), Norte 1 (21,51), Leste 5 (20,67), Leste 1 (19,37) e Sul 1 (19,04). Fonseca (2003) encontrou resultados semelhantes ao comparar escolas públicas e particulares. Em seu estudo, com amostra do Ensino Médio, a média encontrada nas escolas particulares foi de 20,47 e nas escolas públicas foi 17,15. No presente estudo os resultados foram muito próximos. A média nas escolas particulares (pa) e públicas (pb) foram 20,60 e 17,89, respectivamente. A única escola pública que atingiu uma média acima de 19 foi a da Diretoria Norte 2.

Tabela 58 –Estatísticas Decritivas RV por Diretoria de Ensino (DE)

Diretorias de Ensino	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centro pb	96	17,66	5,18	6	29
Centro Oeste pb	214	17,93	5,06	6	29
Centro Sul pb	121	18,6	4,68	9	28
Leste 1 pb	172	18,47	4,96	6	30
Leste 2 pb	205	16,40	5,23	5	30
Leste 3 pb	91	16,94	5,35	5	28
Leste 4 pb	119	17,96	5,06	6	30
Leste 5 pb	85	17,63	4,72	6	27
Norte 1 pb	157	16,69	5,12	4	27
Norte 2 pb	88	19,32	4,86	7	29
Sul 1 pb	115	18,74	5,88	3	28
Sul 2 pb	338	18,53	5,22	5	30
Sul 3 pb	132	16,66	5,34	5	29
Sul 1 pa	68	19,04	4,55	6	28
Centro Oeste pa	113	22,43	3,60	14	29
Leste 1 pa	115	19,37	4,33	9	28
Leste 5 pa	90	20,67	4,30	8	30
Norte 1 pa	45	21,51	3,67	14	31
Total	2364	18,33	5,17	3,00	31,00

Legenda: particular = pa; pública = pb

Na análise de variância (ANOVA), foi obtido um $F= 11,514$ indicando a existência de diferença entre as médias das escolas de diferentes regiões. Na Tabela 59 serão apresentados apenas os resultados dos testes de Tukey entre as regiões que tiveram diferenças significantes.

Tabela 59 – Testes de Tukey do Raciocínio Verbal entre escolas de diferentes regiões

Escola (A)	Escola (B)	Significância	Escola (A)	Escola (B)	Significância	
Norte 1 pb	C. Oeste pb	0,000	Leste 2 pb	Leste 1 pb	0,037	
	C. Sul pb	0,001		Sul 2 pb	0,004	
	Leste 1 pb	0,001		Norte 2 pb	0,003	
	Sul 2 pb	0,000		Sul 1 pb	0,026	
	Leste 4 pb	0,028		Norte 1 pa	0,000	
	Norte 2 pb	0,000		Sul 1 pa	0,040	
	Sul 2 pb	0,002		Leste 5 pa	0,000	
	Sul 1 pb	0,000		Leste 1 pa	0,001	
	Norte 1 pa	0,000		C. Oeste pa	0,000	
	Sul 1 pa	0,001		Norte 1 pa	0,040	
	Leste 5 pa	0,000		C. Oeste pa	0,000	
	Leste 1 pa	0,000		Sul 2 pb	Leste 2 pb	0,049
	C. Oeste pa	0,000		C. Oeste pa	0,000	
	Centro Oeste pb	C. Oeste pb		0,000	Leste 4 pb	C. Oeste pa
Sul 3 pb		0,001	Norte 2 pb	Leste 2 pb		0,029
Leste 2 pb		0,000	C. Oeste pa	0,002		
Leste 2 pb		0,003	Leste 2 pb	Norte 1 pa		0,000
Leste 3 pb		0,002	Leste 5 pa	0,000		
C. Oeste pa		0,006	Leste 1 pa	0,009		
Centro Oeste pb	Sul 3 pb	0,059	Sul 2 pb	C. Oeste pa	0,000	
	Sul 2 pb	0,006		Norte 1 pa	0,012	
	Norte 2 pb	0,005		Leste 5 pa	0,021	
	Sul 1 pb	0,041		C. Oeste pa	0,000	
	Norte 1 pa	0,000		Norte 1 pb	Norte 1 pa	0,010
	Sul 1 pa	0,058		Leste 5 pa	0,024	
Centro Sul pb	Leste 5 pa	0,000	Centro pb	C. Oeste pa	0,000	
	Leste 1 pa	0,001		Norte 1 pa	0,003	
	C. Oeste pa	0,000		Leste 5 pa	0,007	
	Leste 2 pb	0,040		C. Oeste pa	0,000	
	C. Oeste pa	0,002		Leste 5 pb	Norte 1 pa	0,004
	Sul 3 pb	Sul 2 pb		0,024	Leste 5 pa	0,009
Sul 3 pb	Norte 2 pb	0,017	Sul 1 pb	C. Oeste pa	0,000	
	Norte 1 pa	0,000		C. Oeste pa	0,000	
	Leste 5 pa.	0,000		Leste 3 pb	0,000	
	Leste 1 pa	0,004		C. Oeste pa	0,002	
	C. Oeste pa	0,000		Leste 3 pb	0,000	
				Leste 5 pa	0,000	
	Leste 1 pa	C. Oeste pa		0,000		

Para manter amostras representativas de todas as regiões nas Diretorias de Ensino mais populosas ou mais extensas foram sorteadas duas escolas para compor uma amostra quantitativa e qualitativamente representativa dos adolescentes de todas as regiões. Por este motivo, os nomes das escolas públicas pertencentes às Diretorias de Ensino Norte 1, Leste 2 e Sul 2 aparecerão duas vezes. Tratam-se de escolas diferentes e, por isso, com resultados diferentes. Uma escola da Diretoria Sul 2, por exemplo, se diferenciou de uma escola da Leste 2 (0,049) e da escola da Centro Oeste particular (0,000). A outra escola da Sul 2 se diferenciou das escolas particulares da Norte 1 (0,012), da Leste 5 (0,021) e Centro Oeste (0,000). A escola Sul 3 se diferenciou de todas as particulares (nível de significância de 0,000 a 0,004) e das escolas públicas Sul 2 (0,024) e Norte 2 (0,017).

Uma escola pública (pb) da Diretoria Norte 1 se diferenciou de todas as escolas particulares e das escolas públicas localizadas nas seguintes Diretorias de Ensino: Centro Oeste, Sul 2, Sul 1 e Norte 2 (nível de significância 0,000); Centro Sul e Leste 1 (nível de significância 0,001); Sul 2 (nível de significância 0,002) e; Leste 4 (nível de significância 0,028). A outra escola pública localizada na Diretoria Norte 1 se diferenciou de três escolas particulares Norte 1 (0,010), Leste 5 (0,024) e Centro Oeste (0,000). A escola localizada na Norte 2 se diferenciou das escolas Leste 2 pública (0,029) e Centro Oeste particular (0,002).

Entre as Diretorias de Ensino pertencentes à Região Leste, nota-se que uma das escolas localizadas na Leste 2 se diferenciou de todas as particulares (níveis de significância de 0,001 a 0,040) e das públicas localizadas nas Diretorias: Leste 1 (0,037), Sul 2 (0,004) e Norte 2 (0,026). A outra localizada na Leste 2 se diferenciou apenas das particulares (0,001 a 0,009). A escola que faz parte da Leste 1 se diferenciou das particulares Norte 1 (0,040) e Centro Oeste (0,001). A localizada na Leste 5 se diferenciou das particulares Norte 1 (0,004), Leste 5 (0,009) e Centro Oeste (0,001). A pertencente à Leste 3 se diferenciou de todas as particulares (níveis de significância 0,001).

Para a Secretaria do Estado da Educação, a Diretoria de Ensino Oeste é denominada Diretoria Centro Oeste, que engloba uma região grande que inclui toda a Região Oeste do município, segundo a divisão de subprefeituras, determinada pela prefeitura do Município. Para obter uma amostra representativa desta região selecionou-se duas escolas públicas e uma particular e, por este motivo, serão apresentados os resultados destas escolas. Uma das

escolas públicas apresentou diferença significativa de outra Centro-Oeste pública e da Leste 2 pública (nível de significância 0,000); Sul 3 pública (nível de significância 0,001); Leste 3 pública (nível de significância 0,002); Leste 2 pública (nível de significância 0,003) e; C. Oeste particular (nível de significância 0,006). A outra pública localizada na Diretoria Centro Oeste se diferenciou de todas as escolas particulares (com níveis de significâncias 0,000 e 0,004) e das públicas: Sul 3 (0,059), Sul 2 (0,006), Norte 2 pública (0,005) e Sul 1 pública (0,041). A escola pública localizada na Diretoria Centro Sul se diferenciou da Leste 2 (nível de significância 0,040), também pública, e da Centro Oeste particular (nível de significância 0,002).

Nas escolas particulares nota-se que, além das diferenças apresentadas anteriormente, as localizadas nas diretorias Sul 1 e Leste 1 se diferenciaram da pertencente à Centro Oeste (0,000). Observa-se certa homogeneidade quando se compara as regiões. A maior diferença ocorreu entre escolas públicas (pb) e particulares (pa). A média mais baixa das escolas particulares (Sul com 18,33) é mais alta que a média mais alta (Sul com 18,15) das escolas públicas, como se observa na Tabela 60.

Tabela 60 – Estatísticas Descritivas do Raciocínio Verbal (RV) por Região agrupando escolas

Região	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Centro pb	431	18,07	4,98	6,00	29,00
Norte pb	245	17,64	5,18	4,00	29,00
Leste pb	672	17,44	5,14	5,00	30,00
Sul pb	585	18,15	5,44	3,00	30,00
Centro pa	113	22,43	3,60	14,00	29,00
Norte pa	45	21,51	3,67	14,00	31,00
Leste pa	205	19,94	4,35	8,00	30,00
Sul pa	68	19,04	4,55	6,00	28,00
Total	2364	18,33	5,17	3,00	31,00

Na Tabela 61, é mostrada a comparação entre os gêneros, na qual se verifica melhor desempenho do gênero feminino. Este resultado foi obtido, também, no estudo de Fonseca (2003).

Tabela 61 – Estatísticas Descritivas do Raciocínio Verbal (RV) por gênero

Gênero	N	Média	DP	p
Masculino	1083	17,78	5,31	p<0,0001
Feminino	1276	18,81	4,99	

Lomônaco, Faria, Pullin, Martins Neto, Amêndola e Martins (1981) também obtiveram diferença entre os gêneros com um desempenho melhor das meninas. Os autores levantaram duas hipóteses para explicar este resultado. A primeira refere-se ao amadurecimento precoce das meninas que, assim como ocorre fisicamente, pode ocorrer cognitivamente. A outra hipótese está relacionada a habilidade verbal que tende a ser superior entre as mulheres enquanto a habilidade espacial é mais desenvolvida nos homens.

Os resultados mostraram que as condições econômicas e sociais e o acesso à educação de qualidade têm relação direta com o desempenho do adolescente nos testes de provérbio e, particularmente, no de Raciocínio Verbal. Os alunos das escolas particulares, assim como as classes sócio-econômicas mais altas, apresentaram médias mais altas neste teste. Observa-se que a média de acertos é semelhante à média obtida na padronização do teste por Fonseca (2003).

Cunha (2000) aponta que as respostas muito concretas, com interpretação literal dos elementos do provérbio, aparecem, freqüentemente, em casos de patologia frontal ou no hemisfério direito. Os bons resultados neste tipo de teste, segundo Cunha (2000) encontram-se em sujeitos que têm a função do juízo preservada e, por outro lado, o fracasso em itens fáceis, mesmo com êxito em outros mais difíceis, sugere comprometimento nessa função. O autor relata que os escores em testes de provérbios tendem a ser baixos em indivíduos com dificuldade de se expressar.

Com o intuito de conhecer as características dos estudantes que apresentaram o desempenho mais baixo no teste Raciocínio Verbal foi elaborada a Tabela 62. Não foram incluídos os resultados dos questionários de qualidade de vida porque, conforme descrito no capítulo MÉTODO do presente estudo, eles foram lidos pela aplicadora durante a administração, de maneira que todos respondessem ao mesmo tempo cada questão. Por outro lado, o teste de Raciocínio Verbal foi lido pelo próprio adolescente, exigindo que compreendesse cada questão quando a lesse. Como foi estabelecido, inicialmente, que seriam necessárias cinco aulas de 50 minutos, uma aula seria para a aplicação do WHOQOL-100. O estudo piloto apontou que, quando os estudantes ficaram responsáveis por ler e responder, o tempo variou de 20 a 110 minutos. Como havia uma limitação de tempo de aplicação dos instrumentos foi necessário que o aplicador lesse em voz alta os

questionários. Esta diferença de aplicação entre os instrumentos de qualidade de vida e o RV impede que haja uma comparação dos resultados entre os instrumentos.

Na Tabela 62 nota-se que quatro alunos estão com uma pequena defasagem ao considerar a amostra geral, uma vez que ocorreu certa tendência dos alunos da 1ª série terem 15 ou 16 anos, os da 2ª série terem 16 e 17 anos e os da 3ª série terem 17 e 18 anos. A maioria pertence à 1ª série (nove) do Ensino Médio e era da Classe C1 (sete). Um aluno acertou apenas três questões, outro quatro e o restante cinco.

Tabela 62 – apresentação dos estudantes com pior desempenho no teste RV

Nº na amostra	Idade	Gênero	Série	Class. S.E	RV
3	18	Masculino	1ª.	Classe B2	4
13	18	Masculino	1ª.	Classe C1	5
416	16	Feminino	1ª.	Classe C2	5
418	15	Feminino	1ª.	Classe B2	5
553	16	Masculino	1ª.	Classe C1	5
852	17	Feminino	1ª.	Classe C1	5
1305	16	Feminino	1ª.	Classe C1	5
1327	15	Masculino	1ª.	Classe C1	5
1787	15	Feminino	1ª.	Classe C1	3
2154	18	Feminino	2ª.	Classe D	5

Genari (2006), revisando a literatura sobre fracasso escolar, aponta que o potencial intelectual não pode ser considerado o único responsável pelo mau desempenho, uma vez que ele é considerado como produto de uma combinação de fatores. Para a autora, a estimulação cognitiva eficaz, condições familiares, estrutura da escola, habilidade dos educadores, motivação do aluno e muitos outros fatores podem contribuir para um rendimento eficaz, apesar das condições intelectuais deficitárias. No presente estudo observa-se que, apesar do baixo resultado no Teste de Raciocínio Verbal, estes alunos acompanham, até o momento, o Ensino Médio com pouca ou nenhuma defasagem.

Outro aspecto que pode ter influenciado no resultado de adolescentes com alguma dificuldade intelectual para acompanharem o Ensino Médio é a progressão continuada. Todos os 10 alunos que apresentaram as notas mais baixas estão inseridos no sistema público de ensino. Segundo estudo realizado por Poliche (2006), o fim da retenção contribuiu para a queda do nível dos alunos e, com isso, crianças e adolescentes com muitas deficiências de aprendizagem são aprovados automaticamente todos os anos.

3.5. Análise do Questionário sobre uso de drogas

Para pesquisas que têm por finalidade identificar a prevalência do uso de drogas por estudantes, o método mais utilizado no Brasil e no exterior é o questionário de auto-preenchimento, aplicado coletivamente, em sala de aula, conforme a realização desta pesquisa. Essa opção é mais comum por ser barata, prática e bem aceita pelos sujeitos pesquisados. Barata, por ser um questionário gratuito, da Organização Mundial de Saúde, e prática, por poder ser aplicada em grupos de pessoas. Deve-se ressaltar, entretanto, que o tipo de questionário utilizado no presente trabalho mede o relato do consumo de drogas e não o consumo em si. Por esse motivo, deve-se ter cautela na interpretação dos dados. Outra limitação desse tipo de pesquisa é que, por ser uma pesquisa feita em sala de aula, os jovens com envolvimento mais grave com drogas podem já ter sido excluídos da rede de ensino, ou não ser freqüentadores assíduos, não fazendo, com isso, parte desta amostra.

Realizando uma revisão sobre o tema foi possível identificar que muitos autores consideram e discutem os resultados sobre consumo de substâncias psicoativas a partir do “uso na vida” (Sanceverino & Abreu, 2004; Sengik & Scortegagna, 2008, Guimarães et al., 2004; Tavares, Béria & Lima, 2001). A autora do presente estudo entende que o “uso na vida” pode representar um indicador de acessibilidade, de consumo precoce, de subsídios para programas de prevenção, etc. Não são, porém, resultados significativos em termos de saúde pública. Uma pequena parte dos experimentadores apresenta algum tipo de problema como uso freqüente, uso pesado ou abuso (Zenaide & Baldacci, 2006; Galduróz et al., 2004). A título de exemplificação, pode ser relacionado a ingestão de gordura bovina como causa do enfarte do miocárdio ou a ingestão de hambúrguer para a obesidade. Ingerir uma vez, tanto a gordura quanto o hambúrguer não é fator de risco, mas a ingestão freqüente, sim. A partir disso, será discutido o “uso na vida” por ter maior riqueza de referências bibliográficas, porém, na medida em que houver literatura disponível, abordar-se-ão outras freqüências de consumo que constituem melhores indicadores de futuras intervenções.

As análises estatísticas foram realizadas com todos os tipos de drogas, porém, serão apresentadas aqui, apenas, os sete tipos de substâncias mais consumidas pelos adolescentes pesquisados: álcool, tabaco, maconha, solvente, remédio para emagrecer, tranqüilizantes e cocaína, conforme Tabela 63, a seguir.

Tabela 63: Apresentação, em porcentagem, das sete drogas mais usadas pela amostra relacionadas á frequência de consumo

	Álcool	Tabaco	Maconha	Solvente	Anfetamina	Tranqüilizante	Cocaína
Uso na Vida	84,95%	37,35%	9,8%	14,2%	4,4%	4,4%	2,75%
Uso no Ano	75,6%	23,95%	7,2%	9,85%	3,5%	3,25%	1,25%
Uso no Mês	56,45%	17,7%	4,65%	5,9%	2,55%	2,05%	1,25%
Uso Frequente	40,6%	10,4%	2,0%	4,1%	1,45%	1,15%	1,0%
Uso Pesado	38,05%	1,35%	1,75%	2,0%	1,2%	0,4%	0,25%

Conforme pode-se perceber, pelos resultados apontados pela Tabela 63, as drogas lícitas são as mais frequentes tanto na experimentação quanto no uso pesado. Estudos brasileiros realizados nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997 indicam as drogas lícitas como as mais consumidas na seguinte ordem: álcool, tabaco, inalante, maconha, ansiolíticos e anfetaminas (Galduróz, 2001; Tavares, Béria e Lima, 2001; Galduróz et al., 2004; Zenaide & Baldacci, 2006; Vieira, Aertz, Ganzo, Freddo, Bittencourt e Monteiro, 2008). Pesquisas internacionais também apontam este resultado (Aktin, 1990), com exceção do uso de solvente que, segundo pesquisas epidemiológicas, é menos consumido no Brasil do que na maioria dos países. Este estudo confirma os dados apresentados na literatura sobre drogas mais consumidas e sua ordem, porém, esta ordem de consumo é verificada ao referir-se, exclusivamente, à experimentação ou “uso na vida”. Ao serem considerados outros padrões de consumo, a ordem perde a unanimidade, havendo discordância entre as pesquisas, conforme será mostrado no decorrer da apresentação dos resultados.

Antes de discutir cada frequência de uso e suas correlações com gênero, idade, série, classe socioeconômica, entre outras variáveis, será apresentado o padrão de consumo fornecido pela amostra em comparação com outras capitais (Tabela 64). Esta apresentação foi escolhida por proporcionar um panorama geral da situação dos jovens pesquisados pela amostra dentro da realidade brasileira. Esta será feita através de tabelas, mostrando o consumo destas sete substâncias nas 27 capitais brasileiras e incluindo o presente estudo, que será chamado na tabela, de “São Paulo 2”. Serão apresentadas cinco tabelas: “uso na vida”, “uso no ano”, “uso no mês”, “uso frequente” e “uso pesado”. As tabelas basearam-se na pesquisa de Galduróz et al. (2004), escolhida por ser a avaliação epidemiológica mais recente e mais completa realizada no Brasil e, por tratar-se, exclusivamente, de adolescentes, assim como o proposto neste estudo.

Importa destacar três pontos antes de realizar tal comparação. O primeiro consiste no fato de que uma coleta de dados foi feita em 2002 e 2003, outra em 2007 e 2008. Esta distância entre uma coleta e outra pode sugerir diferenças nos resultados. Outro ponto relevante é que uma coleta foi feita com alunos de Ensino Fundamental e Médio e outra apenas com Ensino Médio (EM). Por fim, a coleta de um estudo foi apenas entre escolas públicas, enquanto a do outro foi feita em escolas públicas e particulares. Estas diferenças de amostras também podem explicar algumas incoerências na comparação entre os dois estudos. Comentários a este respeito serão feitos na medida em que os resultados forem sendo apresentados.

Tabela 64 – Comparação do “uso na vida” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo, aqui denominado “São Paulo 2”.

	Uso na Vida						
	Álcool	Tabaco	Maconha	Solvente	Anfetamina	Tranquilizante	Cocaína
Belém	57,5	23,7	4,1	13,5	2,9	1,9	2,1
Boa Vista	62,9	29,5	8,5	18,7	5,5	4,1	4,9
Macapá	49,3	19,6	3,0	14,4	5,9	3,4	1,9
Manaus	60,3	32,0	7,7	15,9	1,6	2,1	4,4
Palmas	58,2	16,4	4,4	14,0	3,5	2,6	0,9
Porto Velho	59,8	25,4	5,8	12,4	4,0	3,5	3,5
Rio Branco	55,3	27,9	3,8	12,1	3,4	3,9	0,9
Aracaju	46,1	17,1	5,5	6,4	4,3	3,5	1,3
Fortaleza	71,4	30,0	7,0	14,0	6,4	6,3	2,3
João Pessoa	64,3	23,0	4,0	18,9	6,6	5,9	1,2
Maceió	67,4	24,3	5,5	16,0	1,8	4,4	0,6
Natal	46,1	17,1	5,5	6,4	4,3	3,5	1,3
Recife	64,5	26,8	6,6	19,0	4,2	6,8	0,7
Salvador	63,1	17,7	3,4	11,9	2,5	3,5	1,6
São Luiz	65,2	25,2	4,3	17,6	2,6	2,2	0,8
Teresina	65,7	22,2	4,0	19,2	3,3	4,3	1,4
Brasília	46,1	17,1	5,5	6,4	4,3	3,5	1,3
Campo Grande	68,7	24,2	3,7	14,5	3,7	3,5	1,1
Cuiabá	59,3	18,0	3,7	15,0	4,1	4,1	1,4
Goiânia	69,8	25,9	7,2	21,3	5,8	4,8	4,0
Curitiba	68,8	25,4	7,7	13,9	4,9	3,9	1,7
Florianópolis	64,9	23,1	6,2	11,5	2,9	3,5	0,9
Porto Alegre	69,0	33,5	10,9	12,3	4,5	5,0	2,3
Belo Horizonte	67,8	24,6	7,1	16,2	2,1	5,2	4,6
Rio de Janeiro	68,9	27,2	6,8	13,7	3,3	5,3	1,7
Vitória	67,6	22,6	6,0	18,6	3,5	5,5	2,6
São Paulo	69,8	26,2	6,6	16,3	3,2	2,9	1,7
São Paulo 2	84,95	37,35	9,8	14,2	4,4	4,4	2,7

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Comparando o “uso na vida” entre as capitais brasileiras (Tabela 64), observa-se que o álcool e o tabaco, no presente estudo, foram as drogas mais consumidas. A maconha ficou em segundo lugar, perdendo apenas em Porto Alegre. O consumo de solvente, de anfetamina, de tranquilizante e de cocaína ficou pouco acima da média geral das capitais.

Tabela 65 – Comparação do “uso no ano” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo.

	Uso no ano						
	Álcool	Tabaco	Maconha	Solvente	Anfetamina	Tranquilizante	Cocaína
Belém	55,0	16,1	3,2	12,2	2,5	1,6	1,9
Boa Vista	60,4	19,6	6,5	16,7	5,0	3,1	3,4
Macapá	47,7	12,0	2,5	12,8	4,4	3,0	1,8
Manaus	57,9	19,5	5,7	14,1	1,3	2,0	3,9
Palmas	56,7	10,2	3,4	13,2	3,7	2,5	1,1
Porto Velho	57,4	17,2	4,2	10,4	3,1	2,7	2,4
Rio Branco	53,9	18,0	3,3	10,9	2,6	3,8	0,9
Aracaju	43,2	12,6	3,8	5,5	2,8	3,0	1,0
Fortaleza	68,5	20,0	5,0	13,0	5,0	5,9	1,9
João Pessoa	63,4	13,2	3,3	18,3	5,6	5,2	1,2
Maceió	64,9	15,8	4,6	15,1	1,6	4,1	0,6
Natal	43,2	12,6	3,8	5,5	2,8	3,0	1,0
Recife	62,0	18,2	5,1	17,9	3,3	6,6	0,7
Salvador	62,1	9,4	2,8	10,3	2,3	3,1	1,3
São Luiz	62,9	15,2	3,0	16,4	2,4	2,1	0,8
Teresina	64,3	13,8	2,8	17,1	2,6	4,0	0,6
Brasília	43,2	12,6	3,8	5,5	2,8	3,0	1,0
Campo Grande	67,5	14,2	2,6	13,3	2,9	3,3	1,0
Cuiabá	57,3	12,3	2,6	14,0	3,8	3,4	1,2
Goiânia	67,7	14,5	5,4	20,5	4,9	4,5	3,1
Curitiba	67,3	13,5	5,7	12,9	4,3	3,2	1,5
Florianópolis	63,4	12,5	5,0	11,2	2,5	2,9	0,9
Porto Alegre	68,2	22,4	8,3	11,6	4,2	4,8	2,2
Belo Horizonte	66,5	15,3	6,0	14,3	2,1	5,0	2,7
Rio de Janeiro	67,1	17,3	5,3	12,6	3,1	4,9	1,6
Vitória	64,6	13,4	4,4	15,0	2,8	4,9	2,4
São Paulo	68,4	17,0	5,5	13,7	3,0	2,5	1,3
São Paulo 2	75,6	24,0	7,2	9,9	3,5	3,3	1,3

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

O maior consumo de álcool e tabaco, mesmo considerando o “uso no ano” (Tabela 65), continua sendo o da amostra deste estudo. A maconha continua ocupando o segundo lugar, perdendo apenas em Porto Alegre. O consumo de solvente e de cocaína no ano ficou abaixo da média geral das capitais, que é de 13,11% e 1,6%, respectivamente, ou seja, houve uma alteração no padrão de consumo ao comparar “uso na vida” e “uso no ano”. Os

consumos de anfetaminas e tranqüilizantes permaneceram um pouco acima da média geral das capitais, que é de 3,23% e 3,63%, respectivamente.

Tabela 66 – Comparação do “uso no mês” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo.

	Uso no Mês						
	Álcool	Tabaco	Maconha	Solvente	Anfetamina	Tranqüilizante	Cocaína
Belém	40,6	10,5	2,5	9,3	1,4	1,3	1,8
Boa Vista	41,1	13,4	4,5	11,7	3,1	2,6	2,8
Macapá	31,9	8,9	1,8	8,9	2,7	1,7	1,6
Manaus	40,6	12,7	4,1	10,6	1,0	1,4	3,0
Palmas	39,6	5,3	1,9	9,3	2,0	1,2	0,5
Porto Velho	40,2	11,5	2,8	7,7	1,5	1,7	1,9
Rio Branco	35,7	10,0	1,9	7,7	1,8	2,2	1,9
Aracaju	31,5	9,6	3,9	3,7	1,5	2,1	0,6
Fortaleza	46,3	11,8	3,1	9,2	2,9	3,6	1,4
João Pessoa	41,9	8,1	2,3	12,2	4,0	3,3	1,1
Maceió	47,3	11,0	3,6	11,6	1,0	2,8	0,5
Natal	31,5	9,6	3,9	3,7	1,5	2,1	0,6
Recife	46,4	12,9	3,5	11,5	1,7	4,5	0,5
Salvador	46,9	5,6	2,0	7,7	1,4	1,9	0,9
São Luiz	43,2	9,1	2,3	11,9	1,5	1,6	0,7
Teresina	44,6	8,6	2,2	12,0	1,8	3,1	0,6
Brasília	31,5	9,6	3,9	3,7	1,5	2,1	0,6
Campo Grande	46,4	8,9	1,9	9,8	2,5	1,6	0,9
Cuiabá	44,1	7,9	1,8	9,4	2,0	2,3	0,9
Goiânia	47,2	9,7	3,8	13,5	3,3	3,0	2,7
Curitiba	49,0	8,2	3,7	8,4	2,5	1,7	0,9
Florianópolis	59,3	11,1	3,2	7,1	1,0	1,6	0,6
Porto Alegre	47,8	14,2	5,5	7,3	2,4	3,0	1,2
Belo Horizonte	48,3	10,1	4,2	10,8	1,4	3,8	1,7
Rio de Janeiro	47,8	10,8	4,0	8,6	2,1	3,2	1,3
Vitória	45,4	7,4	3,6	10,0	1,5	3,0	2,2
São Paulo	47,5	10,8	3,8	8,7	1,5	1,6	1,0
São Paulo 2	56,5	17,7	4,7	5,9	2,6	2,1	1,3

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

O “uso de álcool”, no mês (Tabela 66), deixou de ocupar a primeira posição para, junto com o uso da maconha, ficar em segundo lugar. Florianópolis foi a cidade com maior consumo de álcool neste período. O uso de cigarro continua sendo maior nesta amostra. O

uso de cocaína está dentro da média geral de “uso no mês”, que é de 1,27%. A média de usuários, no mês, de solvente, de anfetamina e de tranquilizantes ficou abaixo da média geral das capitais, que é de 9,11%, 1,94% e 2,37%, respectivamente.

Tabela 67 – Comparação do “uso no freqüente” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo

	Uso Freqüente						
	Álcool	Tabaco	Maconha	Solvente	Anfetamina	Tranquilizante	Cocaína
Belém	9,3	3,5	0,7	1,1	0,3	0,3	0,5
Boa Vista	10,6	5,0	1,1	1,8	0,6	0,2	0,7
Macapá	7,8	2,9	0,3	0,4	1,1	0,6	0,4
Manaus	7,7	4,6	0,5	1,2	0,3	0,2	0,5
Palmas	10,3	1,5	0,6	1,9	0,6	0,1	0,2
Porto Velho	7,9	4,6	0,4	0,8	0,2	0,2	0,1
Rio Branco	6,2	2,6	0,3	1,0	0,4	0,1	0,1
Aracaju	9,1	1,8	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1
Fortaleza	11,9	4,6	0,8	0,9	0,6	0,6	0,3
João Pessoa	11,4	3,7	0,5	2,1	0,9	0,8	0,5
Maceió	13,6	4,5	0,7	1,6	0,3	0,6	0,2
Natal	9,1	1,8	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1
Recife	12,9	5,5	1,0	1,9	0,4	0,5	0,0
Salvador	13,8	2,0	0,4	0,5	0,5	0,4	0,1
São Luiz	10,9	2,2	0,5	1,0	0,4	0,2	0,0
Teresina	13,5	3,0	0,4	2,2	0,3	0,5	0,0
Brasília	9,1	1,8	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1
Campo Grande	11,4	3,7	0,6	1,7	0,6	0,3	0,2
Cuiabá	11,9	3,0	0,2	1,7	0,2	0,5	0,1
Goiânia	13,9	3,8	0,8	2,6	0,4	0,6	0,7
Curitiba	13,0	3,8	0,8	1,0	0,7	0,3	0,1
Florianópolis	41,2	6,9	0,5	0,9	0,2	0,3	0,0
Porto Alegre	14,8	7,2	1,9	0,6	0,3	0,5	0,3
Belo Horizonte	14,2	4,9	1,1	1,9	0,4	0,7	0,4
Rio de Janeiro	12,9	4,0	1,0	1,6	0,7	0,6	0,4
Vitória	10,0	3,1	0,7	1,5	0,2	0,1	0,3
São Paulo	12,2	4,2	1,2	1,2	0,5	0,2	0,2
São Paulo 2	40,6	10,4	2,0	4,1	1,5	1,2	1,0

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

O “uso freqüente” (Tabela 67) de bebida alcoólica mantém o padrão que é observado no “uso no mês”, ficando atrás apenas em Florianópolis. O uso de tabaco

continua sendo o maior nesta amostra em todas as frequências, até “uso no mês”. O consumo de maconha entre os estudantes de Porto Alegre e do presente estudo passa a ser o mesmo observado no mês. Os consumos de solvente, de anfetamina, de tranquilizante e de cocaína passam a ser os maiores na amostra do presente estudo.

Tabela 68 – Comparação do “uso pesado” de drogas, em porcentagem de usuários, entre as capitais brasileiras, incluindo o presente estudo

	Uso Pesado						
	Álcool	Tabaco	Maconha	Solvente	Anfetamina	Tranquilizante	Cocaína
Belém	5,7	2,2	0,4	0,6	0,2	0,1	0,2
Boa Vista	6,5	3,6	0,7	1,0	0,5	0,1	0,3
Macapá	4,8	2,0	0,0	0,4	0,7	0,5	0,4
Manaus	4,2	3,0	0,5	0,4	0,2	0,1	0,3
Palmas	6,0	1,1	0,4	1,4	0,3	0,0	0,2
Porto Velho	5,0	3,3	0,3	0,6	0,1	0,1	0,1
Rio Branco	3,5	1,7	0,1	0,6	0,3	0,0	0,1
Aracaju	5,6	1,3	0,1	0,2	0,4	0,2	0,0
Fortaleza	6,9	2,7	0,4	0,6	0,5	0,4	0,1
João Pessoa	6,9	2,8	0,4	1,5	0,4	0,4	0,4
Maceió	8,7	3,6	0,5	1,1	0,2	0,4	0,1
Natal	5,6	1,3	0,1	0,2	0,4	0,2	0,0
Recife	7,4	3,3	0,8	1,1	0,2	0,2	0,0
Salvador	8,8	1,0	0,3	0,4	0,3	0,3	0,0
São Luiz	5,8	1,5	0,2	0,6	0,3	0,1	0,0
Teresina	6,4	1,7	0,3	1,1	0,2	0,2	0,0
Brasília	5,6	1,3	0,1	0,2	0,4	0,2	0,0
Campo Grande	6,3	2,2	0,3	1,1	0,4	0,2	0,1
Cuiabá	7,1	1,6	0,1	1,1	0,0	0,2	0,0
Goiânia	7,8	2,9	0,6	1,6	0,4	0,4	0,4
Curitiba	6,9	3,3	0,6	0,6	0,5	0,2	0,0
Florianópolis	10,3	2,1	0,4	0,5	0,2	0,2	0,0
Porto Alegre	7,1	4,8	1,2	0,4	0,3	0,3	0,2
Belo Horizonte	7,9	3,6	0,6	0,9	0,3	0,6	0,3
Rio de Janeiro	7,6	3,2	0,7	1,0	0,4	0,4	0,2
Vitória	6,3	2,4	0,5	0,8	0,2	0,1	0,2
São Paulo	6,9	2,9	0,4	0,8	0,3	0,2	0,1
São Paulo 2	38,1	1,4	1,8	2,0	1,2	0,4	0,3

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Quanto ao “uso pesado” (Tabela 68) observa-se que, nesta amostra, o consumo é maior do que em todas as outras capitais em álcool, maconha, solvente e anfetamina. O consumo de tranqüilizantes e de cocaína estão dentro da média nacional e o consumo de tabaco está bem abaixo desta média.

Observa-se que o consumo de todas as drogas, apresentados pela amostra de São Paulo 2, tende a ser superior aos apresentados em todas as outras capitais. Remete-se este resultado à inclusão, nesta amostra, de alunos da rede particular e, portanto, das classes A e B. Confirmando esta informação, Dezontine et al. (2007), avaliando apenas estudantes da rede particular de São Paulo, encontraram 65,8% de adolescentes que fazem “uso freqüente” de tabaco e 4,3% que fazem “uso pesado”. Posteriormente, verificar-se-á que estes resultados se justificam pelo fato de algumas drogas serem mais consumidas entre adolescentes de classe mais alta e da rede particular.

Quanto ao “uso na vida”, apesar de haver uma tendência de consumo maior pelas classes mais altas, nota-se que, ao ser comparado com as outras capitais, não se identifica diferenças tão grandes. O consumo de solvente está exatamente na média, o de anfetamina pouco acima da média e o de tranqüilizantes pouco abaixo, ao ser comparado com os resultados da pesquisa de Galduróz et al. (2004).

Outro estudo, feito por Sanceverino e Abreu (2004), na cidade de Palhoça, no Rio Grande do Sul, apresentou resultados de consumo de álcool, de tabaco, de maconha e de cocaína semelhantes aos encontrados no presente estudo. O “uso na vida” de álcool foi de 90,77%, de tabaco de 42,20%, de maconha 16,65% e de cocaína 3,15%. Percebe-se que a experimentação, entre estudantes de Palhoça/RS, é levemente superior nestas quatro substâncias, quando comparados à amostra de São Paulo, deste estudo. Este resultado semelhante provavelmente ocorreu por, na amostra de Sanceverino e Abreu (2004), estarem incluídos estudantes da rede particular de ensino, embora tenham também incluído o Ensino Fundamental.

Baus, Kupek e Pires (2002), realizando pesquisa em Florianópolis – SC, também encontraram resultados parecidos para as quatro drogas mais consumidas por esta amostra. Os resultados foram que 86,8% fizeram “uso na vida” de álcool, 41,8% de tabaco, 19,9% de maconha e 2,9% de cocaína. No presente estudo, assim como ocorreu no estudo de

Sanceverino e Abreu (2004), foram incluídos alunos do Ensino Fundamental, mas também incluíram alunos de escolas particulares na amostra.

Soldera et al. (2004), analisando o “uso pesado” de estudantes de escolas públicas e particulares, de ensino fundamental e médio, em Campinas referenciam que 11,9% faziam uso pesado de álcool, 11,7% de tabaco, 4,4% de maconha, 1,8% de solventes, 1,4% de cocaína e 1,1% de medicamentos psicotrópicos. Comparando com os resultados do presente estudo, os consumos de álcool, de tabaco, de maconha são maiores entre estudantes de São Paulo do que entre os de Campinas. O consumo de medicamento psicotrópico é um pouco maior, o de solvente é um pouco menor e o de cocaína é bem menor.

Soldera (2001), avaliando apenas estudantes do Ensino Médio, de escolas públicas e centrais da cidade de Campinas, encontrou, para “uso na vida”, álcool em 94,1% da amostra, tabaco em 64,9%, maconha em 23,2%, solvente em 24%, medicamentos em 11,6%, cocaína 12,2%. Quanto ao “uso pesado”, os resultados foram: álcool em 19,3% dos adolescentes, tabaco em 17,1%, maconha em 5,9%, solvente em 1,1%, medicamentos em 1,0%, cocaína em 1,5%. Percebe-se que tanto no “uso na vida” quanto no “uso pesado”, a amostra paulista consome mais álcool e menos maconha do que a amostra campineira. No entanto, em todos os outros resultados, há alteração quando se compara “uso na vida” e “uso pesado”. O tabaco foi mais experimentado por estudantes de São Paulo, porém, há mais “uso pesado” em Campinas. O solvente foi mais experimentado na amostra de Soldera (2001), mas o “uso pesado” é maior neste estudo. Os medicamentos foram menos experimentados no presente estudo, porém, o “uso pesado” é maior. Ao contrário dos medicamentos, a cocaína foi mais experimentada pelos estudantes paulistanos e o “uso pesado” foi maior entre os campineiros.

Muza et al. (1997), avaliaram estudantes de ensino médio e fundamental de escolas públicas e particulares de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo. Os resultados entre os adolescentes, de “uso na vida”, foram: 88,9% de uso de álcool, 37,7% de tabaco, 31,1% de solventes, 10,5% de medicamentos, 6,2% de maconha e 2,7% de cocaína. Comparando com os resultados obtidos pelo presente estudo, observou-se diferenças em relação aos outros estudos. Álcool e medicamentos foram menos consumidos em São Paulo quando comparados a Ribeirão Preto. Os consumos de tabaco e de cocaína foram parecidos

entre as duas cidades. Os consumos de maconha e de solvente foram superiores na amostra paulista.

Para comparar o consumo desta amostra com a de outros países, a análise será comparada com o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras, realizado por Galduróz et al. (2004). Serão apresentados alguns exemplos de países que consomem mais, e alguns exemplos de países que consomem menos cada droga, sendo identificada a posição aproximada deste consumo entre os países avaliados. Considerando o uso na vida, tem-se que:

- O consumo de álcool nesta amostra é um dos mais altos do mundo, maior que do Reino Unido, Portugal, França e Holanda; e parecido com o da Dinamarca;
- O consumo de tabaco é um dos mais baixos do mundo, tendo uso superior aos Estados Unidos e à Venezuela e inferior à Suécia, Bélgica, Dinamarca, Itália, Finlândia e Alemanha;
- O consumo de solvente é um dos maiores do mundo, similar ao da Grécia e acima da Guiana, do Equador, de Belize, da Guatemala, do Panamá e do Uruguai;
- O consumo de maconha está entre os mais baixos, ficando acima da Venezuela, Guatemala, Paraguai e Nicarágua e abaixo dos Estados Unidos, da Alemanha, da Espanha e da Finlândia;
- O consumo de anfetamina está na média geral entre os países avaliados, ficando acima do Equador, da Guiana, da Dinamarca e da França, e abaixo dos Estados Unidos, do Reino Unido, do Chile e da Guatemala;
- O consumo de cocaína foi alto em relação aos países estudados. Alguns países que consumiram mais do que esta amostra foram Estados Unidos, Espanha, Holanda e Chile. Alguns que consumiram menos foram Equador, Belize, Panamá e Portugal;

A WHO (World Health Organization, 2001), estudando quatro países em desenvolvimento (México, Costa Rica, Nigéria e China), avaliou o “uso na vida” e o “uso pesado” de álcool entre estudantes de 15 a 19 anos. O “uso na vida” entre os estudantes de

São Paulo foi superior ao mesmo consumo nos quatro países. O uso pesado ficou abaixo apenas da Costa Rica.

A partir destes resultados, pode-se identificar que, cada cidade, cada região e cada país, têm suas características e, em qualquer intervenção e análise, este aspecto tem que ser considerado. Nota-se, também, que o consumo de álcool entre estudantes de São Paulo, é um dos maiores ao serem considerados os estudos realizados no Brasil. Apesar de ser uma substância lícita, o alto consumo de álcool representa um grave problema de saúde pública, pois gera grandes prejuízos ao indivíduo e à sociedade. O alto consumo dessa substância está associado a acidentes de trânsito, violência (Benincasa & Rezende, 2008; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia, 2000; Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004), prática de sexo desprotegido (Scivoletto, Tsuji, Abdo, Queiroz, Andrade e Gattaz, 2004; Benincasa, Rezende e Coniaric, 2006).

3.5.1. Uso de drogas e gênero

Para discutir o uso de droga entre os gêneros serão apresentados, inicialmente, uma tabela contendo as informações sobre frequência e tipo de droga mais utilizado pela amostra. A tabela apresenta o consumo de das sete drogas mais consumidas (álcool, tabaco, maconha, solvente, tranqüilizante, anfetamina e cocaína) relacionando-as com a frequência de consumo (“uso na vida”, “uso no ano”, “uso no mês”, “uso frequente” e “uso pesado”), tanto por meninos como por meninas. Dedicou-se, especialmente, ao “uso no mês” por estarem acessíveis informações atuais (2006) sobre o consumo destas substâncias por estudantes em vários outros países latinos, podendo assim, ser parâmetros consistentes de comparação com a amostra de São Paulo. Concluindo o capítulo, serão discutidos os resultados de “uso frequente” e “uso pesado” entre os gêneros com a literatura existente. Identificou-se, através da revisão feita, que há carência de informações sobre essas frequências de consumo entre adolescentes o que, entendeu-se, sejam resultados mais úteis neste tipo de estudo, pois, indicam consumo com risco de dependência e necessidade de intervenção.

A Tabela 69 apresenta os resultados de consumo das sete substâncias (álcool, tabaco, maconha, solvente, remédio para emagrecer, tranqüilizante e cocaína) mais usadas pelos

sujeitos pesquisados. São apresentados os consumos “na vida”, “no ano”, “no mês”, “frequente” e “pesado” relacionados aos gêneros dos adolescentes.

Ao considerar o “uso na vida” encontrou-se, entre os meninos, o uso de álcool, em 81,5% dos avaliados; o uso de tabaco, em 34,1%; de solvente, em 15,7%; de maconha, em 12,2%; de anfetamina, em 3,3%; de tranqüilizante, em 2,5% e de cocaína, 2,8%. Entre as meninas, os resultados foram: 88% das avaliadas consumiram álcool, pelo menos, uma vez na vida, 40,6% consumiram tabaco; 12,7%, solvente; 7,4%, maconha; 6,1%. Tranqüilizantes; 5,5%, anfetamina e 2,7%, cocaína. É possível notar-se que o uso de tranqüilizante e remédios de emagrecer, em todos os níveis de intensidade (uso na vida, no mês, no ano, frequente e pesado), se mostra maior no sexo feminino. O uso de maconha mostrou-se maior em todos os níveis para o sexo masculino. Estes dados confirmam, entre outros, os estudos de Teixeira, Aliane, Ribeiro e Ronzani (2009). Todos os estudos brasileiros encontrados a partir de 2000 compartilham deste resultado: as meninas consomem mais anfetaminas e os meninos consomem mais maconha (Muza, Bettiol, Muccillo e Barbieri, 1997; Fonseca, 2002; Galduróz et al., 2004; Sanceverino & Abreu, 2004; Guimarães et al., 2004; Zenaide & Baldacci, 2006; Sengik & Scortegagna, 2008; Vieira et al., 2008; Teixeira et al., 2009). Segundo Ribeiro e Marques (2002), o uso das anfetaminas, entre estudantes, é eminentemente feminino, provavelmente com o objetivo de perder peso. Para os autores, outros motivos para consumir anfetamina são: melhorar do desempenho no trabalho e busca de efeitos estimulantes.

Tabela 69 – Distribuição percentual do uso de drogas por gênero (Masculino e Feminino) em “uso na vida”, “uso no ano”, “uso no mês”, “uso freqüente” e “uso pesado”

Vida	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
Gênero	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Masculino	200	879	1079	714	370	1084	950	132	1082	910	170	1080	1045	36	1081	1053	27	1080	1051	30	1081
%	18,5%	81,5%	100,0%	65,9%	34,1%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	84,3%	15,7%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%
Feminino	147	1117	1264	752	515	1267	1174	94	1268	1099	160	1259	1193	69	1262	1182	77	1259	1231	34	1265
%	11,6%	88,4%	100,0%	59,4%	40,6%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	87,3%	12,7%	100,0%	94,5%	5,5%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%
Ano	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
Gênero	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Masculino	284	770	1054	833	241	1074	972	100	1072	946	127	1073	1049	30	1079	1051	21	1072	1041	16	1057
%	26,9%	73,1%	100,0%	77,6%	22,4%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	88,2%	11,8%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%
Feminino	272	971	1243	942	323	1265	1185	64	1249	1160	100	1260	1204	53	1257	1198	57	1255	1210	23	1233
%	21,9%	78,1%	100,0%	74,5%	25,5%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	92,1%	7,9%	100,0%	95,8%	4,2%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Mês	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
Gênero	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Masculino	492	581	1073	890	181	1071	1008	67	1075	993	75	1068	1027	18	1045	1057	12	1069	1062	11	1073
%	45,9%	54,1%	100,0%	83,1%	16,9%	100,0%	93,8%	6,2%	100,0%	93,0%	7,0%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
Feminino	518	739	1257	1029	234	1263	1219	39	1258	1183	60	1243	1176	42	1218	1211	37	1248	1241	19	1260
%	41,2%	58,8%	100,0%	81,5%	18,5%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%
Freqüente	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
Gênero	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Masculino	492	299	791	972	100	1072	970	28	998	993	54	1047	1027	9	1036	1057	8	1065	1062	9	1071
%	62,2%	37,8%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	94,8%	5,2%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
Feminino	518	398	916	1104	143	1247	1190	15	1205	1183	37	1220	1176	24	1200	1211	19	1230	1241	15	1256
%	56,6%	43,4%	100,0%	88,5%	11,5%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
Pesado	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
Gênero	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Masculino	492	279	771	972	14	986	988	28	1016	993	21	1014	1027	9	1036	1057	1	1058	1062	2	1064
%	63,8%	36,2%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	99,9%	0,1%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%
Feminino	518	335	853	1104	14	1118	1210	8	1218	1183	23	1206	1176	18	1194	1211	9	1220	1241	4	1245
%	60,7%	39,3%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,3%	,7%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%

Legenda:

Médias
altas

mais

Médias
baixas

mais

Guimarães et al. (2004) estudaram alunos da quinta a oitava séries do ensino fundamental e da primeira a terceira séries do ensino médio de Assis, SP. Em sua amostra, que se constituiu de 20% do total de alunos da rede pública e da rede privada, encontraram os seguintes resultados para “uso na vida”: 70,7% e 68,4% de consumo de álcool entre meninas e meninos, respectivamente; 23,1% e 22,7% de tabaco; 8,7% e 4,8% de maconha; 12,6% e 7,9% de solvente; 1,8% e 3,5% de anfetamina; 0,4% e 1,6% de tranqüilizante e 2,5% e 0,9% de cocaína entre meninos e meninas respectivamente. Observa-se que o uso na vida no presente estudo foi maior para todas as drogas, exceto para maconha, apresentando resultados similares. Esta diferença pode estar relacionada à amostra deste estudo que, por ser de estudantes do ensino médio, tende a haver maior consumo destas substâncias. Naquele estudo, a amostra inclui o ensino fundamental.

Galduróz et al. (2004), comparando o aumento ou redução do consumo de drogas entre os gêneros, em São Paulo, indicam que houve uma tendência ao aumento do consumo, na vida, de anfetaminas, solventes e tranqüilizantes. No 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 (Galduróz et al., 2004), o “uso na vida” de solvente foi de 16,8% entre os meninos e 15,9% entre as meninas. Esta tendência não foi confirmada neste estudo, pois, observou-se uma pequena redução deste consumo. No entanto, as tendências de aumento do consumo de anfetaminas e tranqüilizantes foram confirmadas por este estudo. Quanto às anfetaminas, os autores encontraram 2,5% e 3,8% entre meninos e meninas, respectivamente. Nota-se o aumento do consumo de 2004 para 2008. O mesmo aumento pode ser observado no “uso na vida” de tranqüilizantes naquele levantamento indicando 0,8% dos meninos e 0,9% das meninas. No V Levantamento (Galduróz et al., 2004), os autores apontam uma tendência à manutenção da experimentação (uso na vida) de maconha, cocaína, tabaco e álcool entre as meninas. Mostram, também, a tendência de redução do consumo de álcool entre os meninos. Estas tendências não foram confirmadas neste estudo, havendo aumento do consumo de maconha, tabaco e álcool e redução do consumo de cocaína. Estas diferenças podem ser explicadas pela seleção da amostra em um estudo e outro. Naquele, foram avaliados estudantes do Ensino Fundamental e Médio, neste, apenas do Ensino Médio. Desta forma, os mais jovens que ainda não tiveram contato com algumas drogas colaboram com a

diluição deste resultado. Por outro lado, aquele estudo foi realizado apenas com a rede pública da cidade de São Paulo e este incluiu a rede particular. Ao se discutir “uso de drogas por classes sociais” e “uso de drogas por tipo de escola (particular e pública)” observar-se-á certa tendência de consumo aumentado de algumas drogas, por estudantes das classes mais altas e da rede particular quando comparado ao das classes mais baixas e da rede pública.

Zenaide & Baldacci (2006), em estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado com estudantes de 13 a 19 anos do ensino fundamental e médio de uma escola pública estadual e uma escola privada, localizadas em um bairro de classe média alta, na cidade de Santos (SP) encontraram o seguinte consumo na vida para meninos e meninas: tabaco 25,35% e 40,2%; álcool, 75,65% e 83,85%; maconha, 9,5% e 6,8%; cocaína, 0,85% e 0,7%; anfetamina, 5,4% e 5,85%; solvente, 12,95% e 12,15%; tranqüilizante, 1,5% e 6,55%. O uso de tabaco e solvente, entre os meninos, foi inferior ao apresentado nesta amostra. Entre as meninas, no entanto, foi similar. O uso de álcool, maconha e cocaína foi maior entre os estudantes de São Paulo. A experimentação de anfetamina, entretanto, foi maior entre os estudantes de Santos. A diferença de resultado pode estar ligada à seleção da amostra, portanto, de forma diferente aos estudos anteriores, que incluíam o ensino fundamental. No estudo de Santos, a amostra estava resumida a apenas duas escolas de um mesmo bairro nobre da cidade, não podendo representar a realidade do município. A amostra deste estudo contemplou todas as regiões e incluiu todas as classes sociais.

Em um estudo epidemiológico, a partir de uma amostra representativa de todos os estudantes do Panamá de 12 a 18 anos, excluindo os universitários, González, Cedeño, Penna, Caris, Delva e Anthony (1999) encontraram os seguintes resultados para uso na vida entre os gêneros: 12,2% e 9,7%, de uso de tabaco entre meninos e meninas respectivamente; 45,5% e 37,0%, de álcool; 1,0% e 0,6%, de maconha; 6,1% e 7,3%, de tranqüilizantes; 3,0% e 1,9%, de inalantes; 0,8% e 0,4%, de cocaína; 1,8% e 1,9%, de anfetamina. Comparando com os resultados deste estudo, identifica-se que o consumo entre os adolescentes brasileiros de São Paulo é maior para todas as drogas. Este resultado pode estar associado à diferença de amostra, assim como ocorreu com o estudo de Galduróz et al. (2004) em que a amostra era composta de adolescentes a partir de 12 anos. Neste caso, o consumo dos mais velhos fica diluído na amostra.

Ao se considerar o “uso no ano”, o consumo de maconha dos adolescentes estudados foi de 4,65%, estando na média apresentada para esta região das Américas, segundo a ONU (2008) que é de 1 a 5%. O mesmo não acontece com o uso de anfetaminas e cocaína que, nesta amostra, encontra-se superior à média para esta região que é de 0,5 a 1% de consumidores na população no último ano. Há algumas hipóteses para estas diferenças. Segundo a própria ONU (2008), há tendência ao aumento do consumo da cocaína na América Latina e da anfetamina nas Américas. Além disso, a amostra foi de pessoas de 12 a 62 anos. Sabendo que o consumo está mais concentrado entre adolescentes e adultos jovens, provavelmente há uma diluição do consumo quando são incluídos sujeitos acima de 50 anos.

Quanto ao “uso no mês”, entre os gêneros, serão apresentadas algumas informações visando estabelecer parâmetros de comparação com outras realidades, mas com população similar, ou seja, estudantes de ensino fundamental e médio. Os países que serão comparados são: Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Brasil. Optou-se por incluir o Brasil, para ser possível a comparação entre a realidade do município de São Paulo e a realidade nacional. Alguns destes países têm condições sócio-econômicas similares ao Brasil, outros têm semelhança cultural e outros proximidade geográfica. Eles foram escolhidos por, junto com o Brasil, fazerem parte do primeiro estudo comparativo da ONU (2006) sobre uso de drogas em população escolar secundária. Cada uma das sete drogas mais utilizadas pelos adolescentes, avaliados neste estudo, será objeto de comparação entre os países e a amostra que se obteve na cidade de São Paulo. As drogas serão apresentadas na seguinte ordem: tabaco, álcool, tranqüilizantes, anfetamina maconha, cocaína e inalantes ou solventes. Escolheu-se aprofundar no “uso no mês” por encontrarem-se poucos estudos fornecendo resultados sobre “uso freqüente” e “uso pesado” nesta população. Deve ser lembrado que o estudo da ONU (2006) envolveu estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas; neste estudo, a amostra foi de estudantes do Ensino Médio de escolas públicas e particulares. Estas diferenças provavelmente interferiram nos resultados e serão consideradas na análise.

O uso de tabaco entre meninos foi: Argentina, 23,69%; Bolívia, 17,92%; Brasil, 11,83%; Colômbia, 28,98%; Chile, 35,36%; Equador, 25,60%; Paraguai, 16,27%; Peru, 20,78% e Uruguai, 19,43%. Neste estudo, o consumo de tabaco, no último mês, entre

meninos foi de 16,9%, ficando próximo à média do Paraguai, sendo um dos menores consumos entre os países avaliados. Entre as meninas, o consumo foi: Argentina, 23,99%; Bolívia, 8,81%; Brasil, 10,20%; Colômbia, 19,38%; Chile, 41,30%; Equador, 11,70%; Paraguai, 11,16%; Peru, 11,61% e Uruguai, 27,49%. No presente estudo, o consumo das meninas, no mês, foi 18,5%, tendo o consumo acima de cinco dos nove países avaliados. Percebe-se, com esses resultados que, embora o consumo de tabaco seja menor entre as meninas na cidade de São Paulo, elas usam mais do que estudantes da mesma faixa etária em outros países, em desenvolvimento. Por outro lado, os meninos de São Paulo têm um consumo inferior ao dos países estudados.

Avaliando o “uso no mês” de álcool, entre os meninos, o resultado da ONU (2006) apontou: Argentina, 46,03%; Bolívia, 19,33%; Brasil, 47,80%; Colômbia, 55,28%; Chile, 40,23%; Equador, 30,90%; Paraguai, 40,44%; Peru, 28,61% e Uruguai, 52,53%. Os estudantes de São Paulo consumiram, neste mesmo período, 54,1%, ficando entre os consumos mais altos dentre os países estudados. Entre as meninas os resultados foram: Argentina, 42,5 Bolívia, 13,74%; Brasil, 48,27%; Colômbia, 49,05%; Chile, 40,19%; Equador, 25,35%; Paraguai, 39,97%; Peru, 23,21% e Uruguai, 48,18%. Neste estudo, o álcool foi consumido no último mês por 58,8% das adolescentes avaliadas. Estes resultados mostram que o consumo de álcool entre as estudantes de São Paulo é o maior entre os países avaliados. Segundo este mesmo estudo da ONU (2006), no período em que os países foram avaliados, o consumo entre as estudantes do sexo feminino, no Brasil era de 48,27%, ou seja, abaixo dos resultados obtidos neste estudo, sendo, porém, um dos mais altos entre os países avaliados. Outra característica apresentada pela comparação destes resultados é que esta avaliação foi feita, apenas, na cidade de São Paulo e as outras médias corresponderem à população de países. Partindo destes dados há uma tendência a se considerar que, em São Paulo, o consumo é maior do que a média de outras cidades brasileiras. Esta hipótese é confirmada por Galduróz et al. (2004), que apontam o maior consumo na região sudeste.

Comparando o “uso no mês” de tranqüilizantes entre os adolescentes masculinos tem-se: Argentina, 2,11%; Bolívia, 3,08%; Brasil, 2,01%; Colômbia, 5,13%; Equador, 1,02%; Paraguai, 2,79%; Peru, 0,94% e Uruguai 1,13%. No Brasil, especificamente entre estudantes do município de São Paulo, 1,1% dos estudantes usaram tranqüilizantes no

último mês, ficando entre os consumos mais baixos dos países estudados. Entre as meninas, o consumo de tranqüilizantes neste mesmo período foi: Argentina, 2,13%; Bolívia, 4,85%; Brasil, 3,24%; Colômbia, 5,05%; Equador, 1,74%; Paraguai, 5,86%; Peru, 1,24% e Uruguai 2,27%. No presente estudo, este consumo foi feito por 3,0% da amostra feminina. Percebe-se que as meninas, além de consumirem mais tranqüilizantes do que os meninos, estão na média de consumo quando comparado aos países citados.

O “uso no mês” de anfetaminas entre adolescentes masculinos foi: na Argentina, 1,84%; na Bolívia, 1,65%; no Brasil, 1,86%; na Colômbia, 3,03%; no Chile, 0,85%; no Equador, 0,95%; no Paraguai, 1,02%; no Peru, 0,54% e no Uruguai, 0,68%. Na cidade de São Paulo, os estudantes que consumiram anfetaminas no último mês foram 1,7%. Observa-se que foi o terceiro consumo mais alto entre os países pesquisados. Entre as mulheres, no mesmo período, o consumo foi: Argentina, 1,76%; Bolívia, 2,00%; Brasil, 2,65%; Colômbia, 2,45%; Chile, 0,80%; Equador, 0,75%; Paraguai, 1,14%; Peru, 0,27% e Uruguai, 0,84%. Neste estudo, 3,4% das adolescentes consumiram anfetamina no último mês. Estes resultados mostram que as meninas, além de consumirem mais anfetaminas que os meninos, fizeram-no mais do que em todos os países avaliados.

Considerando a maconha, com frequência de “uso no mês”, entre meninos, tem-se: Argentina, 4,97%; Bolívia, 1,75%; Brasil, 4,83%; Colômbia, 3,64%; Chile, 6,07%; Equador, 2,62%; Paraguai, 2,28%; Peru, 1,92% e Uruguai, 6,42%. Na cidade de São Paulo, neste estudo, o consumo foi de 6,2%, ficando com a média acima das médias dos outros países, exceto do Uruguai. As meninas, nesta mesma frequência, consumiram: na Argentina, 2,87%; na Bolívia, 0,36%; no Brasil, 2,40%; na Colômbia, 1,56%; no Chile, 4,53%; no Equador, 0,67%; no Paraguai, 0,84%; no Peru, 0,70% e no Uruguai, 4,40%. Neste estudo, o consumo foi de 3,4%, ficando abaixo, apenas, do Chile e do Uruguai. Apesar de ser uma droga menos consumida entre as meninas do que entre os meninos, nota-se um alto consumo nesta amostra ao se comparar com outros países.

Quanto ao uso no mês de cocaína entre meninos, os resultados foram: Argentina, 1,91%; Bolívia, 0,81%; Brasil, 1,72%; Colômbia, 0,81%; Chile, 1,17%; Equador, 0,99%; Paraguai, 0,62%; Peru, 0,69% e Uruguai, 0,68%. Em São Paulo, neste estudo, o consumo foi de 1%, ficando dentro da média dos países pesquisados. O resultado das meninas foi: Argentina, 1,09%; Bolívia, 0,19%; Brasil, 0,82%; Colômbia, 0,28%; Chile, 0,81%;

Equador, 0,21%; Paraguai, 0,30%; Peru, 0,28% e Uruguai, 0,31%. Em São Paulo, 1,5% relataram ter consumido cocaína no último mês. Este resultado aponta que, além de consumir mais esta droga do que os meninos, esta amostra é a que mais consumiu cocaína entre os países estudados.

Comparando o uso de Solventes “no mês”, entre meninos, tem-se: Argentina, 1,55%; Bolívia, 0,89%; Brasil, 11,26%; Colômbia, 1,39%; Chile, 0,99%; Equador, 1,08%; Paraguai, 0,71%; Peru, 0,89% e Uruguai, 0,64%. No presente estudo, o solvente foi consumido por 7% dos meninos, indicando um consumo abaixo da média para o país. Pode-se explicar este resultado pelo fato desta amostra ser de estudantes do Ensino Médio, ou seja, uma amostra privilegiada que não precisou interromper os estudos para ajudar a família financeiramente, pelo consumo de drogas ou por qualquer outro motivo comum entre jovens. Por outro lado, observa-se que, mesmo abaixo da média do país, continua bem acima das médias apresentadas pelos outros países, sendo quatro vezes mais alta que o país em que o consumo é mais alto (Argentina). Entre as meninas, os resultados foram similares ao dos meninos e, provavelmente, pelos mesmos motivos. Nos países estudados pela ONU (2006), o consumo foi: Argentina, 1,27%; Bolívia, 0,17%; Brasil, 9,98%; Colômbia, 0,72%; Chile, 1,00%; Equador, 0,53%; Paraguai, 0,76%; Peru, 0,63% e Uruguai 0,52%. Neste estudo, 4,8% das meninas consumiram solvente no último mês, sendo inferior à média do país mas, pelo menos 4 vezes superior a média do país em que o consumo foi mais alto.

Quando se analisa o “uso pesado” têm-se, entre os meninos, 27,2%, de consumo de álcool, 6,4%, de maconha, 2%, de solvente, 0,9%, de anfetamina, 0,2%, de tabaco e tranqüilizantes e 0,2% de cocaína. Entre as meninas, encontrou-se 26,6%, de “uso pesado” de álcool, 2,5% de maconha, 1,9%, de solvente, 1,5%, de anfetamina, 0,9%, de tranqüilizantes, 0,1%, de tabaco e 0,3%, de cocaína. Percebe-se, a partir destas informações, que é proporcional a quantidade de meninos e meninas que fazem “uso pesado” de álcool e solvente, as meninas consomem menos maconha que os meninos (“uso pesado”) e os meninos consomem (“uso pesado”) menos anfetaminas e tranqüilizantes.

Tavares, Béria e Lima (2001), em Pelotas (RS), realizando um estudo sobre uso de drogas, semelhante a este que está sendo apresentando, encontraram um número bem menor de adolescentes que apresentavam “uso pesado” para álcool. Em seus estudos, 6,9%

dos meninos faziam “uso pesado” e 3,8% das meninas. No entanto, o “uso pesado” de tabaco entre os estudados foi de 28,1% entre meninos 31,0% entre meninas, ou seja, bem superior aos encontrados neste estudo. Outra diferença foi o “uso pesado” das outras drogas que, somadas foram 17,8% entre meninos e 16,6% entre meninas. No presente estudo esta soma é significativamente inferior. Comparando, portanto, com os resultados de Pelotas, tende-se a concluir que um maior número de estudantes faz “uso pesado” de todos os tipos de drogas, inclusive tabaco, quando comparados aos estudantes de São Paulo. Porém, um maior número de estudantes paulistanos faz “uso pesado” de álcool quando se compara com os de Pelotas.

Ao se observar, especificamente, o consumo de tabaco, encontram-se diferenças ao comparar-se com estudos anteriores nos quais o “uso pesado” era mais intenso do que o observado no presente estudo. O tabaco foi a segunda droga mais usada na vida entre os pesquisados, o que coincide com a literatura existente. Ao considerar, porém, o “uso pesado”, ficou em último lugar em ambos os gêneros. Uma hipótese para este resultado é a campanha maciça contra o fumo que culminou, no estado de São Paulo, com a proibição do uso de cigarro em lugares fechados. É importante lembrar que esta coleta de dados foi feita antes desta lei entrar em vigor. Segundo Cavalcante (2005), apesar de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações fortes e abrangentes para o controle do tabagismo, chegando a atingir uma queda de 33% do consumo entre 1989 e 2004.

A comparação do consumo de drogas entre gêneros apontou resultados parecidos com os encontrados na literatura nos seguintes aspectos: o álcool é a droga mais consumida em todos os níveis de uso e nos dois gêneros; o tabaco foi a droga mais experimentada, as meninas consomem mais anfetaminas e tranqüilizantes e os meninos mais maconha em todos os níveis de uso. Os resultados mais inusitados encontrados nesta comparação foram: a redução do “uso pesado” de tabaco quando comparado com outros estudos e o “uso pesado” muito alto entre meninas e meninos.

Observando os resultados nota-se que as meninas experimentaram (“uso na vida”) mais substâncias psicoativas do que os meninos. O “uso pesado”, no entanto, não é muito diferente entre os gêneros. O que difere, parcialmente, é o tipo de substância. Segundo Zenaide & Baldacci (2006), que encontraram resultados semelhantes, parece estar havendo

uma tendência de equilíbrio entre os sexos, possivelmente associado às mudanças socioculturais, com redefinição do papel da mulher na sociedade.

Comparando estes resultados com os questionários de qualidade de vida nota-se que, tanto no SF-36 quanto no WHOQOL-100, os meninos apresentaram qualidade de vida superior à das meninas na maioria dos domínios. Avaliando o uso de droga, percebe-se, também, que há uma tendência recente à maior experimentação de drogas entre as meninas. Estes resultados indicam a necessidade de pesquisas avaliando se a baixa qualidade de vida relatada pelas meninas tem relação com a experimentação e consumo de drogas.

Outro resultado relevante é que, ao se comparar com outros países, nota-se que em muitas substâncias, o “uso no mês” entre os meninos, apesar de ser semelhante ou superior ao das meninas, fica na média dos países, no entanto, o “uso no mês” das meninas, é superior à média de “uso no mês” de meninas de outros países. Isto foi observado, principalmente com a maconha e a cocaína.

Os dados demonstram que, apesar da redução do consumo de tabaco, há uma tendência de “uso pesado” maior entre meninas do que entre meninos. O mesmo acontece com o álcool, em que os meninos apresentam um “uso no mês” um pouco superior à média ao se comparar com outros países latinos e o “uso no mês” das meninas se mostra superior à média de todos os países avaliados.

3.5.2. Uso de drogas e idade

Ao serem analisados os resultados das Tabelas abaixo, percebe-se que, conforme é apresentado na caracterização da amostra, o número de alunos com mais de 19 anos, matriculados no Ensino Médio (EM) regular, é baixo e não representa a maioria dos jovens com mais de 19 anos. Por isso, ao discutir os resultados, muitas vezes, não é considerada esta população, restringindo-se aos de 13 a 19. Caso outros autores apresentem informações sobre essa população, também matriculada no Ensino Médio, incluir-se-á a amostra na discussão.

Observando o “uso na vida” (Tabela 70) de drogas relacionado à idade, nota-se que há uma tendência ao aumento do consumo com o aumento da idade. Além disso, foi notado que o aumento de uma idade para outra, é paulatino, ou seja, os estudantes de 14 anos

consomem um pouco menos drogas do que os de 15, que consomem um pouco menos que os de 16.

Analisando o “uso no mês” (Tabela 72), o aumento do consumo se mantém proporcional ao aumento da idade. Nota-se, apenas uma exceção no uso de tranqüilizantes, que foi levemente inferior entre os estudantes de 16 a 19 anos do que entre os de 13 a 15. No “uso no ano”, o uso de tranqüilizante foi significativamente superior entre os mais novos e o uso de anfetamina foi igual entre os de 13 a 15 e os de 16 a 19.

Avaliando o “uso freqüente” (Tabela 73), percebe-se que houve um pouco menos de tranqüilizantes entre os estudantes de 16 a 19 do que entre os de 13 a 15. Porém, o uso de anfetamina voltou a ser maior entre os mais velhos, assim como ocorre nas outras drogas. Quanto ao “uso pesado”, o solvente e as anfetaminas foram mais consumidos pelos mais jovens. O consumo de tranqüilizantes e cocaína foi semelhante entre as duas faixas etárias. O álcool, o tabaco e a maconha foram mais consumidos entre os mais velhos.

Tabela 70 - Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)

Uso na Vida																					
Idade	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
13 a 15	113	504	617	426	193	619	582	38	620	532	83	615	589	27	616	586	27	613	610	9	619
%	18,3%	81,7%	100,0%	68,8%	31,2%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	86,5%	13,5%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%
16 a 19	229	1479	1708	1029	684	1713	1525	186	1711	1457	248	1705	1630	78	1708	1631	76	1707	1652	56	1708
%	13,4%	86,6%	100,0%	60,1%	39,9%	100,0%	89,1%	10,9%	100,0%	85,5%	14,5%	100,0%	95,4%	4,6%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%
+ de 20	4	13	17	11	7	18	15	3	18	18	0	18	18	0	18	17	1	18	18	0	18
%	23,5%	76,5%	100,0%	61,1%	38,9%	100,0%	83,3%	16,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas

Tabela 71 - Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)

Uso no Ano																					
Idade	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
13 a 15	169	434	603	488	127	615	592	23	615	555	57	612	593	21	614	590	22	612	602	6	608
%	28,0%	72,0%	100,0%	79,3%	20,7%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
16 a 19	379	1297	1676	1273	432	1705	1548	140	1688	1531	171	1702	1641	62	1703	1643	55	1698	1630	33	1663
%	22,6%	77,4%	100,0%	74,7%	25,3%	100,0%	91,7%	8,3%	100,0%	90,0%	10,0%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%
+ de 20	7	11	18	14	4	18	16	1	17	18	0	18	18	0	18	15	1	16	18	0	18
%	38,9%	61,1%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	93,8%	6,3%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas

Tabela 72 - Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)

Uso no Mês																					
Idade	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
13 a 15	286	327	613	526	88	614	602	14	616	575	33	608	581	16	597	595	17	612	609	5	614
%	46,7%	53,3%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%
16 a 19	715	983	1698	1375	326	1701	1607	91	1698	1581	103	1684	1604	44	1648	1655	31	1686	1675	25	1700
%	42,1%	57,9%	100,0%	80,8%	19,2%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%
+ de 20	8	10	18	17	1	18	17	1	18	18	0	18	17	0	17	17	1	18	18	0	18
%	44,4%	55,6%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas

Tabela 73 - Distribuição percentual do “uso freqüente” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)

Uso Freqüente																					
	Alcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
Idade	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
13 a 15	286	172	458	568	43	611	587	7	594	575	18	593	581	6	587	595	9	604	609	3	612
%	62,4%	37,6%	100,0%	93,0%	7,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	99,5%	,5%	100,0%
16 a 19	715	522	1237	1490	199	1689	1557	36	1593	1581	73	1654	1604	27	1631	1655	18	1673	1675	21	1696
%	57,8%	42,2%	100,0%	88,2%	11,8%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
+ de 20	8	3	11	17	1	18	15	0	15	18	0	18	17	0	17	17	0	17	18	0	18
%	72,7%	27,3%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas

Tabela 74 - Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por idade (13 a 15 anos; 16 a 19 anos e; mais de 20 anos)

Uso Pesado																					
	Alcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
Idade	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
13 a 15	286	151	437	568	5	573	596	0	596	575	15	590	581	10	591	595	3	598	609	2	611
%	65,4%	34,6%	100,0%	99,1%	,9%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	99,5%	,5%	100,0%	99,7%	,3%	100,0%
16 a 19	715	457	1172	1490	23	1513	1585	36	1621	1581	30	1611	1604	17	1621	1655	7	1662	1675	4	1679
%	61,0%	39,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,6%	,4%	100,0%	99,8%	,2%	100,0%
+ de 20	8	6	14	17	0	17	16	0	16	18	0	18	17	0	17	17	0	17	18	0	18
%	57,1%	42,9%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas

Guimarães, Godinho, Cruz e Kappann (2004), utilizando um método semelhante ao deste estudo para a seleção da amostra de adolescentes da cidade de Assis, interior de São Paulo, avaliaram estudantes do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada. Os resultados para “uso na vida” de álcool foram: de 10 a 12 anos, 43,7% experimentaram álcool; de 13 a 15 anos, 73,8%; de 16 a 18 anos, 84,6% e mais que 18 anos, 83,0%. Os adolescentes de 10 a 12 anos não foram avaliados pelo o presente estudo. Os de 13 a 15 apresentaram consumo superior à amostra de Assis. Os de 16 a 19 apresentaram consumo semelhante, sendo, em São Paulo o consumo um pouco superior. Uma hipótese para esta diferença entre as cidades pode ser pela inserção na amostra paulista de adolescentes de 19 anos que, segundo a literatura, consomem mais álcool do que os mais jovens. Por outro lado, em ambos os estudos, os que tinham as idades mais altas (superior a 19 ou 20) apresentaram consumo menor. Uma hipótese para este resultado é que tanto em uma cidade como em outra, o número de estudantes com mais de 19 é pequeno comparado às outras idades mencionadas. Percebe-se que o consumo tende a ser maior em São Paulo entre os adolescentes mais jovens é semelhante, a partir dos 16 anos. Quanto ao consumo de tabaco, os autores apontam que 5,4% dos estudantes de 10 a 12 anos relataram ter experimentado; 21,6%, dos de 13 a 15 anos; 36,6%, dos de 16 a 18 e 43,6%, dos com mais de 18 anos. Observa-se que os adolescentes de 13 a 15 anos de São Paulo experimentaram mais tabaco do que os de Assis; os de 16 a 18 anos, demonstraram consumo semelhante e, aqueles com mais de 18, de Assis, apresentaram consumo maior. Sobre o consumo de maconha foi apontado, pelos autores: que 0,7%, dos estudantes de 10 a 12 anos relataram ter experimentado; 4,8%, dos de 13 a 15 anos; 11,8%, dos de 16 a 18 e 21,3%, dos com mais de 18 anos. No presente estudo, os adolescentes de 13 a 15 anos de São Paulo experimentaram mais maconha do que os de Assis; com os adolescentes de 16 a 18 ocorreu o inverso; com os acima de 18 anos o “uso na vida” foi bem inferior (16,7%) em São Paulo.

O uso de solvente, “na vida”, apresentado pela amostra de Guimarães, Godinho, Cruz e Kappann (2004) foi: de 10 a 12 anos, 7,1%; de 13 a 15 anos, 10,0%; de 16 a 18 anos, 12,4%; mais de 18 anos, 10,6%. Entre os estudantes paulistanos verificou-se um maior consumo em todas as idades, exceto nos jovens com mais de 20 anos, que não relataram consumo. A mesma frequência de uso de anfetamina, em Assis, foi: de 10 a 12 anos, 0,9%; de 13 a 15 anos, 2,9%; de 16 a 18 anos, 3,4%; mais de 18 anos, 5,3%. Em São

Paulo, identificou-se maior consumo em todas as idades, assim como ocorreu com solvente, exceto os maiores de 20 que declararam não fazer uso. Quanto ao uso de tranqüilizantes, os autores observaram o seguinte consumo “na vida”: de 10 a 12 anos, 0,2%; de 13 a 15 anos, 0,4%; de 16 a 18 anos, 0,9%; mais de 18 anos 1,1%. No presente estudo, o consumo foi muito maior em todas as idades. Por fim, o uso da cocaína em Assis foi: de 10 a 12 anos, 0,2%; de 13 a 15 anos, 1,0%; de 16 a 18 anos, 2,5%; mais de 18 anos, 9,6%. Entre os paulistanos, assim como ocorreu com o solvente e a anfetamina, o consumo foi maior em todas as idades, exceto entre aqueles com mais de 20 anos, que não relataram consumo.

Apesar de não haver de 10 a 12 anos na amostra de estudantes de São Paulo, resolveu-se incluir esta faixa, para poder-se observar se o aumento de consumo segue o aumento da idade. Isso se verifica em todas as drogas no estudo de Guimarães, Godinho, Cruz e Kappann (2004), exceto em álcool e solvente em que há redução de consumo a partir dos 18 anos. Porém, nestas duas amostras de estudantes do ensino fundamental e médio regular, os alunos com mais de 18 não representam a população desta faixa etária por ser uma amostra bem reduzida da população e, por isso, os resultados não são generalizáveis. Os resultados de São Paulo, referentes às idades de 16 e 19 anos acabam tendo um consumo maior porque incluem uma idade a mais, quando comparada ao outro estudo que dividiu a amostra em 16 a 18 anos. Considerando, com isso, apenas as idades de 13 a 15 e 16 a 18, tem-se: um maior consumo “na vida” de todas as drogas entre os jovens de 13 a 15 anos; entre os de 16 a 18, verifica-se consumo semelhante de álcool e tabaco, consumo inferior de maconha entre os paulistanos e consumo superior em São Paulo de solvente anfetamina, tranqüilizantes e cocaína.

Tavares, Béria e Lima (2001), avaliando o consumo de drogas entre estudantes de Pelotas, encontraram o seguinte resultado para “uso na vida” de álcool: de 13 a 15 anos, 84,0%; de 16 a 18 anos, 95,0%; mais de 18 anos 92,0% . A mesma frequência de consumo de tabaco foi: de 13 a 15 anos, 43,0%; de 16 a 18 anos, 46,0%; mais de 18 anos, 47,7%. De maconha foi: de 13 a 15 anos, 9,8%; de 16 a 18 anos, 18,1%; mais de 18 anos, 17,7%. De cocaína foi: de 13 a 15 anos, 1,6%; de 16 a 18 anos, 4,2%; mais de 18 anos, 6,6%. Nas quatro substâncias (tabaco, álcool, maconha e cocaína), a experimentação foi mais freqüente entre os estudantes de Pelotas do que os de São Paulo. O uso de solvente entre aqueles estudantes foi: de 13 a 15 anos, 11,8%; de 16 a 18 anos, 13,8%; mais de 18 anos

8,2%. Neste estudo houve mais consumo de solvente em todas as idades, exceto com os estudantes com mais de 20 anos, que, em São Paulo, não relataram uso. O consumo de anfetamina e tranqüilizante mostrou-se mais alto em Pelotas em todas as idades, assim como álcool, tabaco, maconha e cocaína. Os estudantes com mais de 20 anos, no entanto, não relataram consumo destas duas substâncias. Comparando os dois estudos verifica-se que, exceto no uso de solvente, a tendência é de se consumir mais todas as outras substâncias em Pelotas do que em São Paulo. O mesmo fenômeno de redução do consumo com mais de 18 aconteceu em ambos os estudos, provavelmente, pela baixa quantidade de representantes dessa faixa etária.

Zenaide & Baldacci (2006) avaliando o “uso na vida” de álcool em adolescentes de Santos encontrou, entre os de 13 a 15 anos, 78,1%; entre os de 16 a 19 anos, 85,8%. O consumo de tabaco foi de 13 a 15 anos, 28,7%; de 16 a 19 anos, 45%. De maconha foi: de 13 a 15 anos, 6,5%; de 16 a 19 anos, 10,9%. De cocaína foi: de 13 a 15, anos 0,75%; de 16 a 19 anos, 1,05%. De anfetamina foi: de 13 a 15 anos, 4,95%; de 16 a 19 anos, 6,05%. De solvente foi: de 13 a 15 anos, 12,7%; de 16 a 19 anos, 13,7%. De tranqüilizante foi: de 13 a 15 anos, 4,5%; de 16 a 19 anos, 5,25%. Comparando com os resultados da amostra de estudantes de São Paulo, identifica-se que, na faixa de 13 a 15 anos, os consumos de tabaco, maconha, anfetamina e tranqüilizante foram semelhantes e os de álcool, cocaína e solvente foram superiores na amostra do presente estudo. Observando os estudantes de 16 a 19 anos, verificam-se consumos de álcool, maconha e tranqüilizante iguais nas duas amostras; os de cocaína e solvente foram superiores entre os paulistanos e, o de tabaco e anfetamina foram superiores entre os santistas.

Teixeira, Aliane, Ribeiro e Ronzani (2009), investigaram “uso na vida” de drogas em estudantes de Ensino Fundamental e Médio da rede Pública de Goianá – MG. Os resultados para uso de álcool foram: entre estudantes de 13 a 15 anos, 66,7%; de 16 a 18, 89%; mais de 18, 92%. Quanto ao uso de tabaco, de 13 a 15 anos, 17,7%; de 16 a 18, 45%; mais de 18, 14,3%. Quanto ao uso de maconha, de 13 a 15 anos, 2,2%; de 16 a 18, 6,0%; mais de 18, 7,1%. Quanto ao uso de cocaína, de 13 a 15 anos, 0,0%; de 16 a 18, 1,0%; mais de 18, 7,1%. Quanto ao uso de anfetamina, de 13 a 15 anos, 2,7%; de 16 a 18, 5,1%; mais de 18, 7,1%. Quanto ao uso de solvente, de 13 a 15 anos, 11,2%; de 16 a 18, 14,0%; mais de 18, 7,1%. Quanto ao uso de tranqüilizante, de 13 a 15 anos, 2,7%; de 16 a 18, 5,1%;

mais de 18, 7,1%. Comparando estes resultados com os obtidos pela amostra paulista, nota-se que, nesta amostra, a maconha foi mais consumida em todas as idades. Os estudantes de 13 a 15 anos, de São Paulo, apresentaram “uso na vida” superior em todas as drogas. Os de 16 a 18, deste estudo, apresentaram consumo mais baixo de álcool, tabaco, cocaína, anfetamina e tranqüilizante. O consumo de solvente foi igual nesta faixa etária. Quanto aos alunos que têm acima de 18 anos, os paulistanos experimentaram menos álcool, anfetamina, cocaína, solvente e tranqüilizante. Consumiram mais tabaco.

Sanceverino e Abreu (2004), avaliando estudantes do ensino médio de Palhoça (SC) encontraram os seguintes resultados, também para “uso na vida”: consumo de álcool em adolescentes de 14 a 17 anos foi de 91,7% e de mais de 18 anos, de 93,7%; de tabaco, entre os de 14 a 17, foi de 37,5%; entre os com mais de 18, 56,5%; de maconha, 12,7% e 27,8% entre os de 14 a 17 e mais que 18, respectivamente; de cocaína, 1,9% e 6,5%, entre os de 14 a 17 e mais que 18, respectivamente; de anfetamina, 6,6% e 11,1%; de tranqüilizante, 7,7% e 7,9%; de solventes, 18,3% e 15,7%. Nota-se que o consumo de todas as drogas foi superior em Palhoça quando comparado ao do presente estudo.

Em um estudo epidemiológico com estudantes de 12 a 18 anos do Panamá, envolvendo todo o país, González, Cedeño, Penna, Caris, Delva e Anthony (1999) encontraram para “uso na vida” de: álcool 32,9% de experimentação, entre adolescentes de 12 e 13 anos; 40,0%, entre os de 14 e 15 anos e, 55,5%, entre os de 16 a 18 anos. Tabaco: 7,5%, entre os de 12 e 13 anos; 14,5%, entre os de 14 e 15 anos e, 15,6%, entre os de 16 a 18 anos. Maconha: 0,4%, entre os de 12 e 13 anos; 1,0 % entre os de 14 e 15 anos e, 2,1%, entre os de 16 a 18 anos. Solvente: 2,0%, entre os de 12 e 13 anos; 3,0%, entre os de 14 e 15 anos e, 2,5%, entre os de 16 a 18 anos. Anfetamina: 1,5%, entre os de 12 e 13 anos; 2,4% entre os de 14 e 15 anos e, 2,0%, entre os de 16 a 18 anos. Tranqüilizante: 5,1% ente os de 12 e 13 anos; 8,4%, entre os de 14 e 15 anos e, 7,7%, entre os de 16 a 18 anos. Cocaína: 0,4%, ente os de 12 e 13 anos; 0,8%, entre os de 14 e 15 anos e, 1,4%, entre os de 16 a 18 anos. Através destes resultados pode-se identificar que os estudantes de São Paulo tendem a experimentar mais todas as substâncias citadas acima, exceto, o tranqüilizante, que tem um consumo, no Panamá, quase duas vezes mais alto do que os estudantes deste estudo.

Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angemeyer, M. et al. (2008) realizaram dezoito estudos em 17 países das Américas (Colômbia, México e Estados Unidos), da Europa (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Ucrânia), do Oriente Médio e da África (Israel, Líbano, Nigéria, África do Sul), da Ásia (Japão e os inquéritos separados, em Pequim e Xangai, na República Popular da China) e da Oceania (Nova Zelândia). Este conjunto de países foi determinado pela disponibilidade dos colaboradores em cada país, capazes de obter financiamento para a pesquisa. Os resultados obtidos referem-se apenas aos estudantes de 15 anos e “uso na vida”. Embora os 17 países tenham sido avaliados, não foi possível coletar informações sobre todas as drogas. O uso de álcool na amostra do presente estudo foi superior a de todos os países pesquisados, ficando abaixo apenas da Alemanha que, entre os adolescentes de 15 anos, a experimentação é de 82,1%. O consumo de tabaco também ficou entre os mais altos dos países estudados, abaixo apenas dos Estados Unidos e Ucrânia. Apenas nove dos 17 países apresentaram resultado sobre o consumo desta substância nesta população. Os excluídos foram todos os europeus, exceto Ucrânia. O consumo na Europa, como será visto a seguir, tende a ser mais alto do que o brasileiro. O “uso na vida” de maconha também ficou entre os mais altos, ocupando a 7^a posição, consumindo menos que os Estados Unidos, a França, a Alemanha, a Holanda, a Espanha e a Nova Zelândia. O consumo de cocaína foi apresentado por apenas sete países e a presente amostra ficou como o segundo consumo mais alto, perdendo apenas para os Estados Unidos. Grande parte das amostras européias e do Oriente Médio e África não relataram o consumo.

Serão feitas, agora, comparações de “uso no mês” com estudantes de outros países da América Latina. Todas as informações obtidas pelas pesquisas da ONU (2006). Abaixo serão apresentadas as médias apresentadas pelos países, distribuídas pelo tipo de droga e pela idade.

Tabela 75 – Média de “Uso no mês” de drogas relacionado à idade de estudantes dos países da América do Sul.

Uso no Mês								
		Álcool	Tabaco	Tranquiliz	Estimulante	Maconha	Cocaína	Solvente
Argentina	- 14	12,07	21,80	1,75	1,47	2,25	1,53	1,41
	15 a 16	29,31	52,87	2,39	1,92	4,29	1,40	1,46
	17 ou +	38,72	67,94	2,68	2,12	6,26	1,43	1,26
Bolívia	- 14	5,10	6,39	2,74	0,98	0,46	0,41	0,29
	15 a 16	14,83	18,56	4,82	2,14	1,20	0,40	0,63
	17 ou +	27,93	34,02	5,02	3,10	2,05	0,86	0,88
Brasil	- 14	4,81	34,88	1,54	1,48	0,90	0,43	7,83
	15 a 16	13,62	55,63	3,34	2,96	4,43	1,19	12,40
	17 ou +	19,64	63,06	3,83	2,88	7,93	3,02	13,33
Colômbia	- 14	14,42	37,61	4,49	2,37	0,96	0,29	0,67
	15 a 16	27,88	59,15	5,25	2,83	3,01	0,50	1,20
	17 ou +	36,37	69,96	6,13	3,33	4,95	1,06	1,55
Chile	- 14	25,45	22,09	S/d	0,64	1,73	0,63	0,89
	15 a 16	44,81	47,88	S/d	0,97	6,29	0,97	1,11
	17 ou +	54,83	65,46	S/d	1,01	11,10	1,80	1,01
Equador	- 14	8,50	14,43	1,21	0,67	0,54	0,37	0,75
	15 a 16	21,60	33,00	1,68	1,11	1,91	0,64	0,92
	17 ou +	33,98	48,63	1,39	0,76	3,35	0,92	0,66
Paraguai	- 14	6,75	25,21	3,37	0,79	0,69	0,29	0,66
	15 a 16	15,71	48,45	5,27	1,15	1,94	0,51	1,00
	17 ou +	23,27	57,55	5,60	1,58	2,27	0,60	0,45
Peru	- 14	7,75	15,24	0,72	0,26	0,59	0,47	0,65
	15 a 16	20,85	32,53	1,32	0,37	1,66	0,50	0,77
	17 ou +	26,28	37,52	1,51	0,80	2,25	0,53	0,95
Uruguai	- 14	11,86	30,67	0,98	0,40	1,25	0,27	0,27
	15 a 16	30,03	60,24	2,34	1,17	6,72	0,55	1,06
	17 ou +	39,45	74,47	2,52	0,88	11,49	0,79	0,42

Fonte: ONU (2006)

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Comparando com a Argentina, nota-se que a maior parte das drogas é mais consumida no presente estudo, exceto tabaco e cocaína. Observa-se, também, que o consumo de álcool entre os estudantes paulistanos é aproximadamente o dobro do consumo entre os argentinos. O inverso acontece com o tabaco que, na Argentina, o consumo é aproximadamente duas vezes maior do que neste estudo. O consumo de tabaco entre os mais jovens foi semelhante nos dois países, porém, com o aumento da idade, percebe-se um consumo muito maior entre os adolescentes argentinos. O consumo de álcool, tranqüilizante e solvente, em todas as idades, é superior na amostra de São Paulo.

Na Bolívia, o consumo é menor para todas as drogas, dando destaque especial a álcool, solvente e maconha, que é, aproximadamente, metade do que foi obtido entre os paulistanos. O consumo de tabaco entre os adolescentes paulistas com menos de 14 anos é três vezes maior do que entre os bolivianos de mesma idade. Entre os adolescentes de 15 e 16 é um pouco maior e entre os que têm mais de 17 anos, os bolivianos consomem mais tabaco que os paulistas. Os tranqüilizantes, entre os estudantes bolivianos com menos de 14 anos e com mais de 17, são mais consumidos; no entanto, os adolescentes paulistas de 15 e 16 consomem mais tranqüilizantes que os bolivianos. Quanto aos estimulantes, são mais consumidos no Brasil entre os mais jovens e, a medida que aumenta a idade, aumenta o consumo entre os bolivianos e diminui entre os paulistas.

Considerando os dados Brasileiros apresentados pelo estudo da ONU (2006), identifica-se o maior uso de álcool e de maconha entre os paulistanos, e menor consumo de tabaco e solvente. O consumo de tranqüilizante, maconha e solvente é semelhante ao nacional. O uso de tranqüilizantes e maconha entre os paulistanos com menos de 14 anos e mais de 17 é maior do que o nacional, porém, o consumo brasileiro é maior entre os de 15 e 16. O consumo de solventes, entre estudantes de 14 anos ou menos, é maior entre os paulistas, porém, a avaliação nacional aponta maior consumo entre aqueles com 15 e 16 anos.

Entre os colombianos, o consumo é maior de tabaco e tranqüilizante e menor de todas as outras drogas. O uso de tranqüilizantes é maior entre os estudantes colombianos com 14 anos ou menos e fica semelhante entre os com mais de 17 anos. Os adolescentes chilenos com 14 anos ou menos consomem um terço de álcool comparado aos paulistas, porém com o aumento da idade, a diferença vai ficando menor, sendo pouca coisa superior

entre os de 17 ou mais. O uso de tabaco é pouca coisa superior entre os de 14 anos ou mais, chegando a ser três vezes mais entre os de 17 ou mais. O consumo de maconha é menor entre os bolivianos de 13 a 16 anos, sendo superior nos estudantes de 17 ou mais.

No Equador, o consumo é inferior em todas as drogas, embora haja algumas peculiaridades: no uso de álcool, entre os de 14 anos ou menos, o consumo paulistano é 8 vezes maior, entre os de 15 e 16 anos, é 1/3 maior e, entre os de 17 ou mais, o equatorianos consomem um pouco mais da metade do que consome os paulistanos. No Paraguai o consumo de todas as drogas é menor do que o apresentado pela amostra deste estudo, com exceção do tabaco que, entre os paulistanos com 14 anos ou menos é maior e entre os que tem mais de 15 é menor. O consumo de tranqüilizantes é maior em São Paulo entre adolescentes de 14 anos ou menos e 17 anos ou mais. Entre os de 15 e 16 anos, o consumo é igual. Comparando os estudantes do Peru e do Uruguai com os paulistas, o consumo de todas as drogas é maior em São Paulo, exceto de tabaco que, entre os de 14 anos ou menos é maior entre os paulistanos, mas, entre os que têm mais de 15, é maior no Peru e no Uruguai.

Percebe-se uma tendência a aumentar o consumo de todas as drogas que aumenta a idade, na maioria dos estudos, principalmente, quando é avaliado o “uso na vida”. Comparando com os resultados obtidos pelo questionário WHOQOL-100, observa-se que conforme aumenta a idade (e a série), diminui a qualidade de vida. No SF-36 essa relação não foi tão clara. Os adolescentes mais velhos apresentaram as melhores médias em metade dos domínios e as piores na outra metade. Os mais novos disputam o primeiro lugar, entre as médias mais altas. São necessárias novas pesquisas relacionando qualidade de vida e uso de drogas, por série ou idade.

Considera-se preocupante o consumo de álcool na amostra avaliada que, além de estar entre os maiores do mundo, em todas as idades, é mais alto entre os mais jovens. Entre os de 13 a 15 é menor, apenas, que os estudantes de Pelotas, igual ao de Assis e maior do que todos os países avaliados, exceto a Alemanha. Quanto ao consumo de tabaco, embora os adolescentes de 13 a 15 tendam a experimentar bastante, os adolescentes com mais de 15 relatam menor consumo do que todos os estudos brasileiros e internacionais avaliados. Nota-se, também, que o consumo de solvente está entre os maiores do Brasil (ficando

abaixo apenas ao de Palhoça) e do mundo. As outras substâncias foram consumidas dentro da média brasileira ou mundial.

3.5.3. Uso de drogas e classe sócio-econômica

É importante lembrar que a população avaliada, neste estudo, pode ser considerada como privilegiada, pois vários são os motivos que levam o adolescente a abandonar a escola antes de atingir o ensino médio (Barone, 2001; Bayma, 2008; Machado, Saito e Szarfarc, 2007; Ximenes Neto, Dias, Rocha e Cunha, 2007). Alguns destes motivos são: necessidade de trabalhar para ajudar no sustento familiar; gravidez precoce; uso de substâncias psicoativas; envolvimento com a criminalidade; fracasso escolar e repetências, entre outros. Considerando, especificamente, o tema tratado neste trabalho, ou seja, uso de drogas, sabe-se que, no Brasil, o uso de álcool e tabaco se inicia por volta de 11 e 13 anos; o de solvente, anfetaminas e ansiolíticos entre 12 e 15 anos e; de maconha e cocaína entre 13 e 15 anos (Galduróz, Noto, Fonseca e Carlini, 2004; OBID, 2010). Estas idades correspondem a estudantes cursando o ensino fundamental (5ª série ou sexto ano com 11 anos) e início do Ensino Médio (1º ano com 15 anos) caso não haja repetências e atraso por qualquer outro motivo. Mesmo que o consumo de algumas substâncias se apresente alto, tal consumo não se tornou, até então, impedimento para continuar os estudos.

Outra peculiaridade desta amostra é que os representantes da classe sócio-econômica E, presentes neste estudo, são a minoria (0,5% da amostra), ficando atrás, inclusive da classe A1(1,4%). Sabe-se que essa não é a realidade do nosso país, ou seja, os integrantes da classe E tendem a ser em maior número (2,6%) do que os 0,9% da classe A1 (IBGE, 2003). É de conhecimento público, também, que as crianças das classes mais baixas tendem a abandonar os estudos com mais frequência por vários motivos, entre os principais estão: necessidade de aumentar a renda familiar e fracasso escolar (Madeira, 1993; Lei, Chaves, Lerner e Stefanini, 1995; Barone, 2001; Sposito, 2008).

Abaixo se apresentam 5 tabelas relacionando a frequência de uso com as classes sócio-econômicas. Na Tabela 76 está apresentado o “uso na vida”; na Tabela 77 o “uso no ano”; na Tabela 78 o “uso no mês”; na Tabela 79 o “uso frequente” e; na Tabela 80 o “uso pesado”.

Tabela 76 – Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por classe sócio-econômica

Uso na Vida																					
Classe	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
S.E.	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
A1%	0,0%	100,0%	100,0%	71,4%	28,6%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%	71,4%	28,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%
A2%	9,7%	90,3%	100,0%	58,1%	41,9%	100,0%	67,7%	32,3%	100,0%	71,0%	29,0%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
B1%	10,6%	89,4%	100,0%	54,4%	45,6%	100,0%	78,8%	21,3%	100,0%	79,4%	20,6%	100,0%	91,3%	8,8%	100,0%	93,8%	6,3%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%
B2%	12,1%	87,9%	100,0%	59,8%	40,2%	100,0%	87,4%	12,6%	100,0%	83,8%	16,2%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	92,9%	7,1%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
C1%	14,1%	85,9%	100,0%	60,4%	39,6%	100,0%	90,8%	9,2%	100,0%	86,0%	14,0%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%
C2%	13,9%	86,1%	100,0%	63,3%	36,7%	100,0%	93,0%	7,0%	100,0%	86,1%	13,9%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%
D %	18,5%	81,5%	100,0%	69,3%	30,7%	100,0%	94,2%	5,8%	100,0%	89,5%	10,5%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%
E %	26,9%	73,1%	100,0%	65,4%	34,6%	100,0%	93,1%	6,9%	100,0%	91,5%	8,5%	100,0%	95,4%	4,6%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%

Tabela 77 – Distribuição percentual do “uso nno ano” de drogas por classe sócio-econômica

Uso no Ano																					
Classe	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
S.E.	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
A1%	0,0%	100,0%	100,0%	71,4%	28,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
A2%	10,5%	89,5%	100,0%	61,3%	38,7%	100,0%	74,2%	25,8%	100,0%	87,1%	12,9%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
B1%	14,4%	85,6%	100,0%	65,8%	34,2%	100,0%	84,2%	15,8%	100,0%	87,5%	12,5%	100,0%	92,5%	7,5%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
B2%	21,3%	78,7%	100,0%	72,4%	27,6%	100,0%	90,8%	9,2%	100,0%	89,3%	10,7%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
C1%	22,3%	77,7%	100,0%	75,1%	24,9%	100,0%	93,0%	7,0%	100,0%	89,7%	10,3%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%
C2%	23,7%	76,3%	100,0%	77,9%	22,1%	100,0%	95,1%	4,9%	100,0%	90,5%	9,5%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
D %	31,3%	68,7%	100,0%	81,9%	18,1%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
E %	43,3%	56,7%	100,0%	78,0%	22,0%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	93,8%	6,3%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%

Tabela 78 – Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por classe sócio-econômica

Uso no Mês																					
Classe	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
S.E.	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
A1%	42,9%	57,1%	100,0%	75,0%	25,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
A2%	19,4%	80,6%	100,0%	71,0%	29,0%	100,0%	80,6%	19,4%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
B1%	30,2%	69,8%	100,0%	74,8%	25,2%	100,0%	90,6%	9,4%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	96,3%	3,8%	100,0%	98,8%	1,3%	100,0%
B2%	38,5%	61,5%	100,0%	82,3%	17,7%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
C1%	39,9%	60,1%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%	95,4%	4,6%	100,0%	93,4%	6,6%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%
C2%	45,6%	54,4%	100,0%	84,4%	15,6%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%
D %	52,0%	48,0%	100,0%	85,2%	14,8%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
E %	60,0%	40,0%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%

Tabela 79 – Distribuição percentual do “uso frequente” de drogas por classe sócio-econômica

Uso Frequente																					
Classe	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
S.E.	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
A1%	60,0%	40,0%	100,0%	71,4%	28,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
A2%	50,0%	50,0%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
B1%	56,5%	43,5%	100,0%	88,0%	12,0%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
B2%	53,5%	46,5%	100,0%	88,4%	11,6%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
C1%	54,1%	45,9%	100,0%	88,6%	11,4%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%
C2%	60,4%	39,6%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
D %	65,9%	34,1%	100,0%	89,8%	10,2%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%
E %	74,3%	25,7%	100,0%	89,1%	10,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%

Tabela 80 – Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por classe sócio-econômica

Uso Pesado																					
Classe	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
S.E.	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
A1%	75,0%	25,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,7%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
A2%	25,0%	75,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	86,7%	13,3%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
B1%	40,7%	59,3%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
B2%	58,4%	41,6%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
C1%	60,4%	39,6%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%
C2%	65,2%	34,8%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%
D %	71,5%	28,5%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%
E %	75,7%	24,3%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%

Legenda para as tabelas 76, 77, 78, 79 e 80: Médias mais altas Médias mais baixas

Quanto ao consumo de álcool “na vida”, pode-se perceber que os representantes da classe E são os que menos experimentaram e que o consumo cresce com o aumento da classe sócio-econômica. O tabaco foi mais consumido pelos estudantes das classes mais altas, B1, A2, B2 e C1, respectivamente. Porém, os alunos da classe A1 foram os que menos experimentaram. A maconha foi menos usada pelos adolescentes das classes D e E, respectivamente, ou seja, as mais baixas. Foi mais consumida pelos integrantes da classe A2. O solvente, assim como o álcool, foi mais experimentado pelas classes mais altas, ou seja, o consumo foi aumentando conforme a classe. Os participantes da classe A2, porém, foram os que mais usaram, seguidos pelos das classes B1 e A1, respectivamente. A anfetamina, também foi mais utilizada pelas classes mais altas, porém, não foi tão linear como o consumo de álcool. Os estudantes da classe A1 não apresentaram consumo de anfetamina, enquanto os da classe A2 foram os que mais experimentaram. Os adolescentes da classe D foram os que menos consumiram, seguidos pelos das classes C2 e E. O tranqüilizante, assim como a anfetamina, foi mais consumido pelos integrantes da classe A2 e menos pelos da classe E. Os participantes da classe A1 foram os que mais usaram cocaína. A partir destes dados vê-se que os representantes da classe A2 foram os que mais experimentaram quatro das sete drogas avaliadas: maconha, solvente, anfetamina e tranqüilizante. Ficaram em segundo lugar no consumo de álcool e tabaco e, em terceiro no consumo de cocaína. Os representantes da classe A1 foram os que mais consumiram álcool e cocaína, porém, apresentaram o consumo mais baixo dentre as classes em três das sete drogas: tabaco, anfetamina e tranqüilizante. Os estudantes da classe B1 ficaram entre as três classes que mais consumiram todas as drogas, exceto cocaína. Os alunos da classe E foram os que menos consumiram álcool, solvente e cocaína. Ficaram em segundo lugar entre os que menos consumiram tabaco e maconha. Segundo estes resultados, pode-se verificar que as classes mais altas, entre os estudantes do Ensino Médio de São Paulo, são as que mais experimentam todos os tipos de drogas, enquanto os das mais baixas são os que menos consomem.

O “uso no ano” de álcool, de maneira geral, foi menor do que o “uso na vida”, porém, observa-se que, nas classes mais baixas, houve maior redução do consumo. Os adolescentes da classe A1 e A2 mantiveram praticamente o mesmo consumo. Assim como ocorreu no álcool, no tabaco também não houve redução de consumo (“uso na vida” para “uso no ano”) nos integrantes da classe A1. Os maiores consumos ficaram entre os participantes das classes A2, B1, A1 e B2, respectivamente. Os consumos mais

baixos foram dos representantes das classes D, E e C2, ou seja, as mais baixas. O uso de maconha foi mais intenso entre os estudantes da classe A2 e foi reduzindo com a redução das classes. Os alunos da classe A1 foram exceção, não relataram consumo. O consumo de solvente, assim como ocorreu no uso de álcool, foi mais consumido pelos adolescentes da classe A1 e o consumo foi ficando menor conforme a classe ia ficando mais baixa. O uso de anfetamina e tranqüilizante, apesar de ser menor “no ano” do que “na vida”, manteve o padrão de consumo entre as classes. O padrão de uso de cocaína entre as classes foi diferente do apresentado no “uso na vida”. Os integrantes classe A1, que mais experimentaram, não relataram consumo no ano. Os participantes da classe E, que haviam apresentado o consumo mais baixo, ficaram em terceiro lugar. Os representantes da classe D, que estavam em penúltimo, se apresentaram em segundo lugar. Os estudantes da classe A2 continuam sendo os que mais consumiram droga, liderando a lista em: tabaco, maconha, tranqüilizante e cocaína, ocupando o segundo lugar no uso de álcool e tabaco. Os alunos da classe A1 lideraram a lista em menor consumo de: maconha, anfetamina, tranqüilizante e cocaína; ocupando maior consumo de álcool. Os adolescentes da classe E mantiveram menor consumo de álcool e solvente, porém, ficaram entre os mais altos consumos de cocaína.

Considerando o “uso no mês” de álcool, vê-se que a distância entre os que mais consomem e os que menos consomem reduziu. Os que menos consumiram, porém, continuaram sendo integrantes das classes as E, D e C2; os que mais consumiram foram os participantes das classes A2, B1 e B2. Os representantes da classe A1 saíram da primeira posição e passaram a ocupar a quinta. Mantiveram o consumo mais alto de solvente e o mais baixo de maconha, cocaína, anfetamina e tranqüilizante. Os estudantes da classe A2, além de serem os que mais consumiram drogas em todas as frequências de consumo até agora, voltaram a liderar o uso de anfetamina e álcool, mas passaram, como os da classe A1, a ter o menor consumo de cocaína. Os alunos da classe B1 ficaram em segundo lugar em consumo de cinco drogas: álcool, tabaco, maconha, anfetamina e tranqüilizante. O consumo mais baixo foi de solvente, ficando em quinto lugar. Os adolescentes da classe D ficaram entre os três consumos mais baixos em todas as drogas. Os integrantes da classe E foram os que mais consumiram cocaína, apresentando consumo mais baixo em álcool, tabaco e solvente. No caso de solvente, ficaram em penúltimo lugar.

No “uso freqüente”, pela primeira vez, os participantes da classe E assumiram a primeira posição em consumo de alguma droga, neste caso, a cocaína. Os representantes

desta mesma classe ocuparam o segundo lugar entre os que mais consumiram anfetamina. Continuaram sendo os que menos consomem álcool. Pela primeira vez, também, os estudantes de uma classe intermediária (B2, C1 e C2) ficaram no topo do consumo de alguma droga: os alunos da classe C1 se apresentaram como os que mais consumiram solvente. Os adolescentes da classe A1, pela primeira vez, foram os mais usaram tabaco. Foram, também, os que menos usaram: maconha (junto com os das classes A2 e E), solvente (mesmo depois de liderar em “uso na vida” e “uso no ano”), tranqüilizantes, anfetamina e cocaína (junto com os da classe A2). Nota-se que, neste padrão de uso, os integrantes das classes mais altas (A1 e A2) foram os que menos consumiram drogas e os das classes intermediárias passaram a ocupar posições mais altas de consumo.

Quanto ao “uso pesado”, nota-se que, pela primeira vez, os participantes da classe E ocupam a posição mais alta no consumo de três drogas: tabaco, tranqüilizantes e cocaína. Ocupam o segundo lugar no consumo de solvente e anfetamina. Mantiveram o consumo mais baixo de álcool em todas as freqüências de consumo. No “uso pesado”, também ficaram em penúltimo lugar no consumo de maconha. Os representantes da classe A2 foram os que mais consumiram álcool e solvente, mas, foram os que menos consumiram tabaco, anfetamina, tranqüilizante e cocaína. Os estudantes da classe A1 foram os que mostraram menor “uso pesado” de drogas, ficando entre os que menos consumiram todas as drogas. Ficaram em último no uso de seis e em penúltimo no uso de uma droga. Os alunos da classe B1 foram os que mais fizeram “uso pesado” de drogas, ocupando o topo da lista no consumo de anfetamina e cocaína; em segundo lugar no consumo de álcool, tabaco, tranqüilizante e maconha. Não apresentaram consumo baixo de nenhuma droga. Os adolescentes da classe D apresentaram consumo baixo de todas as drogas. Os integrantes das classes intermediárias (B2, C1 e C2), tenderam a manter um consumo médio em todas as freqüências de uso.

A partir dos dados expostos acima, pode-se afirmar que, no presente estudo, os integrantes das classes mais altas (A2, B1 e B2) são os que mais experimentam todos os tipos de drogas, exceto o tabaco. Os participantes da classe A1 são exceção, pois, apesar de apresentarem alto consumo inicial de álcool e cocaína, ao aumentar o padrão de uso, deixam de estar no topo da lista para estarem entre os consumos mais baixos. Os representantes da classe A2 foram os que mais consumiram drogas até o “uso no mês”. Os estudantes da classe B1 foram os que mais fizeram “uso pesado” de drogas, liderando em consumo de anfetamina e cocaína; ficando em segundo lugar em álcool,

tabaco, maconha e tranqüilizante. Os alunos das classes intermediárias C1 e C2, mantiveram um consumo médio em quase todas as drogas em, praticamente, todas as freqüências de uso. Segundo Galduroz, Noto, Fonseca e Carlini (2004) a maior experimentação realmente está entre as classes mais privilegiadas. Em São Paulo, os autores apontam maior “uso na vida” de drogas entre as classes B e C e menor na classe E. Quanto ao Brasil, segundo os autores, o maior “uso na vida” está na classe C, seguidas pela D e B, nesta ordem.

A partir do “uso freqüente”, observa-se uma queda do consumo da classe A2 e, conseqüentemente, os adolescentes das classes intermediárias passaram a ocupar lugares mais altos. No “uso pesado”, os integrantes das classes C1 e C2 estiveram entre o segundo e o quinto lugar em todas as drogas. Os participantes das classes mais baixas (D e E) foram os que menos experimentaram todas as drogas. Ao aumentar o padrão de uso, porém, os representantes da classe D se mantiveram entre os que menos consumiram, mas, os da classe E apresentaram alto consumo de tabaco, solvente, anfetamina, tranqüilizante e cocaína. Comparando com a qualidade de vida apresentada nos questionários WHOQOL-100 e SF-36, observa-se que os estudantes da classe E apresentaram os resultados mais baixos e, paralelamente, uso pesado de cinco, das sete drogas avaliadas. No entanto, os alunos das classes mais altas, apesar de apresentarem alto consumo nas freqüências “uso na vida”, “uso no ano” e “uso no mês”, demonstraram melhor qualidade de vida nos dois instrumentos. Pesquisas devem ser realizadas com o objetivo de avaliar melhor a relação: qualidade de vida, uso de drogas e classes sócio-econômicas.

Soldera, Dalgarrondo, Correa Filho e Silva (2004), em seus estudos, identificaram que o uso pesado de álcool esteve associado a pertencer às classes sociais A e B, assim como foi verificado neste estudo. Uma possível interpretação seria a de que a disponibilidade financeira poderia representar um fator de risco significativo, pois estes estudantes teriam maior facilidade de adquirir o álcool e freqüentar locais de consumo, como bares, festas e boates. Para estes autores, o risco de uso de álcool em estudantes das classes A e B é 1,7 vezes maior do que da classe C. Verifica-se os mesmos resultados no presente estudo.

Sanceverino & Abreu (2003), avaliando o “uso na vida” de estudantes de Palhoça/SC identificaram que o consumo dos membros das classes A e B, juntas, tendiam a ser maior na maioria das drogas do que dos integrantes das classes C, D e E juntas. Este resultado foi similar ao encontrado no presente estudo. Em São Paulo, os

jovens das classes A e B juntas experimentaram mais de todas as drogas do que somando o consumo das classes C, D e E. Comparando com os resultados de Palhoça, tem-se: álcool em Palhoça $A+B=95,3\%$ e $C+D+E=88,8$; em São Paulo $A+B=91,9\%$ e $C+D+E=81,65\%$. Tabaco $A+B=40,4\%$ e $C+D+E=44,5\%$; em São Paulo $A+B=39,1\%$ e $C+D+E=81,65\%$. Maconha $A+B=16,9\%$ e $C+D+E=16,6\%$; em São Paulo $A+B=20,12\%$ e $C+D+E=7,22\%$. Solvente $A+B=21,6\%$ e $C+D+E=14,7\%$; em São Paulo $A+B=23,6\%$ e $C+D+E=11,72\%$. Anfetamina $A+B=9,9\%$ e $C+D+E=5,8\%$; em São Paulo $A+B=5,8\%$ e $C+D+E=3,9\%$. Tranquilizante $A+B=8,5\%$ e $C+D+E=6,8\%$; em São Paulo $A+B=5,7\%$ e $C+D+E=3,45\%$. Cocaína $A+B=3,3\%$ e $C+D+E=3,2\%$; em São Paulo $A+B=5,95\%$ e $C+D+E=2,27\%$. Pode-se perceber que o consumo foi mais baixo em São Paulo, tanto nas classes A+B quanto nas classes C+D+E e quatro das sete drogas: álcool, tabaco, anfetamina e tranquilizante. Em São Paulo o consumo foi mais alto de solvente e maconha. O consumo de cocaína, no entanto, foi maior, em São Paulo, entre os estudantes das classes A+B e menor entre os estudantes das classes C+D+E.

Teixeira, Aliane, Ribeiro e Rozani (2009) em Goianá/MG, avaliando o “uso na vida” de substâncias psicoativas entre estudantes encontraram: entre os adolescentes da classe A, 22,2% haviam experimentado alguma droga; 20,6% da classe B, 28,6% da classe C; 17,5% da classe D e 0,0% da classe E. A ordem decrescente de consumo entre as classes, portanto, é: C, A, B, D, E. No presente estudo, o consumo médio de todas as drogas, em ordem decrescente foi feito pelos representantes das classes: A, B, C, D e E. Nota-se que, o “uso na vida”, entre os paulistanos é linear, decaindo com a classe. Em Goianá, contudo, os alunos da classe média foram os que mais experimentaram droga, seguidos pelos das classes mais altas e, os que consumiram menos foram a D e a E, semelhante ao encontrado no presente estudo.

Tavares, Béria e Lima (2001), pesquisando estudantes de Pelotas/RS, não encontraram diferenças significativas entre as classes socioeconômicas, em relação ao “uso na vida” de álcool e tabaco. Considerando, no entanto, o consumo das outras drogas, apresentaram resultados semelhantes aos do presente estudo, ou seja, os integrantes das classes A e B apresentaram o consumo mais alto, e os das classes C e D o consumo mais baixo.

Baus, Kupek e Pires (2002) avaliando adolescentes de escola pública de primeiro e segundo graus de Florianópolis, identificaram uma redução de 10% do uso de álcool entre as classes mais baixas (C e D) em comparação com as mais altas (A e

B). Quanto às drogas ilegais, os autores também verificaram o menor consumo entre as classes baixas, assim como encontra-se no presente estudo.

Haider (2008), estudando as diferenças sócio-econômicas no uso de drogas, relata que são poucos os estudos que abordam esse tema e, freqüentemente, quando o abordam, são pouco claros e sem profundidade. Ao buscar este tema na literatura, também foram encontradas poucas referências abordando as classes sócio-econômicas, confirmando a afirmação de Haider (2008).

3.5.4. Uso de drogas e Regiões de São Paulo

As divisões realizadas para a coleta de dados foram baseadas nas determinações impostas pela Secretaria Estadual de Educação. Como a Prefeitura do Município estabelece definições diferentes, a apresentação dos resultados e as discussões serão baseadas na distribuição de Zoneamento da Prefeitura. Uma das várias diferenças envolve a Zona Oeste. Segundo a Secretaria do Estado da Educação, não existe Diretoria de Ensino Oeste, e sim, Diretoria de Ensino Centro-Oeste. Para realizar a apresentação dos dados, a pesquisadora distribuirá as Escolas segundo sua localização, baseada nas determinações da Prefeitura.

Para a Prefeitura de São Paulo (2010), o município está dividido em bairros, os quais estão organizados em 31 subprefeituras. Estas subprefeituras estão distribuídas nas seguintes regiões: Norte (Noroeste e Nordeste), Leste (Leste 1 e Leste 2), Oeste, Centro (Centro e Centro Sul) e Sul (Sudeste e Sul). A ordem de maior concentração populacional é: Região Leste (a mais populosa, com cerca de 5.217.259 habitantes), em seguida a Região Sul (com maior território, aproximadamente 2.776.455 habitantes), Norte (2.189.273 habitantes), Centro (1.044.507 habitantes) e, por fim, a Região Oeste (a menos populosa, com cerca de 872.817 habitantes). Note-se que, no presente estudo, esta mesma ordem, em números de estudantes avaliados, foi contemplada.

Na Região Norte foram avaliadas 3 escolas públicas e 1 particular. Na Região Sul foram avaliadas 4 escolas públicas e 1 particular. Na Região Leste, por ser mais populosa, foram avaliadas 6 escolas públicas e 2 particulares. Nas Regiões Centro e Oeste foram avaliadas 2 escolas públicas em cada uma. As tabelas abaixo serão apresentadas segundo a freqüência de consumo. As Tabelas 1 e 2 referem-se ao “uso na vida”, sendo que na Tabela 81 estão os resultados das escolas públicas e na Tabela 82

das particulares. Da mesma forma acontecerá com as tabelas 3 e 4 (“uso no ano”), 5 e 6 (“uso no mês”), 7 e 8 (“uso freqüente”), e 9 e 10 (“uso pesado”). Nas tabelas ímpares estão os resultados das escolas públicas e nas pares das escolas particulares.

Quanto ao “uso na vida” (Tabela 81), entre os estudantes de escolas públicas, observa-se que entre os adolescentes da Região Norte houve o maior consumo de 5 (álcool, maconha, solvente, tranqüilizante e cocaína) das sete drogas pesquisadas e ficaram em segundo lugar no consumo de anfetamina. Os estudantes desta mesma região ficaram entre os que menos consumiram anfetamina. Os representantes da Região Sul, por outro lado, foram os que apresentaram menor “uso na vida” de cinco (álcool, tabaco, maconha, solvente e cocaína) das sete drogas pesquisadas. Os alunos da Região Centro-Oeste ficaram em segundo lugar como maiores consumidores de quatro drogas (álcool, maconha, solvente e tranqüilizantes) e os que mais consumiram anfetamina e cocaína. Os participantes da Região Leste ficaram com o segundo lugar entre os que menos consumiram três drogas (álcool, maconha e tranqüilizantes) e o primeiro lugar como o que menos consumiu anfetamina. Os integrantes da Região Centro foram os que mais consumiram tabaco e os que menos consumiram tranqüilizantes.

Na Tabela 83, avaliando o “uso no ano” em escolas públicas, nota-se que a liderança tanto em menor consumo quanto em maior consumo se inverteu ao ser comparado com “uso na vida”. Os adolescentes que apresentaram maior consumo de drogas no ano foram da Região Oeste, apresentando uso mais alto em seis drogas, ficando em segundo lugar na única droga que não lideraram, a saber, o álcool. Os alunos da Região Norte, que no “uso na vida” apresentaram maior incidência de uso de drogas, no “uso no ano”, mantiveram o segundo maior consumo em 5 drogas (tabaco, maconha, solvente, tranqüilizantes e cocaína) e o consumo mais alto de álcool. Considerando o consumo mais baixo, nesta freqüência de uso, os que mais se destacaram foram os representantes da Região Leste, apresentando o menor consumo em cinco drogas (álcool, tabaco, maconha, anfetamina e tranqüilizantes) e o segundo menor consumo de solvente. Os integrantes da Região Sul ficaram em segundo lugar, mantendo o segundo menor consumo de álcool, tabaco, maconha, solvente e cocaína. Os da Região Centro foram os que menos consumiram solvente e cocaína.

Tabela 81 – Distribuição percentual do “Uso na Vida” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas

Região	Uso na Vida																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	18	222	240	141	100	241	215	26	241	207	33	240	234	7	241	224	16	240	230	11	241
	7,5%	92,5%	100%	58,5%	41,5%	100%	89,2%	10,8%	100%	86,3%	13,7%	100%	97,1%	2,9%	100%	93,4%	6,6%	100%	95,4%	4,6%	100%
Sul	152	413	565	438	141	579	539	29	568	524	52	576	560	19	579	556	19	575	555	6	561
	26,9%	73,1%	100%	75,7%	24,3%	100%	94,9%	5,1%	100%	91,0%	9,0%	100%	96,7%	3,3%	100%	96,7%	3,3%	100%	98,9%	1,1%	100%
Leste	132	536	668	433	237	670	619	50	669	579	87	666	648	19	667	649	18	667	649	18	667
	9,8%	80,2%	100,0%	64,6%	35,4%	100%	92,5%	7,5%	100,0%	86,9%	13,1%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%
Oeste	23	187	210	138	72	210	189	22	211	180	28	208	196	13	209	196	12	208	201	10	211
	11,0%	89,0%	100,0%	65,7%	34,3%	100,0%	89,6%	10,4%	100,0%	86,5%	13,5%	100,0%	93,8%	6,2%	100,0%	94,2%	5,8%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%
Centro	82	189	217	125	92	217	195	22	217	193	24	217	206	8	214	212	5	217	212	4	216
	%	87,1%	100%	57,6%	42,4%	100%	89,9%	10,1%	100%	89,0%	11,0%	100%	96,3%	3,7%	100,0%	97,7%	2,3%	100%	98,2%	1,8%	100%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 82 – Distribuição percentual do “Uso na Vida” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares

Região	Uso na Vida																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	4	40	44	24	20	44	36	8	44	32	12	44	43	1	44	43	1	44	43	1	44
	9,1%	90,9%	100,0%	54,5%	45,5%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%	72,7%	27,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%
Sul	15	52	67	52	16	68	64	4	68	57	10	67	64	3	67	63	4	67	66	2	68
	22,4%	77,6%	100,0%	76,5%	23,5%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	85,1%	14,9%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%
Leste	20	184	204	134	72	206	199	31	230	170	34	204	228	18	230	190	13	203	201	4	215
	9,8%	90,2%	100,0%	65,0%	35,0%	100,0%	86,5%	13,5%	100,0%	83,3%	16,7%	100,0%	91,2%	7,8%	100,0%	93,6%	6,4%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
C. Oeste	14	102	116	67	49	116	83	33	116	91	25	116	100	16	116	106	10	116	112	4	116
	12,1%	87,9%	100,0%	57,8%	42,2%	100,0%	71,6%	28,4%	100,0%	78,4%	21,6%	100,0%	86,2%	13,8%	100,0%	91,4%	8,6%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 83 – Distribuição percentual do “Uso no Ano” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas

Região	Uso no Ano																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	34	202	236	170	70	240	217	21	238	213	27	240	234	6	240	226	13	239	234	6	240
	14,4%	85,6%	100,0%	70,8%	29,2%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	88,8%	11,2%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%
Sul	152	413	565	438	141	579	539	29	568	524	52	576	560	19	579	556	19	575	555	6	561
	26,9%	73,1%	100,0%	75,7%	24,3%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%
Leste	203	450	653	549	119	668	633	30	336	603	62	665	648	16	664	653	9	662	639	13	652
	31%	69%	100,0%	82%	18%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%
Oeste	41	164	205	139	72	211	187	21	208	181	28	209	195	13	208	197	12	209	189	9	198
	20,0%	80,0%	100,0%	65,9%	34,1%	100,0%	89,9%	10,1%	100,0%	86,6%	13,4%	100,0%	93,8%	6,3%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%
Centro	47	165	212	160	55	215	199	17	216	200	16	216	209	8	217	212	5	217	211	2	213
	22,2%	77,8%	100,0%	74,4%	25,6%	100,0%	92,1%	7,9%	100%	92,6%	7,4%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	90,1%	0,9%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 84 – Distribuição percentual do “Uso no Ano” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares

Região	Uso no Ano																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	8	35	43	31	13	44	36	7	43	37	7	44	43	1	44	42	1	43	43	0	43
	18,6%	81,4%	100,0%	70,5%	29,5%	100,0%	83,7%	16,3%	100,0%	84,1%	15,9%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Sul	19	48	67	62	6	68	65	3	68	61	5	66	67	0	67	64	2	66	66	0	66
	28,4%	71,6%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	92,4%	7,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Leste	35	194	229	163	65	228	184	21	205	208	22	230	191	13	204	116	13	229	228	3	231
	15%	85%	100,0%	71,5%	28,5%	100%	89,8%	10,2%	100,0%	90,4%	9,6%	100,0%	93,6%	6,4%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
C. Oeste	13	103	116	69	45	114	88	27	115	100	16	116	104	12	116	106	10	116	113	3	116
	11,2%	88,8%	100,0%	60,5%	39,5%	100,0%	76,5%	23,5%	100,0%	86,2%	13,8%	100,0%	89,7%	10,3%	100,0%	91,4%	8,6%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 85 – Distribuição percentual do “Uso no Mês” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas

Região	Uso no Mês																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	81	159	240	193	50	243	228	12	240	217	21	238	232	4	236	230	9	239	234	4	238
	33,8%	66,2%	100,0%	74,0%	26,0%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
Sul	283	295	578	485	90	575	552	24	576	543	25	568	547	15	562	551	7	568	573	4	577
	49%	51,0%	100,0%	84,4%	15,6%	100,0%	95,8%	4,2%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	97,8%	2,7%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%
Leste	351	311	662	578	82	660	649	13	662	626	31	657	623	9	632	654	5	659	653	10	663
	53%	47%	100,0%	87,6%	12,4%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%
Oeste	50	161	211	146	68	214	187	21	208	181	28	209	191	13	204	197	12	209	201	9	210
	23,7%	76,3%	100,0%	68,2%	31,8%	100,0%	89,9%	10,1%	100,0%	86,6%	13,4%	100,0%	93,6%	6,4%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%
Centro	86	67	153	166	50	216	206	11	217	204	13	217	210	7	217	211	4	215	215	1	216
	36,6%	63,4%	100,0%	76,9%	23,1%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%	96,8%	3,2%	100%	98,1%	1,9%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 86 – Distribuição percentual do “Uso no Mês” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares

Região	Uso no Mês																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	16	28	44	37	7	44	39	1	40	41	3	44	43	0	43	44	0	44	44	0	44
	36,4%	63,6%	100,0%	84,1%	15,9%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	93,2%	6,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Sul	27	40	67	65	2	67	66	2	68	61	3	64	63	0	63	65	1	66	67	0	67
	40,3%	59,7%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Leste	89	112	201	173	31	204	201	4	205	198	5	203	198	3	201	201	3	204	205	0	205
	44,3%	55,7%	100,0%	84,8%	15,2%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
C. Oeste	28	88	116	78	36	114	98	18	116	108	7	115	103	8	111	108	8	116	114	2	116
	24,1%	75,9%	100,0%	68,4%	31,6%	100,0%	84,5%	15,5%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	92,8%	7,2%	100,0%	93,1%	6,9%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 87 – Distribuição percentual do “Uso Frequente” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas

Região	Uso Frequente																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	81	87	168	205	31	236	43	1	44	217	14	231	232	3	235	230	5	235	234	4	238
	48,3%	51,7%	100,0%	86,9%	13,1%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
Sul	283	154	437	514	61	575	555	13	542	543	14	557	547	9	556	1	65	66	573	4	577
	64,8%	35,2%	100,0%	89,4%	10,6%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%
Leste	351	168	519	594	65	659	626	6	632	626	17	643	623	8	631	201	1	202	653	6	659
	67,6%	32,4%	100,0%	90,1%	9,9%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%
Oeste	50	105	155	186	25	211	8	194	202	180	25	205	191	8	199	197	11	208	201	8	209
	32,3%	67,7%	100,0%	88,2%	11,8%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%
Centro	86	128	214	190	25	215	202	5	207	204	11	215	206	6	212	211	3	214	215	1	216
	40,2%	59,8%	100,0%	88,4%	11,6%	100,0%	97,6%	2,4%	100%	94,9%	5,1%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 88 – Distribuição percentual do “Uso Frequente” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares

Região	Uso Frequente																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	16	18	34	36	7	43	39	1	40	41	3	44	43	0	43	44	0	44	44	0	44
	47,1%	52,9%	100,0%	83,7%	16,3%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	93,2%	6,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Sul	27	26	53	65	2	67	65	1	66	61	2	63	63	0	63	65	1	66	67	0	67
	50,9%	49,1%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Leste	89	60	149	187	15	202	3	196	199	198	3	201	198	2	200	201	1	202	205	0	205
	59,5%	40,2%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
C. Oeste	28	55	83	101	13	114	9	101	110	108	4	112	103	4	107	108	5	113	114	1	115
	33,7%	66,3%	100,0%	88,6%	11,4%	100,0%	91,8%	8,2%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 89 – Distribuição percentual do “Uso Pesado” de drogas por Região de São Paulo nas escolas públicas

Região	Uso Pesado																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	81	71	152	36	2	38	226	2	228	217	7	224	232	1	233	230	0	230	234	0	234
	53,3%	46,7%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Sul	283	141	424	514	6	520	548	7	555	543	11	554	547	6	553	561	2	563	573	0	573
	66,7%	33,3%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Leste	351	139	490	594	8	602	620	5	625	626	14	640	623	1	624	654	1	655	653	4	657
	71,6%	28,4%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,9%	0,1%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
Oeste	50	56	106	186	3	189	184	6	190	180	3	183	191	5	196	197	1	198	201	1	202
	47,2%	52,8%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%
Centro	86	60	146	190	4	194	205	3	208	204	2	206	206	2	208	210	0	210	215	0	215
	58,9%	41,1%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 90 – Distribuição percentual do “Uso Pesado” de drogas por Região de São Paulo nas escolas particulares

Região	Uso Pesado																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Norte	16	10	26	205	3	208	0	39	39	41	0	41	43	0	43	44	0	44	44	0	44
	61,5%	38,5%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Sul	27	14	41	65	0	65	1	65	66	61	1	62	63	0	63	65	0	65	67	0	67
	65,9%	34,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Leste	89	51	140	187	1	188	197	0	197	198	2	200	198	1	199	201	0	201	205	0	205
	61,6%	38,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
C. Oeste	28	30	58	101	1	102	96	3	99	108	3	111	103	4	107	108	1	109	114	1	115
	48,3%	51,7%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

O “uso no mês”, entre estudantes de escolas públicas (Tabela 85), foi semelhante ao “uso no ano”. As Regiões que apresentaram maior consumo de drogas foram a Centro-Oeste e a Norte, porém a Oeste, liderou o consumo de todas as drogas. O menor consumo ficou entre os estudantes das Regiões Leste e Sul, respectivamente. Os da Região Centro foram os que menos consumiram cocaína, mas apresentaram alto consumo de maconha e anfetamina.

Analisando a Tabela 87, referente ao “uso freqüente” de escolas públicas, nota-se que o maior consumo se mantém entre os integrantes da Região Oeste, sendo os que mais consumiram seis das sete drogas estudadas. Ficaram em segundo lugar no consumo de tabaco. O segundo maior consumo continuou sendo entre os participantes da Região Norte, onde mais se consumiu tabaco e ficaram em segundo lugar no uso de solvente, tranqüilizantes e cocaína. Porém, os estudantes da Região Centro, apesar de terem sido os que menos consumiram cocaína, apresentaram alto uso de álcool, tabaco e anfetamina. Os adolescentes da Região Leste continuam sendo os que menos consomem drogas. Ficaram na liderança de menor uso no mês de cinco drogas e em segundo lugar (de menor consumo) no uso de solvente e cocaína. Os representantes da Região Sul foram os que menos usaram cocaína e solvente e ficaram com o segundo menor consumo de álcool, tabaco, anfetamina e tranqüilizantes.

Na Tabela 89, analisando o “uso pesado”, observam-se algumas mudanças. Os alunos da Região Centro-Oeste continuaram sendo os que mais consumiram drogas. Lideraram o consumo de cinco drogas (álcool, maconha, anfetamina, tranqüilizantes e cocaína) e ficaram em segundo lugar no uso de tabaco. Os integrantes da Região Norte, que vinham ocupando a segunda posição de maior consumo, estão entre os que menos consomem. Foram os que menos consumiram tranqüilizantes e cocaína, e tiveram o segundo menor uso de anfetamina e tabaco, entretanto, mantiveram o maior consumo de solvente. Os participantes da Região Leste continuaram sendo os que menos consumiram drogas, porém, não diferiram muito dos estudantes das Regiões Norte e Sul. Os da Leste foram os que menos consumiram álcool e anfetamina, mantiveram o segundo menor consumo de tabaco, maconha e tranqüilizantes. Foram os que mais fizeram “uso pesado” de cocaína. Na Região Sul, foi onde menos se consumiu tabaco e cocaína. No entanto, o consumo de maconha, solvente, anfetamina e tranqüilizantes se apresentou alto.

Nota-se que, considerando cada droga, especificamente, em todas as frequências de uso, tem-se: uso predominante de álcool e tabaco nas Regiões Centro-Oeste e Norte, respectivamente; uso de maconha, cocaína e tranquilizantes mais frequente na Região Oeste; o solvente foi mais consumido na Região Norte, e o uso de anfetamina foi mais intenso nas Regiões Centro-Oeste e Centro, respectivamente. As Regiões que menos consumiram drogas em todas as frequências de uso foram a Leste e a Sul, respectivamente.

Analisando as escolas particulares, nota-se que o “uso na vida” foi mais intenso nas Regiões Centro-Oeste e Norte, assim como ocorreu entre as escolas públicas. Na Região Oeste, a experimentação foi mais intensa de quatro drogas (maconha, anfetamina, tranquilizante e cocaína), ficando em segundo lugar em tabaco e solvente. Na Região Oeste não houve baixo “uso na vida” de nenhuma droga. Na Região Norte foi onde mais se consumiu álcool, tabaco e solvente e ficando em segundo lugar no uso de solvente. Nesta Região, o consumo de anfetamina, tranquilizante e cocaína esteve entre os mais baixos. Os participantes que apresentaram menor experimentação foram os da Região Sul, com o menor consumo de álcool, tabaco, maconha e solvente. Ficaram em segundo lugar no consumo mais baixo de tranquilizante e anfetamina.

Tanto no “uso no ano” quanto no “uso no mês, entre as escolas particulares, os estudantes da região Centro-Oeste que já foram os que mais consumiram no “uso na vida”, aumentaram seu consumo. Foram os que mais consumiram seis das sete drogas estudadas e ficaram em segundo lugar no consumo de solvente nas duas frequências de uso. O menor consumo, também superou a frequência “uso na vida” em “uso no ano”. Os representantes da região Sul foram os que menos consumiram seis das sete drogas estudadas, ficando com o segundo menor consumo de tranquilizante. No “uso no mês” também foram os que menos consumiram drogas, no entanto, foram os que menos consumiram tabaco, maconha, anfetamina e cocaína e ficaram com o segundo menor consumo de álcool e solvente.

No “uso frequente”, os integrantes da Região Centro-Oeste foram os que mais consumiram cinco das sete substâncias estudadas. Ficaram com o segundo maior consumo das outras duas: tabaco e solvente. Quanto ao menor consumo, pela primeira vez nas escolas particulares, ficou entre as Regiões Sul e Leste. Na Região Sul houve o menor consumo de tabaco, maconha, anfetamina e cocaína, ficando com o segundo menor consumo de álcool. Os adolescentes da Região Leste foram os que menos consumiram

álcool, maconha, solvente e cocaína, e ficaram com o segundo menor consumo de tabaco e tranqüilizante.

Os alunos da Região Centro-Oeste foram os que mais fizeram “uso pesado” e os que mais se diferenciaram dos participantes das outras regiões. Ficaram com o maior consumo de cinco drogas e com o segundo maior consumo de tabaco e solvente. Os representantes das outras três regiões ficaram mais próximos uns dos outros. Os estudantes das Regiões Leste e Sul foram os que menos fizeram “uso pesado” de drogas.

Os resultados obtidos entre as escolas particulares foram similares aos encontrados nas escolas públicas. Os participantes da Região Oeste (escola pública) e Centro-Oeste (escola particular) foram os que mais consumiram drogas e os que menos consumiram foram os das Regiões Sul e Leste. A partir destes resultados pode-se observar que os participantes que menos consomem drogas são os representantes das maiores regiões, mais populosas e com maior concentração de pobreza, ou seja, Leste e Sul. A região menor, menos populosa e com menor concentração de pobreza apresentou maior consumo de drogas (Oeste).

Segundo Torres et al. (2003), o índice de privação é maior na periferia quando comparado ao centro. Para os autores, há “uma curva negativa dos indicadores sociais à medida que se vai do centro para as periferias” (Torres et al., 2003). Segundo a Prefeitura de São Paulo (2002), dos 10 distritos mais pobres do município, 6 estão localizados na região Sul de São Paulo, principalmente no extremo Sul; 2 estão localizados na região extremo Leste, 1 na região extremo Norte e 1 na região extremo Oeste. Por outro lado, os distritos mais ricos estão nas áreas Centrais (Centro Sul e Centro-Oeste), apesar de serem encontrados focos de grande concentração de riqueza na Região Leste próxima ao centro (Tatuapé) e Norte, também próxima ao centro (Santana).

Ao ser discutido o consumo de drogas relacionado à classe socioeconômica, percebeu-se que há maior consumo de drogas entre as classes mais altas nas frequências “uso na vida”, “uso no ano”, “uso no mês” e “uso freqüente”. Avaliando o consumo de drogas entre as regiões de São Paulo, levanta-se a hipótese de que o maior consumo está nas regiões centrais e Oeste por serem regiões com maior concentração de pessoas com maior poder aquisitivo, no entanto, pesquisas têm que ser realizadas para verificar a veracidade dessa hipótese.

Outra hipótese foi a existência de grandes projetos sociais com temas voltados à prevenção ou à educação para o uso de drogas, principalmente nas regiões Sul e Leste. Por exemplo, considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1996 como o bairro mais violento do mundo (Crowe & Ferreira, 2006), a partir desta data, várias ações governamentais e não-governamentais foram realizadas no Jardim Ângela, bairro da Região Sul de São Paulo. Segundo o Instituto Sou da Paz (2002), mais de 200 entidades desenvolvem trabalhos sociais na região, levando cultura, lazer e educação à população. Um dos projetos, voltado especificamente à intervenção na dependência química, chama-se CUIDA (Centro Utilitário de Intervenção e Apoio aos Filhos de Dependentes Químicos). Esta proposta foi criada porque os filhos de dependentes químicos apresentam risco aumentado para transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físico-emocionais e dificuldades escolares (Figlie et al., 2004).

Outros dois projetos sociais que envolvem uma grande quantidade de jovens são o Clube da Turma e o Circo Escola. O primeiro visa atender crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, residentes nos focos de exclusão social, oferecendo atividades complementares ao período escolar e ações socioeducativas para as famílias. Este programa é desenvolvido pelo Estado e possui três unidades, uma na Região Leste e duas na Região Sul. O Circo Escola, também desenvolvido pelo Estado em sedes próprias, propõe oferecer atividades esportivas e artísticas fora do horário escolar a crianças e jovens que vivem em locais de risco. Possui quatro unidades, duas na Zona Sul e duas na Zona Leste.

Na região Centro, onde há uma grande concentração de usuários e traficantes de múltiplas drogas (cracolândia e Estação da Luz, por exemplo), existem vários projetos, principalmente para meninos e meninas de rua que, frequentemente, estão envolvidos com furtos para o consumo de droga, são pedintes, vendedores de doces em faróis e guardadores de carros (Góes, 2004; Nascimento, 2009). Alguns projetos de grande relevância são as Casas de Solidariedade e o Projeto Guri, porém, estes projetos têm pouca ação na amostra estudada. Como já foi dito anteriormente, trata-se de uma amostra privilegiada que, embora apresente consumo de substâncias, estão cursando o ensino médio. Intervenções voltadas à prevenção ao uso de drogas, à promoção e à educação para a saúde, podem, provavelmente, apresentar resultados mais satisfatórios.

Comparando os resultados do questionário SF-36 por Região, nota-se que, nas escolas públicas, a Região Leste se sobressaiu, tendo o melhor desempenho no questionário em seis dos oito domínios avaliados. Por outro lado, a Região Oeste se destacou pelas médias mais baixas em quatro dos oito domínios. Quanto às escolas particulares, no questionário SF-36, observa-se que a Região Centro-Oeste se destacou duplamente: junto com a Região Norte apresentou as médias mais altas em três domínios e, junto com a Região Sul, as mais baixas, também, em três domínios. A partir destes resultados percebe-se que há coerência entre a qualidade de vida apresentada pelo questionário SF-36 e o consumo de drogas, tanto para maior quanto para menor uso. A Região Leste, além de estar entre as que menos consomem drogas em todas as frequências de uso, também apresenta a melhor qualidade de vida tanto entre as escolas públicas quanto entre as escolas particulares. A Região Oeste se destacou pelo alto consumo de drogas e, entre as escolas públicas, também apresentou menor qualidade de vida pelo SF-36.

No Questionário WHOQOL-100, tanto entre escolas públicas quanto entre as particulares, a Região Leste é a que apresenta melhor qualidade de vida, assim como apresenta o menor consumo de drogas. No entanto, ao contrário do que ocorreu no SF-36, entre as escolas particulares, a Região Centro-Oeste mostrou-se com as piores médias, enquanto, entre as públicas, encontram-se entre as médias mais altas.

3.5.5. Uso de droga e escolas

Na Tabela 91 estão apresentadas as análises estatísticas do uso de drogas por cada escola avaliada. Considerando o “uso na vida”, nota-se que as escolas que mais consumiram drogas foram as de número 1, 9 e 22, apresentando alto consumo de 4 substâncias. As escolas 3, 17 e 19, com experimentação alta de 3 drogas. As que consumiram menos foram as de número 5, com baixo consumo em 6 drogas, 20, com baixo consumo em 5 drogas, 11, com baixo consumo em 4 drogas, e 7, 14 e 16 com baixo consumo em 3 drogas.

No “uso no ano”, as escolas 1 e 22 continuam encabeçando a lista de maior consumo, seguidas pela 2, em que o consumo não era tão alto no “uso na vida”, pela 9 e pela 17. As com menor consumo foram as de número 20, que esteve entre as que menos usaram

6 das 7 drogas estudadas, seguida pelas escolas 6, 5 e 11, que ficaram entre as que menos consumiram 4 das 7 drogas estudadas.

O “uso freqüente” de drogas foi mais intenso nas escolas 1 e 3, apresentando alto consumo em 6 das 7 drogas mais consumidas; 2, com 5 drogas muito consumidas, e 22, 15 e 13, com 3 drogas muito consumidas. As escolas que menos consumiram foram as de número 11, com 5 drogas pouco consumidas, 21, 18 e 5, com 4 drogas pouco consumidas, e 6, 7 e 13 com 3 drogas pouco consumidas.

Considerando o “uso pesado”, as escolas com maior índice de consumo de drogas foram: 22, apresentando alto consumo em 5 drogas; 2, apresentando alto consumo em 4 drogas; 9, com consumo alto em 4 drogas, e 1, 3 e 15, com alto consumo em 3 drogas. As com menor consumo foram 7 e 14, apresentando baixo consumo em 6 das 7 drogas estudadas, 6, 20 e 21, apresentando baixo consumo em 5 drogas cada escola, e 5 e 18, com baixo consumo de 4 drogas.

Tabela 91- Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por escola

Uso na Vida																						
Escolas %	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tramquilizante			Cocaína			
	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	
1	8,2%	91,8%	100,0%	50,0%	50,0%	100,0%	85,5%	14,5%	100,0%	80,3%	19,7%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	88,5%	11,5%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	
2	5,9%	94,1%	100,0%	70,9%	29,1%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	89,2%	10,8%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	
3	15,7%	84,3%	100,0%	61,1%	38,9%	100,0%	87,0%	13,0%	100,0%	84,1%	15,9%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	
4	13,2%	86,8%	100,0%	55,4%	44,6%	100,0%	89,3%	10,7%	100,0%	88,4%	11,6%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	
5	23,5%	76,5%	100,0%	68,2%	31,8%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	
6	26,9%	73,1%	100,0%	72,2%	27,8%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	
7	14,0%	86,0%	100,0%	70,3%	29,7%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	88,3%	11,7%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	
8	13,6%	86,4%	100,0%	57,4%	42,6%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	81,3%	18,7%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	94,2%	5,8%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	
9	8,5%	91,5%	100,0%	42,4%	57,6%	100,0%	86,4%	13,6%	100,0%	77,6%	22,4%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	
10	6,7%	93,3%	100,0%	63,3%	36,7%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	86,7%	13,3%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	
11	25,8%	74,2%	100,0%	76,5%	23,5%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	
12	10,1%	89,9%	100,0%	59,8%	40,2%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	82,0%	18,0%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	93,8%	6,2%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	
13	7,9%	92,1%	100,0%	59,6%	40,4%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	89,9%	10,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	
14	12,5%	87,5%	100,0%	60,4%	39,6%	100,0%	90,6%	9,4%	100,0%	89,6%	10,4%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	
15	25,3%	74,7%	100,0%	56,6%	43,4%	100,0%	90,2%	9,8%	100,0%	84,3%	15,7%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
16	20,0%	80,0%	100,0%	58,3%	41,7%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	86,0%	14,0%	100,0%	91,3%	8,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	
17	9,1%	90,9%	100,0%	54,5%	45,5%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%	72,7%	27,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	
18	22,4%	77,6%	100,0%	76,5%	23,5%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	85,1%	14,9%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	
19	10,0%	90,0%	100,0%	56,7%	43,3%	100,0%	86,7%	13,3%	100,0%	78,9%	21,1%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	
20	25,6%	74,4%	100,0%	68,1%	31,9%	100,0%	93,4%	6,6%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	
21	9,6%	90,4%	100,0%	71,6%	28,4%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	86,8%	13,2%	100,0%	93,0%	7,0%	100,0%	93,0%	7,0%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	
22	12,1%	87,9%	100,0%	57,8%	42,2%	100,0%	71,6%	28,4%	100,0%	78,4%	21,6%	100,0%	86,2%	13,8%	100,0%	91,4%	8,6%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 92- Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por escola

Escolas	Uso no Ano																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tramquilizante			Cocaína		
%	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total
1	14,8%	85,2%	100,0%	58,1%	41,9%	100,0%	85,2%	14,8%	100,0%	80,3%	19,7%	100,0%	95,1%	4,9%	100,0%	88,5%	11,5%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
2	13,0%	87,0%	100,0%	69,6%	30,4%	100,0%	91,1%	8,9%	100,0%	89,2%	10,8%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%
3	26,7%	73,3%	100,0%	62,0%	38,0%	100,0%	88,8%	11,2%	100,0%	84,1%	15,9%	100,0%	93,4%	6,6%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%
4	21,8%	78,2%	100,0%	68,3%	31,7%	100,0%	90,8%	9,2%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
5	37,3%	62,7%	100,0%	72,2%	27,8%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
6	39,8%	60,2%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	93,4%	6,6%	100,0%	91,6%	8,4%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%
7	19,5%	80,5%	100,0%	85,5%	14,5%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	92,4%	7,6%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%
8	21,9%	78,1%	100,0%	80,1%	19,9%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	89,0%	11,0%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
9	19,1%	80,9%	100,0%	65,3%	34,7%	100,0%	91,5%	8,5%	100,0%	79,5%	20,5%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%
10	14,6%	85,4%	100,0%	77,5%	22,5%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%
11	43,2%	56,8%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
12	19,4%	80,6%	100,0%	78,3%	21,7%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	85,1%	14,9%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%
13	14,0%	86,0%	100,0%	73,0%	27,0%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%
14	22,6%	77,4%	100,0%	82,1%	17,9%	100,0%	93,8%	6,3%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%
15	34,6%	65,4%	100,0%	74,1%	25,9%	100,0%	95,1%	4,9%	100,0%	91,5%	8,5%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
16	33,3%	66,7%	100,0%	69,6%	30,4%	100,0%	94,8%	5,2%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
17	18,6%	81,4%	100,0%	70,5%	29,5%	100,0%	83,7%	16,3%	100,0%	84,1%	15,9%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
18	28,4%	71,6%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	92,4%	7,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
19	18,9%	81,1%	100,0%	73,3%	26,7%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	90,0%	10,0%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
20	42,2%	57,8%	100,0%	81,3%	18,7%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
21	19,5%	80,5%	100,0%	82,5%	17,5%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
22	11,2%	88,8%	100,0%	60,5%	39,5%	100,0%	76,5%	23,5%	100,0%	86,2%	13,8%	100,0%	89,7%	10,3%	100,0%	91,4%	8,6%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 93- Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por escola

Escolas	Uso no Mês																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tramquilizante			Cocaína		
%	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total
1	16,4%	83,6%	100,0%	60,9%	39,1%	100,0%	85,5%	14,5%	100,0%	80,3%	19,7%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	90,0%	10,0%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%
2	16,5%	83,5%	100,0%	73,3%	26,7%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	89,2%	10,8%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%
3	30,6%	69,4%	100,0%	63,3%	36,7%	100,0%	88,7%	11,3%	100,0%	84,0%	16,0%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%
4	41,7%	58,3%	100,0%	66,9%	33,1%	100,0%	93,4%	6,6%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
5	65,4%	34,6%	100,0%	74,2%	25,8%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
6	63,2%	36,8%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	92,4%	7,6%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%
7	48,3%	51,7%	100,0%	92,9%	7,1%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
8	40,6%	59,4%	100,0%	88,2%	11,8%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
9	30,6%	69,4%	100,0%	63,3%	36,7%	100,0%	88,7%	11,3%	100,0%	84,0%	16,0%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%
10	44,4%	55,6%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
11	74,0%	26,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
12	43,8%	56,2%	100,0%	86,4%	13,6%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	92,4%	7,6%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
13	34,8%	65,2%	100,0%	86,5%	13,5%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%
14	38,3%	61,7%	100,0%	89,5%	10,5%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	95,8%	4,2%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
15	41,5%	58,5%	100,0%	79,3%	20,7%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	95,1%	4,9%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	98,8%	1,3%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%
16	49,6%	50,4%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
17	36,4%	63,6%	100,0%	84,1%	15,9%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	93,2%	6,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
18	40,3%	59,7%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
19	42,7%	57,3%	100,0%	77,5%	22,5%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
20	60,0%	40,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
21	45,5%	54,5%	100,0%	90,4%	9,6%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
22	24,1%	75,9%	100,0%	68,4%	31,6%	100,0%	84,5%	15,5%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	92,8%	7,2%	100,0%	93,1%	6,9%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 94- Distribuição percentual do “uso frequente” de drogas por escola

Escolas	Uso Frequente																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tramquilizante			Cocaína		
%	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total
1	27,8%	72,2%	100,0%	82,3%	17,7%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	89,1%	10,9%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%
2	20,7%	79,3%	100,0%	91,3%	8,7%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	90,1%	9,9%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%
3	45,2%	54,8%	100,0%	85,2%	14,8%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%	95,1%	4,9%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%
4	63,3%	36,7%	100,0%	86,7%	13,3%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
5	75,9%	24,1%	100,0%	88,5%	11,5%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
6	78,8%	21,2%	100,0%	90,6%	9,4%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
7	61,9%	38,1%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,4%	,6%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
8	54,8%	45,2%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
9	49,4%	50,6%	100,0%	81,7%	18,3%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
10	61,5%	38,5%	100,0%	87,4%	12,6%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
11	80,7%	19,3%	100,0%	96,9%	1,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
12	60,9%	39,1%	100,0%	89,1%	10,9%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
13	46,3%	53,7%	100,0%	89,7%	10,3%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%
14	48,6%	51,4%	100,0%	90,5%	9,5%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
15	65,4%	34,6%	100,0%	85,0%	15,0%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%
16	69,5%	30,5%	100,0%	89,5%	10,5%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
17	61,5%	38,5%	100,0%	83,7%	16,3%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	93,2%	6,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
18	50,9%	49,1%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
19	61,3%	38,7%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
20	72,0%	28,0%	100,0%	90,1%	9,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
21	65,4%	34,6%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
22	48,3%	51,7%	100,0%	88,6%	11,4%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 95- Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por escola

Escolas	Uso Pesado																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tramquilizante			Cocaína		
%	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total
1	28,6%	71,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	89,1%	10,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
2	44,7%	55,3%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
3	48,5%	51,5%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
4	54,9%	45,1%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
5	82,5%	17,5%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
6	76,1%	23,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
7	69,2%	30,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
8	61,2%	38,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
9	57,5%	42,5%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
10	61,5%	38,5%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
11	89,9%	10,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
12	60,9%	39,1%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
13	59,6%	40,4%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
14	65,5%	34,5%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
15	54,8%	45,2%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	98,8%	1,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
16	63,3%	36,7%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
17	47,1%	52,9%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
18	65,9%	34,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
19	58,5%	41,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
20	79,4%	20,6%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
21	60,7%	39,3%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
22	33,7%	66,3%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	91,8%	8,2%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Verifica-se, portanto, que as escolas que mais consumiram drogas, em todas as frequências de uso, foram: 1 (Diretoria de Ensino Norte 1), 22 (Diretoria de Ensino Centro-Oeste particular), 9 (Diretoria de Ensino Leste 4), e 13 (Diretoria de Ensino Centro-Oeste). Por outro lado, as que menos consumiram foram: 5 (Diretoria de Ensino Sul 3), 20 (Diretoria de Ensino Leste 3), 6 (Diretoria de Ensino Leste 2), 11 (Diretoria de Ensino Leste 2), 21 (Diretoria de Ensino Leste 1), 18 (Diretoria de Ensino Sul 1 particular), e 14 (Diretoria de Ensino Centro). Nota-se que, das três escolas localizadas na Região Oeste (e Centro-Oeste avaliadas), duas estão entre as que mais consomem drogas, assim como observou-se na análise de uso de drogas por Região. O mesmo aconteceu com aquelas que menos usam drogas. Estão presentes entre as que menos consumiram em todas as frequências de uso, 5 escolas da Região Leste, como verificou-se na análise de drogas por Região, em que a Região Leste é a que registra menor índice de consumo.

Zöllner et al. (2009) avaliaram e ordenaram cada subprefeitura do município de São Paulo segundo as condições de saúde da população. Todas as escolas que mais usaram drogas (1, 9, 13 e 22) estão localizadas entre as 15 subprefeituras que apresentaram melhores condições de saúde segundo estes autores. Por outro lado, as escolas que demonstraram consumir menos drogas (5, 6, 11, 14, 18, 20 e 21) estiveram entre a 16ª e 31ª posições no ranking de saúde. Estes resultados mostram que o uso de drogas pode não estar diretamente relacionado a condições ruins de saúde, diferentemente do que se verifica com a dependência de drogas. Nos indivíduos dependentes de drogas e de álcool verifica-se risco aumentado para infecções virais como hepatites e HIV, transtornos psiquiátricos, problemas cognitivos e de saúde geral (OPAS/OMS, 2006; Rigoni et al., 2007; Costa & Valerio, 2008; Pratta & Santos, 2009).

Estes resultados, tanto das escolas com maior consumo, quanto daquelas com menor consumo indicam caminhos a serem seguidos em possíveis intervenções com objetivo de prevenção primária, secundária ou terciária. Entende-se por prevenção primária aquela que ocorre antes do evento e, neste caso, antes do primeiro consumo. São intervenções que deverão ser feitas com aqueles que ainda não usam ou apenas experimentaram. A prevenção secundária refere-se à prevenção ao agravamento do estado atual, ou seja, neste caso, prevenir que o consumo aumente em quantidade e frequência. Nesta amostra, realizar

intervenções com aqueles que já fazem uso. A prevenção terciária remete à reabilitação (Leavell & Clark, 1976; Assis & Constantino, 2005; Figueira et al., 2009). Quanto à prevenção terciária, não pode ser estabelecido, a partir destes resultados, a necessidade de intervenção. Este tipo de intervenção, freqüentemente, envolve o tratamento de dependentes de uma ou mais substâncias e, esta avaliação não se propôs a verificar a população dependente. Para este diagnóstico são necessárias outras avaliações além das que foram realizadas neste estudo. O “uso freqüente” e o “uso pesado” das substâncias aqui avaliadas podem estar relacionados a um “uso arriscado”, “uso disfuncional”, “uso nocivo” ou “uso recreativo”. O “uso arriscado”, para Seibel e Toscano Jr. (2001), coloca em risco a saúde do usuário, mas, momentaneamente, o mesmo não pode ser diagnosticado como dependente. O “uso disfuncional”, para os mesmo autores, é um uso que causa prejuízo às funções psicológicas ou sociais do indivíduo, mas não é, necessariamente, diagnosticado como dependência. O “uso nocivo”, também para estes autores, é aquele que causa dano físico ou mental para o indivíduo, mas que nem sempre é diagnosticado como dependência. Por fim, o “uso recreativo” que, segundo Seibel e Toscano Jr. (2001), freqüentemente, é o uso de drogas ilícitas em circunstâncias sociais.

Comparando estes resultados com o questionário WHOQOL-100 de qualidade de vida, não se notam muitas relações. A escola que apresentou menor consumo de drogas, escola número 5, localizada na Diretoria de Ensino Sul 3, obteve as médias mais baixas em 5 domínios do questionário, sendo a escola com o pior desempenho. Por outro lado, a escola Leste 1 (número 21) também esteve entre as que menos consumiram drogas e apresentou o melhor desempenho no WHOQOL-100. As escolas da Região Leste, de maneira geral, tenderam a ter menor uso de drogas e também apresentaram bons resultados neste questionário.

No questionário SF-36, assim como no WHOQOL-100, não se verificou muitas relações entre uso de drogas e qualidade de vida por escola. Uma das escolas com melhor rendimento neste questionário foi a Centro-Oeste particular, que apresentou alto consumo de drogas. As que tiveram pior desempenho no SF-36 foram as localizadas na Diretoria de Ensino Centro e Sul 3. Ambas estão entre as que registraram menor índice de uso de drogas.

Considerando o consumo, especificamente, de cada droga, verifica-se que as escolas 1 (Norte 1), 2 (Centro Oeste) e 22 (Centro Oeste particular) foram as maiores consumidoras de álcool em todas as frequências de uso. O consumo de tabaco foi mais intenso entre os estudantes das escolas 9 (Leste 4), 17 (Norte 1 particular) e 4 (Centro Sul). O uso de maconha, em todas as frequências, foi maior entre as escolas 22 (Centro Oeste particular) e 1 (Norte 1). O uso de solvente foi maior nas escolas 1 (Norte 1), 22 (Centro Oeste particular), 17 (Norte 1 particular) e 9 (Leste 4). A anfetamina foi mais consumida nas escolas 22 (Centro Oeste particular), 3 (Centro Oeste), 15 (Leste 5) e 2 (Centro Oeste). O consumo de tranqüilizante foi mais intenso nas escolas 1 (Norte 1), 22 (Centro Oeste particular) e 12 (Sul 2). Por fim, os alunos das escolas 2 (Centro Oeste), 6 (Leste 2), 3 (Centro Oeste) e 13 (Norte 1) foram os que mais usaram cocaína em todas as frequências de consumo.

Avaliando as escolas que menos usaram cada droga em todas as frequências de consumo verificou-se que as que menos fizeram uso de álcool foram as escolas 11 (Leste 2), 5 (Sul 3), 20 (Leste 3) e 6 (Leste 2). Quanto ao uso de tabaco, a menor incidência foi nas escolas 11 (Leste 2), 7 (Leste 1), 18 (Sul 1 particular) e 21 (Leste 1 particular). A maconha foi menos utilizada pelas escolas 7 (Leste 1), 11 (Leste 2), 8 (Sul 2) e 20 (Leste 3). O uso de solvente foi menor nas escolas 5 (Sul 3), 20 (Leste 3), 14 (Centro), 16 (Sul 1) e 11 (Leste 2). O uso de anfetamina foi menos freqüente nas escolas 20 (Leste 3), 6 (Leste 2), 13 (Norte 1), 17 (Norte 1 particular) e 12 (Sul 2). Usar tranqüilizantes foi menos comum nas escolas 20 (Leste 3), 16 (Sul 1), 9 (Leste 4), 14 (Centro) e 5 (Sul 3). Por fim, o uso de cocaína foi mais raro nas escolas 15 (Leste 5), 5 (Sul 3), 19 (Leste 5 particular), 20 (Leste 3) e 16 (Sul 1).

3.5.6. Uso de drogas e relacionamento com os pais

O uso de drogas é uma questão complexa e que envolve os vários aspectos da vida do indivíduo. Percebe-se que um conjunto de fatores pode influenciar o uso, o abuso ou a rejeição ao consumo de drogas. Por outro lado, a família é uma instituição que exerce influência significativa durante todo o processo de desenvolvimento do indivíduo (Pratta & Santos, 2007) e, por isso, torna-se um destes importantes aspectos que podem atuar como

fator de proteção ou de risco ao abuso de drogas. Algumas pesquisas (Toscano Jr., 2001; Gonzáles, 2001; Pratta & Santos, 2007; Cavalcante, Alves e Barroso, 2008; Hermos, Winter, Heeren e Hingson, 2009; Cavaco, Neves de Jesus e Rezende, 2010) descrevem alguns aspectos familiares que podem se configurar como fatores protetores ou de risco. Como fatores de risco, os autores encontraram os seguintes aspectos: problemas de relacionamento, sentimento de rejeição, pais separados, ausência de regras ou normas claras na família, uso de álcool ou drogas pelos familiares, falta de apoio, diálogo, monitoramento e orientação. Como fatores de proteção têm-se: relacionamento familiar sentido como bom, fortes vínculos com a família, estabelecimento de normas familiares claras, possibilidade de negociação, hábito de diálogo, atenção e preocupação dos pais com a vida dos filhos.

Os adolescentes deste estudo não foram questionados sobre o que consideram “bom relacionamento” ou “mau relacionamento” com os pais. No entanto, em estudo de Pratta & Santos (2007), estes significados foram apresentados em dois grupos, o de usuários e o de não usuários de substâncias. Os autores chegaram às três categorias mais citadas pelos adolescentes, usuários ou não de substâncias, em que a família pode exercer um papel de proteção: “dinâmica familiar”, “aspectos afetivos” e “aspectos éticos-morais”. Na primeira categoria (“dinâmica familiar”) estão inseridos temas como união, relacionamento e comunicação na família. Na categoria “aspectos afetivos”, os temas envolvem amizade, amor, carinho, compreensão e dedicação. Em terceiro lugar, nos “aspectos ético-morais”, estão os temas honestidade, respeito, lealdade, confiança e sinceridade. Quanto ao mau relacionamento com os pais, as categorias mais citadas foram “dinâmica familiar” e “aspectos ético-morais”. A primeira categoria envolve problemas de relacionamento, falta de diálogo, de união, de proximidade, de atenção. A segunda abrange autoritarismo, falta de respeito, de confiança, de responsabilidade, de paciência, entre outros.

Abaixo serão apresentados os resultados de como os adolescentes deste estudo declararam seu relacionamento com a mãe (Tabela 96) e com o pai (Tabela 97). Nas duas tabelas, a qualidade relatada destes relacionamentos está disposta na primeira coluna da seguinte forma: não tenho mãe (pai), bom, regular, ruim e não tenho contato com a minha mãe (meu pai). As respostas dadas a estes relacionamentos foram correlacionadas ao consumo de cada uma das sete drogas mais consumidas neste estudo em cada uma das frequências de uso (“uso na vida”, “uso no ano”, “uso no mês” e “uso freqüente”)

Tabela 96 – Distribuição percentual do uso de drogas na vida, no ano e no mês por Relacionamento com a mãe

Uso na Vida																					
Relacionamento com a mãe	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem mãe	7	45	52	29	23	52	44	8	52	41	10	51	50	2	52	49	2	51	48	4	52
	13,5%	86,5%	100,0%	55,8%	44,2%	100,0%	84,6%	15,4%	100,0%	80,4%	19,6%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	92,3%	7,7%	100,0%
Bom	304	1688	1992	1293	703	1996	1821	175	1996	1722	266	1988	1911	78	1989	1915	72	1987	1947	45	1992
	15,3%	84,7%	100,0%	64,8%	35,2%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	86,6%	13,4%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%
Regular	30	184	214	103	111	214	184	30	214	178	36	214	198	16	214	196	18	214	204	10	214
	14,0%	86,0%	100,0%	48,1%	51,9%	100,0%	86,0%	14,0%	100,0%	83,2%	16,8%	100,0%	92,5%	7,5%	100,0%	91,6%	8,4%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%
Ruim	2	32	34	12	22	34	28	6	34	26	8	34	29	5	34	28	6	34	30	4	34
	5,9%	94,1%	100,0%	35,3%	64,7%	100,0%	82,4%	17,6%	100,0%	76,5%	23,5%	100,0%	85,3%	14,7%	100,0%	82,4%	17,6%	100,0%	88,2%	11,8%	100,0%
Não tem contato	2	29	31	20	11	31	28	3	31	25	6	31	28	3	31	26	5	31	30	1	31
	6,5%	93,5%	100,0%	64,5%	35,5%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	80,6%	19,4%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	83,9%	16,1%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
Uso no Ano																					
Relacionamento com a mãe	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem mãe	13	38	51	40	11	51	44	7	51	43	6	49	51	0	51	48	1	49	47	3	50
	25,5%	74,5%	100,0%	78,4%	21,6%	100,0%	86,3%	13,7%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%
Bom	486	1469	1955	1550	439	1989	1844	124	1968	1801	183	1984	1919	65	1984	1927	50	1977	1925	24	1949
	24,9%	75,1%	100,0%	77,9%	22,1%	100,0%	93,7%	6,3%	100,0%	90,8%	9,2%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
Regular	45	165	210	132	79	211	193	21	214	191	23	214	199	14	213	196	18	214	202	7	209
	21,4%	78,6%	100,0%	62,6%	37,4%	100,0%	90,2%	9,8%	100,0%	89,3%	10,7%	100,0%	93,4%	6,6%	100,0%	91,6%	8,4%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%
Ruim	3	30	33	19	15	34	29	5	34	27	7	34	32	2	34	29	5	34	30	4	34
	9,1%	90,9%	100,0%	55,9%	44,1%	100,0%	85,3%	14,7%	100,0%	79,4%	20,6%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	85,3%	14,7%	100,0%	88,2%	11,8%	100,0%
Não tem contato	4	25	29	21	9	30	27	4	31	28	3	31	29	2	31	28	3	31	28	1	29
	13,8%	86,2%	100,0%	70,0%	30,0%	100,0%	87,1%	12,9%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%
Uso no Mês																					
Relacionamento com a mãe	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem mãe	18	33	51	40	11	51	48	4	52	47	4	51	50	0	50	48	0	48	51	1	52
	35,3%	64,7%	100,0%	78,4%	21,6%	100,0%	92,3%	7,7%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Bom	881	1103	1984	1652	321	1973	1902	80	1982	1852	110	1962	1876	45	1921	1940	33	1973	1960	21	1981
	44,4%	55,6%	100,0%	83,7%	16,3%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%
Regular	80	131	211	157	54	211	195	16	211	200	11	211	200	11	211	202	10	212	208	5	213
	37,9%	62,1%	100,0%	74,4%	25,6%	100,0%	92,4%	7,6%	100,0%	94,8%	5,2%	100,0%	94,8%	5,2%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%
Ruim	10	24	34	21	13	34	31	3	34	27	4	31	31	2	33	30	3	33	32	2	34
	29,4%	70,6%	100,0%	61,8%	38,2%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	87,1%	12,9%	100,0%	100,0%	6,1%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%
Não tem contato	13	17	30	24	7	31	30	1	31	32	2	34	26	2	28	28	2	30	30	1	31
	43,3%	56,7%	100,0%	77,4%	22,6%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	92,9%	7,1%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 97 – Distribuição percentual do uso de drogas freqüente e pesado por Relacionamento com a mãe

Relacionamento com a mãe	Uso Freqüente																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranqüilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem mãe	18	18	36	43	9	52	46	2	48	47	2	49	50	0	50	48	0	48	51	1	52
	50,0%	50,0%	100,0%	82,7%	17,3%	100,0%	95,8%	4,2%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Bom	881	589	1470	1788	184	1972	1857	31	1888	1852	77	1929	1876	25	1901	1940	19	1959	1960	16	1976
	59,9%	40,1%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
Regular	80	65	145	176	33	209	184	6	190	200	9	209	200	7	207	202	5	207	208	5	213
	55,2%	44,8%	100,0%	84,2%	15,8%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	95,7%	4,1%	100,0%	96,6%	3,1%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%
Ruim	10	10	20	26	8	34	27	2	29	32	1	33	31	1	32	30	3	33	32	1	33
	50,0%	50,0%	100,0%	76,5%	23,5%	100,0%	93,1%	6,9%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%	96,9%	3,4%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%
Não tem contato	13	8	21	25	6	31	27	1	28	26	1	27	26	1	26	28	2	30	30	1	31
	61,9%	38,1%	100,0%	80,6%	19,4%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	100,0%	4,1%	100,0%	100,0%	3,4%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%

Relacionamento com a mãe	Uso Pesado																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranqüilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem mãe	18	15	33	43	1	44	47	1	48	47	2	49	50	0	50	48	0	48	51	0	51
	54,5%	45,5%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Bom	881	505	1386	1788	17	1805	1887	27	1914	1852	33	1885	1876	20	1896	1940	5	1945	1960	5	1965
	63,6%	36,4%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%
Regular	80	65	145	176	5	181	188	6	194	200	2	202	200	4	204	202	3	205	208	0	208
	55,2%	44,8%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%
Ruim	10	14	24	26	3	29	29	1	30	32	1	33	31	1	32	30	2	30	32	1	33
	41,7%	58,3%	100,0%	89,7%	10,3%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	100,0%	6,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%
Não tem contato	13	9	22	25	1	26	27	0	27	30	1	31	26	2	28	28	2	30	30	1	30
	59,1%	40,9%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	87,1%	2,9%	100,0%	92,9%	7,1%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	100,0%	,3,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Na Tabela 96, quanto ao uso de álcool, observa-se que em todas as frequências de uso, os que declaram ter um relacionamento ruim com a mãe estão entre os que mais consumiram. Só não liderou o maior consumo em “uso freqüente”, em que aqueles que não têm mãe apresentaram o mesmo percentual de consumo. Por outro lado, aqueles que declaram ter um bom relacionamento com a mãe sempre estiveram entre os que menos consumiram, ou ocupando a primeira posição ou a segunda. Não foram os que menos consumiram no “uso no ano”, em que 74,5% daqueles que não tem mãe usaram e 75,1% dos que declaram não ter bom relacionamento. Também não foram os que menos consumiram no “uso freqüente”, em que 38,1% dos que não têm contato com a mãe consumiram álcool e 40,1% dos que têm bom relacionamento com a mãe. A surpresa, no caso do álcool, foi aqueles que relataram não ter contato com a mãe. Estiveram em segundo lugar entre os que mais consumiram na vida e no ano, porém, ficou entre os que menos consumiram nos usos no mês, freqüente e pesado, chegando a ter o menor consumo freqüente. Neste estudo, portanto, têm-se três hipóteses: os que têm bom relacionamento com a mãe tendem a usar menos álcool; os que têm um relacionamento ruim com a mãe tendem a usar mais álcool e; os que não têm contato com a mãe usam menos álcool do que aqueles que não têm mãe, que tem um relacionamento ruim com a mãe ou tem um relacionamento regular com a mãe.

No uso de tabaco (Tabela 96), assim como se verifica no uso de álcool, os que consideram seu relacionamento com a sua mãe ruim lideraram o consumo em todas as frequências de uso. Por outro lado, os que afirmam ter um bom relacionamento com a mãe foram sempre entre os que menos consumiram, exceto no uso no ano, em que os que não têm mãe assumiram a primeira posição. Os que mantêm um relacionamento regular com a mãe ficaram em segundo lugar de maior consumo nas três primeiras frequências de uso e passaram a estar entre os que menos consumiram nas duas últimas: “uso freqüente” e “uso pesado”. Os que não têm contato com a mãe estiveram entre os que menos fizeram “uso na vida”, porém, ficaram em segundo lugar entre os que mais consumiram freqüentemente e pesadamente.

O consumo de maconha (Tabela 96) foi similar ao que se encontra no consumo de álcool e tabaco. Os que mais consumiram em todas as frequências de uso foram os que declaram ter um relacionamento ruim com a mãe. Os que têm um bom relacionamento com

a mãe foram os líderes entre os que menos consumiram em todas as frequências de uso, ficando, porém, em segundo lugar em “uso no mês” e “uso pesado”, de forma que aqueles que sem contato com a mãe consumiram menos. Estes, só não estiveram entre os que mais consumiram no “uso pesado”.

Tanto no uso de solvente quanto no uso de anfetamina (Tabela 96), tranqüilizante e cocaína, os que declararam ter um relacionamento ruim com a mãe estiveram entre os que mais consumiram e, em contrapartida, os que relatam bom relacionamento, estiveram entre os que menos usaram. Uma curiosidade, no entanto, se apresentou entre aqueles que não têm mãe. Eles estiveram entre os que mais consumiram solvente em todas as frequências de uso e não consumiram anfetamina em nenhuma frequência de uso.

Nota-se, na Tabela 96, que os estudantes que relataram bom relacionamento com a mãe foram os que menos consumiram todas as drogas na frequência “uso na vida”. Ficaram em segundo lugar como menores consumidores no “uso no ano” de álcool; no “uso no mês” de solvente, anfetamina e tranqüilizante; “uso freqüente” de anfetamina e tranqüilizante e; no “uso pesado” de solvente, anfetamina, tranqüilizante e cocaína. Aqueles estudantes que relataram um relacionamento ruim com a mãe foram os líderes na maior experimentação de todas as drogas estudadas. Ficaram em segundo lugar como maiores consumidores no “uso no ano” e “uso no mês” de anfetamina; no “uso freqüente” de cocaína e no “uso pesado” de solvente, anfetamina e tranqüilizante.

Tabela 98 – Distribuição percentual do uso de drogas na vida, no ano e no mês por Relacionamento com o pai

Uso na Vida																					
Relacionamento com o pai	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem pai	31	131	162	103	58	161	148	14	162	138	21	159	151	9	160	156	3	159	157	5	162
	19,1%	80,9%	100,0%	64,0%	36,0%	100,0%	91,4%	8,6%	100,0%	86,8%	13,2%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%
Bom	248	1310	1558	1035	527	1562	1422	139	1561	1338	219	1557	1494	64	1558	1496	60	1556	1517	40	1557
	15,9%	84,1%	100,0%	66,3%	33,7%	100,0%	91,1%	8,9%	100,0%	85,9%	14,1%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%
Regular	43	326	369	200	169	369	328	41	369	314	53	367	349	18	367	347	20	367	356	13	369
	11,7%	88,3%	100,0%	54,2%	45,8%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%	95,1%	4,9%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%
Ruim	10	97	107	43	65	108	88	20	108	91	17	108	99	9	108	95	13	108	104	4	108
	9,3%	90,7%	100,0%	39,8%	60,2%	100,0%	81,5%	18,5%	100,0%	84,3%	15,7%	100,0%	91,7%	8,3%	100,0%	88,0%	12,0%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%
Não tem contato	13	120	133	79	54	133	124	9	133	114	19	133	129	4	133	126	7	133	131	2	133
	9,8%	90,2%	100%	59,4%	40,1%	100%	93,2%	6,8%	100%	85,7%	14,3%	100%	97,0%	3,0%	100%	94,7%	5,3%	100%	98,5%	1,5%	100%
Uso no Ano																					
Relacionamento com o pai	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem pai	51	106	157	124	36	160	148	10	158	144	14	158	153	7	160	155	2	157	149	3	152
	32,5%	67,5%	100,0%	77,5%	22,5%	100,0%	93,7%	6,3%	100,0%	91,1%	8,9%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%
Bom	376	1155	1531	1215	339	1554	1438	103	1541	1401	150	1551	1504	49	1553	1501	47	1548	1510	23	1533
	24,6%	75,4%	100,0%	78,2%	21,8%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%
Regular	81	282	363	264	103	367	343	24	367	331	36	367	351	15	366	351	14	365	349	9	358
	22,3%	77,7%	100,0%	71,9%	28,1%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	90,2%	9,8%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%
Ruim	15	90	105	64	44	108	87	19	106	97	11	108	99	8	107	100	8	108	103	2	105
	14,3%	85,7%	100,0%	59,3%	40,7%	100,0%	82,1%	17,9%	100,0%	89,8%	10,2%	100,0%	92,5%	7,5%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Não tem contato	29	99	128	100	33	133	126	6	132	120	13	133	129	4	133	127	6	133	125	2	127
	22,7%	77,3%	100,0%	75,2%	24,8%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	90,2%	9,8%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%
Uso no Mês																					
Relacionamento com o pai	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem pai	75	86	161	131	30	161	151	10	161	147	9	156	150	6	156	155	1	156	159	2	161
	46,6%	53,4%	100,0%	81,4%	18,6%	100,0%	93,8%	6,2%	100,0%	94,2%	5,8%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
Bom	672	874	1546	1285	254	1539	1486	66	1552	1448	90	1538	1466	36	1502	1515	29	1544	1530	20	1550
	43,5%	56,5%	100,0%	83,5%	16,5%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
Regular	154	214	368	295	71	366	350	14	364	343	20	363	352	8	360	355	9	364	360	7	367
	41,8%	58,2%	100,0%	80,6%	19,4%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	94,5%	5,5%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Ruim	42	66	108	77	31	108	98	10	108	99	6	105	94	6	100	101	6	107	103	2	105
	38,9%	61,1%	100,0%	71,3%	28,7%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	96,2%	7,5%	100,0%	94,0%	6,0%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Não tem contato	62	71	133	110	22	132	126	5	131	123	3	133	126	4	130	127	3	130	132	0	132
	46,6%	53,4%	100,0%	83,3%	16,7%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	92,5%	3,8%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 99 – Distribuição percentual do uso de drogas freqüente e pesado por Relacionamento com o pai

Relacionamento com o pai	Uso Freqüente																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem pai	75	54	129	145	14	159	147	4	151	147	8	155	150	2	152	155	0	155	159	2	161
	58,1%	41,9%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	94,8%	5,2%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
Bom	672	455	1127	1405	138	1543	1446	27	1473	1448	59	1507	1466	19	1485	1515	15	1530	1530	15	1545
	59,6%	40,4%	100,0%	91,1%	8,9%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
Regular	154	113	267	310	54	364	338	4	342	343	14	357	352	7	359	355	6	361	360	6	366
	57,7%	42,3%	100,0%	85,2%	14,8%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%
Ruim	42	35	77	88	18	106	95	6	101	101	3	104	94	4	98	101	5	106	103	2	105
	54,5%	45,5%	100,0%	83,0%	17,0%	100,0%	94,1%	5,9%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Não tem contato	62	36	98	115	16	131	119	2	121	123	6	129	126	1	127	127	1	128	132	0	132
	63,3%	36,7%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Relacionamento com o pai	Uso Pesado																				
	Álcool.			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não tem pai	75	31	106	145	0	145	154	1	155	147	1	148	150	4	154	155	0	155	159	0	159
	70,8%	29,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Bom	672	410	1082	1405	11	1416	1466	25	1491	1448	31	1479	1466	17	1483	1515	7	1522	1530	5	1535
	62,1%	37,9%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%
Regular	154	101	255	310	6	316	343	6	349	343	6	349	352	1	353	355	2	357	360	1	361
	60,4%	39,6%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%
Ruim	42	31	73	88	6	94	96	3	99	101	1	102	94	2	96	101	5	106	106	3	106
	57,5%	42,5%	100,0%	93,6%	6,4%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	100,0%	1,0%	100,0%
Não tem contato	62	35	97	115	4	119	124	0	124	123	4	127	126	3	129	127	1	128	132	0	132
	63,9%	36,1%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Os resultados obtidos na análise do relacionamento dos estudantes com o pai (Tabela 97) foram diferentes dos obtidos no relacionamento com a mãe. Com a mãe parece que a interferência no consumo de drogas é mais linear, ou seja, todos os estudantes que declararam ter bom relacionamento com a mãe estiveram entre os que menos consumiram todas as substâncias em todas as frequências de uso. O mesmo não aconteceu com o relacionamento com o pai. Embora essa tendência tenha sido identificada – dos que relacionarem bem com o pai usarem menos droga – isso não se apresenta de forma tão contundente quanto com a mãe. O que se assemelha nas duas análises (com o pai e com a mãe) é que houve maior tendência ao consumo de todas as drogas em todas as frequências de uso entre aqueles que afirmam ter um relacionamento ruim tanto com o pai quanto com a mãe.

A partir dos dados apresentados, pode-se levantar a hipótese de que, embora o bom relacionamento com os pais não seja garantia de que o adolescente não usará ou abusará de alguma droga, o relacionamento ruim está diretamente relacionado ao consumo em todas as frequências de uso. Vários estudos nacionais e internacionais apontam essa interferência familiar e, principalmente dos pais, no abuso e dependência de drogas. (Zimmermann-Tansella, Donini, Ciommei e Siciliani, 1988; Hermos et al., 2009; Cavaco, Neves de Jesus e Rezende, 2010). Soldera, Dalgarrondo, Correa Filho e Silva (2004), verificaram a importância do ambiente familiar como fator de risco e de proteção para o uso abusivo de drogas e de álcool. Os autores acrescentam que o clima familiar e a presença ou não de violência são aspectos importantes para usar alguma droga ou rejeitá-la. Cavalcante, Alves e Barroso (2008), confirmando o exposto acima, destacam que uma convivência familiar saudável e uma relação próxima entre pais e filhos favorecem a rejeição ao uso de droga, bem como, à recuperação mais eficaz caso algum membro da família se envolva com drogas.

Poletto & Koller (2008) também afirmam que as famílias podem ser protetoras a ponto de gerar indivíduos resilientes como incentivadora da delinquência e marginalidade. Para as autoras, ao considerar a família como o grupo social básico da pessoa, cuja função e estrutura são determinantes em seu desenvolvimento, esta ambigüidade é justificada. “As relações entre pais e filhos, por exemplo, são caracterizadas por uma enorme complexidade, sendo, então, indispensável a promoção, por parte dos cuidadores, de um ambiente

incentivador, protetivo e seguro, no qual as pessoas possam aprender e se desenvolver.” (p. 412)

O material analisado permitiu uma inferência sobre os estágios de tratamento da drogadição. (Schenker & Minayo, 2004; Broecker & Jou, 2007; Cavaco, Jesus e Rezende, 2010) Vários autores reafirmam esta posição da família. Reasseguram que esta pode se destacar tanto como co-autora do abuso de droga como a instituição que protege a saúde de seus membros, visto que ela é o elo com as diversas esferas da sociedade. Pratta & Santos (2007) ainda acrescentam que os usuários de drogas de seu estudo ressaltaram mais pontos negativos do relacionamento com os pais (como, por exemplo, falta de amor, de companheirismo, de amizade, entre outros) do que os adolescentes do grupo de não usuários.

3.5.7. Uso de drogas e prática de esportes

Há certo consenso sobre a importância da atividade física para a saúde e a qualidade de vida de pessoas de qualquer faixa etária. Souza (1998) sugere que programas de prevenção ao uso de drogas devem oferecer maior incentivo ao esporte e às atividades físicas com o objetivo de proporcionar um “crescimento mais saudável às crianças que poderiam exteriorizar seus excessos de agressividade sem transgressão de normas, construindo-se como pessoas mais bem adaptadas ao meio” (p.12) O número de adolescentes, entretanto, que não atinge níveis satisfatórios de atividade física, no entanto, vem sendo cada vez mais alto. Pesquisas nacionais e internacionais vêm demonstrando que, nas últimas décadas, houve uma queda na prática esportiva feita pelos adolescentes. Além disso, apresentam a tendência ao crescimento da inatividade física nesta população (Nunomura, Teixeira e Caruso, 2004; Gevaerd, Faccin, Silveira, Higa e Sacomori, 2004; Moore & Werch, 2005; Farias Junior, 2008; Bigelow, 2008). A prática de atividade física associada particularmente ao uso de drogas nesta população jovem, assim como é proposto no presente estudo, também vem sendo bastante discutida no Brasil e no exterior. Porém, a tendência destes estudos é de pesquisar os benefícios que os esportes oferecem na prevenção ao uso de drogas (Werch, Moore, Diclemente, Bledsoe e Jobli, 2005; Dunn,

2010) e, não, a relação entre o uso de drogas e a prática dos mais variados esportes, assim como é apresentado a seguir.

Na coleta de dados foi oferecido um questionário para preenchimento em que havia duas perguntas relativas ao uso de drogas: Você pratica algum esporte? Qual? Os adolescentes tinham a oportunidade de escrever o esporte que preferiam praticar. Alguns esportes tiveram incidência muito pequena dentro da amostra. Apesar de estarem expostos nas tabelas apresentadas abaixo, não farão parte da discussão por sua frequência pouco significativa. Estes esportes foram: atletismo ou corrida (com 15 praticantes), tênis (com sete praticantes), esportes de aventura (com nove praticantes) e ginástica olímpica (com um praticante). Optou-se por incluir na discussão, esportes que tenham o número mínimo de 25 praticantes. Determinou-se a opção “outros” para contemplar os vários esportes que, assim como ocorreu com a ginástica olímpica, foram praticados por apenas 1 ou 2 estudantes. Estes esportes foram: para-quedismo, canoísmo, surf, Sky e Sky aquático, etc.

Nomeou-se “todos”, na coluna dos esportes para classificar aqueles indivíduos que relatam praticar todos os esportes. Inseriu-se também uma linha de respondentes “não”. Este “não” representa os estudantes que afirmaram não praticar nenhum tipo de esporte.

Observa-se que, para cada esporte, há certa variação de praticantes, conforme a frequência de consumo de drogas. Isso ocorreu pelo fato de alguns adolescentes esquecerem ou terem restrições a responder sobre quantidades mais altas de consumo ou tipo de droga considerada popularmente como “pesada”. Manteve-se o número total por ter-se, com maior fidelidade, a idéia dos experimentadores. Pode-se perceber que, conforme aumenta o consumo, diminui o número de respondentes

Na Tabela 100, ao ser analisado o “uso na vida”, observa-se que, quanto à experimentação de álcool, não há muita variação entre os esportes. Os que consumiram menos foram os jogadores de futebol (80%) e de Artes Marciais; os que experimentaram mais foram os praticantes de handball (92,4%) e aqueles que não praticam nenhum tipo de esporte (87,5%). O uso de tabaco foi maior entre os praticantes de handball (51,5%) e de academia (51,1%) e menor entre os praticantes de dança / balé (22,2%) e natação e hidroginástica (27,6%). O consumo de maconha foi mais frequentes entre os praticantes de balé (22,2%) e artes marciais (21,2%) e menos frequente entre os jogadores de handball (4,55) e vôlei (4,6%). Houve maior experimentação de solvente entre aqueles que fazem

academia (20,8%) e que jogam basquete (18,9%) e menor entre os que praticam outros esportes (11,5%) e jogadores de handball (12,1%). A anfetamina foi usada mais intensamente por quem faz academia (11,1%) e pratica outros esportes (7,7%); foi menos usada pelos praticantes de artes marciais (1,7%) e jogadores de futebol (2,1%). Os que praticam dança / balé (11,1%) e academia (7,8%) foram os que mais consumiram tranqüilizantes; os que relatam praticar todos os esportes (0%) e os jogadores de handball (2,2%) foram os que consumiram menos. Por fim, os experimentadores de cocaína foram mais comuns entre os freqüentadores de academia (4,4%) e os que praticam todos os esportes (3,8%). Foi mais raro entre os jogadores de handball (0%) e basquete (1,1%).

Alguns esportes se destacaram. Os praticantes de academia foram os que mais consumiram três (solvente, anfetamina e cocaína) das sete drogas estudadas e ficaram em segundo lugar em outras duas (tabaco e tranqüilizante) drogas. Os jogadores de handball foram os que menos consumiram as drogas maconha, cocaína e solvente. Estes mesmos jogadores, no entanto, foram os que mais consumiram álcool e tabaco. Os praticantes de dança e balé foram os maiores consumidores de maconha e tranqüilizante. Os jogadores de futebol ficaram entre os menores consumidores de álcool, tranqüilizante e anfetamina.

A partir destes resultados, percebe-se que os praticantes de academia são os adolescentes que mais experimentaram drogas. Os jogadores de handball têm preferência pelas drogas lícitas e repudiam as ilícitas. Os que dançam optam por drogas que tem efeito depressor do sistema nervoso central. Embora a maconha seja, prioritariamente, perturbadora do sistema nervoso central, é conhecido seu efeito depressor. Os jogadores de futebol, esporte comumente praticado por homens, consomem pouco anfetamina e tranqüilizante, conforme já é previsto na diferença de gêneros. As meninas tendem a consumir mais estes medicamentos (Fonseca, 2002; Galduroz, Noto, Fonseca e Carlini, 2004; Zenaide & Baldacci, 2006; Vieira et al., 2008; Teixeira et al., 2009).

Tabela 100 - Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por Prática de Esportes

Esporte	Uso na Vida																				
	Alcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	105	736	841	513	330	843	770	74	844	719	121	840	799	43	842	790	49	839	815	27	842
	12,5%	87,5%	100,0%	60,9%	39,1%	100,0%	91,2%	8,8%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	94,2%	5,8%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
Academia	12	78	90	44	46	90	73	17	90	72	18	90	80	10	90	83	7	90	86	4	90
	13,3%	86,7%	100,0%	48,9%	51,1%	100,0%	81,1%	18,9%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	95,6%	4,4%	100,0%
Vôlei	38	222	260	159	102	261	249	12	261	225	35	260	247	13	260	247	13	260	254	3	257
	14,6%	85,4%	100,0%	60,9%	39,1%	100,0%	95,4%	4,6%	100,0%	86,5%	13,5%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
Basquete	5	32	37	26	11	37	29	6	35	30	7	37	36	1	37	35	2	37	36	1	37
	13,5%	86,5%	100,0%	70,3%	29,7%	100,0%	82,9%	17,1%	100,0%	81,1%	18,9%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%
Futebol	123	512	635	430	207	637	568	68	636	544	88	632	619	13	632	618	14	632	615	19	634
	19,4%	80,6%	100,0%	67,5%	32,5%	100,0%	89,3%	10,7%	100,0%	86,1%	13,9%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%
Handebol	5	61	66	32	34	66	63	3	66	58	8	66	64	2	66	63	3	66	66	0	66
	7,6%	92,4%	100,0%	48,5%	51,5%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	87,9%	12,1%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Natação	8	50	58	42	16	58	54	4	58	48	10	58	57	1	58	56	2	58	56	2	58
Hidrogin.	13,8%	86,2%	100,0%	72,4%	27,6%	100,0%	93,1%	6,9%	100,0%	82,8%	17,2%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%
Atletismo	1	14	15	10	5	15	15	0	15	14	1	15	15	0	15	14	1	15	15	0	15
Corrida	6,7%	93,3%	100,0%	66,7%	33,3%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Tênis	1	6	7	5	2	7	6	1	7	7	0	7	7	0	7	7	0	7	7	0	7
	14,3%	85,7%	100,0%	71,4%	28,6%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Artes	5	28	33	18	15	33	26	7	33	28	5	33	31	2	33	32	1	33	32	1	33
Marciais	15,2%	84,8%	100,0%	54,5%	45,5%	100,0%	78,8%	21,2%	100,0%	84,8%	15,2%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%
Dança	4	23	27	21	6	27	21	6	27	23	4	27	26	1	27	24	3	27	24	1	25
Bale	14,8%	85,2%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	85,2%	14,8%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%
Esp. De	0	9	9	5	4	9	8	1	9	8	1	9	7	2	9	7	2	9	9	0	9
Aventura	0,0%	100,0%	100,0%	55,6%	44,4%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Capoeira	1	10	11	8	3	11	10	1	11	9	2	11	10	1	11	9	2	11	11	0	11
	9,1%	90,9%	100,0%	72,7%	27,3%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%
Ginástica	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Olímpica	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outros	18	112	130	74	56	130	112	18	130	115	15	130	120	10	130	125	5	130	125	5	130
	13,8%	86,2%	100,0%	56,9%	43,1%	100,0%	86,2%	13,8%	100,0%	88,5%	11,5%	100,0%	92,3%	7,7%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%
Todos	9	54	63	40	23	63	57	4	61	53	10	63	60	3	63	63	0	63	61	2	63
	14,3%	85,7%	100,0%	63,5%	36,5%	100,0%	93,4%	6,6%	100,0%	84,1%	15,9%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 101 - Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por Prática de Esportes

Esporte	Uso no Ano																				
	Alcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	190	640	830	627	215	842	786	48	834	761	78	839	803	36	839	800	36	836	811	14	825
	22,9%	77,1%	100,0%	74,5%	25,5%	100,0%	94,2%	5,8%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
Academia	15	71	86	56	33	89	75	14	89	79	11	90	84	6	90	85	5	90	82	3	85
	17,4%	82,6%	100,0%	62,9%	37,1%	100,0%	84,3%	15,7%	100,0%	87,8%	12,2%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%
Vôlei	66	187	253	208	52	260	247	12	259	236	23	259	249	11	260	249	9	258	258	3	261
	26,1%	73,9%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%	95,4%	4,6%	100,0%	91,1%	8,9%	100,0%	95,8%	4,2%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%
Basquete	6	31	37	28	8	36	32	5	37	31	6	37	36	1	37	35	2	37	36	1	37
	16,2%	83,8%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	86,5%	13,5%	100,0%	83,8%	16,2%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%
Futebol	178	445	623	507	125	632	577	53	630	564	66	630	618	12	630	619	11	630	608	12	620
	28,6%	71,4%	100,0%	80,2%	19,8%	100,0%	91,6%	8,4%	100,0%	89,5%	10,5%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Handebol	15	51	66	46	20	66	64	2	66	60	6	66	64	2	66	64	2	66	64	0	64
	22,7%	77,3%	100,0%	69,7%	30,3%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%
Natação	13	43	56	45	12	57	55	1	56	50	8	58	56	1	57	57	1	58	56	1	57
Hidrogin.	23,2%	76,8%	100,0%	78,9%	21,1%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	86,2%	13,8%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%
Atletismo	2	13	15	12	3	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	14	1	15	15	0	15
Corrida	13,3%	86,7%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Tênis	0	6	6	7	0	7	6	0	6	6	0	6	6	0	6	5	0	5	6	0	6
	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Artes	6	27	33	20	12	32	26	7	33	30	3	33	33	0	33	32	1	33	32	0	32
Marciais	18,2%	81,8%	100,0%	62,5%	37,5%	100,0%	78,8%	21,2%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%
Dança	5	22	27	21	6	27	22	4	26	23	4	27	26	1	27	25	2	27	26	1	27
Bale	18,5%	81,5%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	84,6%	15,4%	100,0%	85,2%	14,8%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%
Esp. De	1	8	9	6	3	9	8	1	9	8	1	9	7	2	9	7	2	9	9	0	9
Aventura	11,1%	88,9%	100,0%	66,7%	33,3%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Capoeira	2	9	11	10	1	11	11	0	11	11	0	11	9	1	10	9	2	11	11	0	11
	18,2%	81,8%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	90,0%	10,0%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Ginástica	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Olímpica	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outros	25	103	128	87	43	130	117	10	127	118	10	128	124	6	130	124	3	127	122	4	126
	19,5%	80,5%	100,0%	66,9%	33,1%	100,0%	92,1%	7,9%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	95,4%	4,6%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
Todos	15	45	60	50	12	62	59	4	63	57	6	63	60	3	63	63	0	63	62	0	62
	25,0%	75,0%	100,0%	80,6%	19,4%	100,0%	93,7%	6,3%	100,0%	90,5%	9,5%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

A partir do “uso no ano” (Tabela 101), observa-se que, quanto ao uso de álcool, a variação continua pequena entre os esportes. Os que consumiram menos ainda foram os jogadores de futebol (71,4%), seguidos pelos jogadores de vôlei (73,9%). Os que consumiram mais foram os jogadores de basquete (83,8%) e os freqüentadores de academia (82,6%). O uso de tabaco foi maior entre os praticantes de artes marciais (37,5%) e de academia (37,1%) e menor entre aqueles que relatam praticar todos os esportes (19,4%) e futebol (19,8%). O consumo de maconha foi mais freqüente entre os praticantes de artes marciais (21,2%) e freqüentadores de academia (17,1%) e menos freqüente entre os praticantes de natação e hidroginástica (1,8%) e jogadores de handball (3,0%). Houve maior uso de solvente entre os jogadores de basquete (16,2%) e os praticantes de dança / balé (14,8%) e menor entre os que praticam outros esportes (7,8%) e jogadores de vôlei (8,9%). A anfetamina foi usada mais intensamente por quem faz academia, assim como no “uso na vida” (6,7%) e pratica todos os esportes (4,8%) e menos usada pelos praticantes de artes marciais (0%) e jogadores de futebol (1,9%). Os que praticam dança / balé (7,4%) e academia (5,6%) continuaram sendo os que mais consumiram tranqüilizantes e, os que relatam praticar todos os esportes (0%), os jogadores de futebol, natação e hidroginástica (1,7%) foram os que consumiram menos. Por fim, os que usaram cocaína foram mais comuns entre os praticantes de dança / balé (3,7%) e os que freqüentam academia (3,5%). Foi mais raro entre os jogadores de handball, artes marciais, que fazem todos os esportes (0%) e vôlei (1,2%).

Nota-se que alguns esportes se destacaram. Os praticantes de academia deixaram de ser os maiores consumidores de três das drogas estudadas, mantendo a liderança apenas no consumo de anfetamina. Estiveram, no entanto, em segundo lugar no consumo de cinco substâncias (álcool, tabaco, maconha, tranqüilizantes e cocaína. Os jogadores de handball que, durante o “uso na vida” foram os que menos consumiram drogas ilícitas, no “uso no ano”, deixam de estar entre os que menos consomem. Os praticantes de dança e balé que, no “uso na vida” haviam sido os maiores consumidores de maconha e tranqüilizantes, no “uso no ano” mantiveram o consumo mais alto de tranqüilizantes e se apresentaram como maiores consumidores de cocaína também. Ficou em segundo lugar no consumo de solvente. Os jogadores de futebol mantiveram o menor consumo de álcool e ficaram em segundo lugar entre os que menos consomem tabaco, tranqüilizante e anfetamina. Os

jogadores de basquete que não haviam se destacado no “uso na vida”, foram os que mais consumiram álcool e solvente no ano. Os praticantes de artes marciais foram os que mais consumiram tabaco e maconha e os que menos consumiram anfetamina e cocaína. Os praticantes de todos os esportes foram os que menos consumiram tabaco, tranqüilizante e anfetamina, mas apresentaram alto consumo de anfetamina.

No “uso no mês” (Tabela 102) observou-se que os que consumiram menos álcool ainda foram os jogadores de futebol e jogadores de vôlei, no entanto, a ordem está inversa à do “uso no ano”. Os que menos consumiram foram os jogadores de vôlei (52,3%), seguidos pelos de futebol (53,2%). Da mesma forma, os que mais consumiram inverteram a ordem do “uso no ano”, ficando em primeiro lugar os freqüentadores de academia (67,4%), seguidos pelos jogadores de basquete (64,9%). O uso de tabaco foi maior entre os praticantes de academia (28,2%) os quais no “uso no ano”, haviam ficado em segundo lugar. Nesta freqüência de consumo, os praticantes de outros esportes (25%) ficaram em segundo lugar. Os que menos consumiram continuam sendo aqueles que relatam praticar todos os esportes (7,9%) e os praticantes de natação / hidroginástica (14%). O consumo de maconha foi mais freqüente entre os praticantes dança / balé (11,1%), seguidos pelos freqüentadores de academia e praticantes de artes marciais (9%), assim como ocorreu em “uso na vida” e “uso no ano”. Os que menos consumiram continuaram sendo os jogadores de handball (1,5%) e praticantes de natação e hidroginástica (1,8%). O maior uso de solvente continuou sendo entre os jogadores de basquete (14,7%) e os praticantes de dança / balé (11,1%). Os que praticam outros esportes (3,9%) continuam entre os que menos consumiram solventes sendo que os jogadores de handball (1,5%) surgiram como o segundo lugar de menor consumo. A anfetamina continuou sendo usada mais intensamente por quem faz academia, assim como no “uso na vida” e “uso no ano” (4,7%). Os jogadores de vôlei e praticantes de dança / balé ocuparam o segundo lugar (3,6%). Entre os jogadores de basquete, handball e praticantes de artes marciais não houve relato de consumo de anfetamina. Os jogadores de futebol e praticantes de todos os esportes também apresentaram consumo baixo (1,7%). Os que praticam dança / balé (7,4%) continuaram sendo os que mais consumiram tranqüilizantes. Os segundos maiores consumidores no mês foram os praticantes de artes marciais (3,0%). Os menores consumidores de tranqüilizantes foram os jogadores de futebol (1,4%), handball (1,5%), vôlei (1,6%) e praticantes de

natação / hidroginástica (1,7%). Por fim, os que usaram cocaína ainda foram mais comuns entre os praticantes de dança / balé (3,7%) e os que freqüentam academia (2,2%). Não houve consumo entre os jogadores de basquete, handball, artes marciais e os que fazem todos os esportes (0%). Foi baixo entre os que relatam não praticar esportes (1,3%).

Nota-se que alguns esportes se destacaram. Os praticantes de academia voltaram a liderar o consumo de drogas. Foram os maiores consumidores de três (álcool, tabaco e anfetamina) das sete drogas e os segundos maiores consumidores de duas delas (maconha e cocaína). Os jogadores de handball que, durante o “uso na vida” foram os que menos consumiram drogas ilícitas e no “uso no ano” deixaram de estar entre os que menos consomem voltam a liderar o menor consumo de maconha, solvente, anfetamina e cocaína, ficando com o segundo menor consumo de cocaína. Os praticantes de dança e balé que, no “uso na vida” haviam sido os maiores consumidores de maconha e tranqüilizantes, no “uso no mês” mantiveram o consumo mais alto destas duas drogas, acrescentando o consumo mais alto de cocaína. Ficou com o segundo maior consumo de solvente e anfetamina, assim como apareceu no “uso no ano”.

Tabela 102 - Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por Prática de Esportes

Esporte	Uso no Mês																				
	Alcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	364	477	841	679	158	837	807	29	836	779	48	827	785	25	810	810	22	832	828	11	839
	43,3%	56,7%	100,0%	81,1%	18,9%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	94,2%	5,8%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
Academia	29	60	89	61	24	85	81	8	89	84	6	90	81	4	85	87	2	89	88	2	90
	32,6%	67,4%	100,0%	71,8%	28,2%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%
Vôlei	123	135	258	220	41	261	251	7	258	243	14	257	243	9	252	252	4	256	257	2	259
	47,7%	52,3%	100,0%	84,3%	15,7%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
Basquete	13	24	37	31	6	37	35	2	37	29	5	34	37	0	37	36	1	37	36	0	36
	35,1%	64,9%	100,0%	83,8%	16,2%	100,0%	94,6%	5,4%	100,0%	85,3%	14,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Futebol	295	336	631	524	102	626	598	36	634	585	41	626	602	11	613	619	9	628	622	11	633
	46,8%	53,2%	100,0%	83,7%	16,3%	100,0%	94,3%	5,7%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
Handebol	27	39	66	54	12	66	65	1	66	65	1	66	64	0	64	65	1	66	66	0	66
	40,9%	59,1%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Natação	20	36	56	49	8	57	56	1	57	55	3	58	57	1	58	57	1	58	57	1	58
Hidrogin.	35,7%	64,3%	100,0%	86,0%	14,0%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	94,8%	5,2%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
Atletismo	6	9	15	14	1	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15
Corrida	40,0%	60,0%	100,0%	93,3%	6,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Tênis	3	3	6	7	0	7	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
	50,0%	50,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Artes	14	19	33	28	5	33	30	3	33	31	2	33	32	0	32	32	1	33	33	0	33
Marciais	42,4%	57,6%	100,0%	84,8%	15,2%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Dança	12	15	27	22	4	26	24	3	27	24	3	27	26	1	27	25	2	27	26	1	27
Bale	44,4%	55,6%	100,0%	84,6%	15,4%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%
Esp. De	1	8	9	7	2	9	8	1	9	8	0	8	7	2	9	7	2	9	9	0	9
Aventura	11,1%	88,9%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Capoeira	4	7	11	10	1	11	11	0	11	11	0	11	10	1	11	9	1	10	11	0	11
	36,4%	63,6%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	90,0%	10,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Ginástica	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Olímpica	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outros	46	82	128	96	32	128	121	9	130	123	5	128	122	4	126	126	3	129	125	2	127
	35,9%	64,1%	100,0%	75,0%	25,0%	100,0%	93,1%	6,9%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%
Todos	26	36	62	58	5	63	60	3	63	59	4	63	58	1	59	62	0	62	62	0	62
	41,9%	58,1%	100,0%	92,1%	7,9%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	93,7%	6,3%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 103 - Distribuição percentual do “uso frequente” de drogas por Prática de Esportes

Esporte	Uso Frequente																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	364	267	631	730	100	830	778	15	793	779	28	807	785	15	800	810	12	822	828	7	835
	57,7%	42,3%	100,0%	88,0%	12,0%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
Academia	29	30	59	79	10	89	79	6	85	84	5	89	81	2	83	87	0	87	88	1	89
	49,2%	50,8%	100,0%	88,8%	11,2%	100,0%	92,9%	7,1%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%
Vôlei	123	75	198	221	33	254	247	3	250	243	10	253	243	5	248	252	4	256	257	2	259
	62,1%	37,9%	100,0%	87,0%	13,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
Basquete	13	13	26	31	6	37	34	1	35	29	3	32	37	0	37	36	0	36	36	0	36
	50,0%	50,0%	100,0%	83,8%	16,2%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	90,6%	9,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Futebol	295	170	465	580	50	630	576	17	593	585	31	616	602	7	609	619	6	625	622	11	633
	63,4%	36,6%	100,0%	92,1%	7,9%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
Handebol	27	20	47	59	7	66	64	1	65	65	1	66	64	0	64	65	1	66	66	0	66
	57,4%	42,6%	100,0%	89,4%	10,6%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Natação	20	20	40	50	7	57	57	1	58	55	2	57	57	1	58	57	1	58	57	1	58
Hidrogin.	50,0%	50,0%	100,0%	87,7%	12,3%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%
Atletismo	6	6	12	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15
Corrida	50,0%	50,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Tênis	3	1	4	7	0	7	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
	75,0%	25,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Artes	14	10	24	30	3	33	30	2	32	31	2	33	32	0	32	32	1	33	33	0	33
Marciais	58,3%	41,7%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	93,8%	6,3%	100,0%	93,9%	6,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Dança	12	9	21	24	3	27	23	1	24	24	3	27	26	1	27	25	1	26	26	1	27
Bale	57,1%	42,9%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	95,8%	4,2%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%
Esp. De	1	1	2	9	0	9	8	0	8	8	0	8	7	1	8	7	1	8	9	0	9
Aventura	50,0%	50,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	87,5%	12,5%	100,0%	87,5%	12,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Capoeira	4	4	8	9	2	11	11	0	11	11	0	11	10	0	10	9	0	9	11	0	11
	50,0%	50,0%	100,0%	81,8%	18,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Ginástica	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Olímpica	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outros	46	42	88	118	12	130	122	4	126	123	4	127	122	2	124	126	1	127	125	2	127
	52,3%	47,7%	100,0%	90,8%	9,2%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%
Todos	26	19	45	56	6	62	59	2	61	59	3	62	58	1	59	62	0	62	62	0	62
	57,8%	42,2%	100,0%	90,3%	9,7%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

No “uso freqüente” (Tabela 103) observou-se que os que consumiram menos álcool ainda foram os jogadores de futebol (36,6%) e jogadores de vôlei (37,9%), na mesma ordem que no “uso no ano”. Os que mais consumiram foram os freqüentadores de academia (50,8%), assim como no “uso no mês”, seguidos pelos praticantes de natação / hidroginástica. O uso de tabaco foi maior entre os jogadores de basquete (16,2%) seguidos pelos praticantes de natação / hidroginástica (12,3%) e os que não praticam esportes (12%). Os que menos consumiram foram os jogadores de futebol (7,9%) seguidos pelos praticantes de artes marciais (9,1%) e de outros esportes (9,2%). O consumo de maconha foi mais freqüente entre os freqüentadores de academia (7,1%) que haviam ficado em segundo lugar no consumo “no mês”, seguidos pelos praticantes de artes marciais (6,3%), assim como ocorreu em “uso na vida” e “uso no ano”. Os jogadores de vôlei (1,2%) e handball (1,5%) foram os que menos consumiram maconha. O maior uso de solvente foi feito entre jogadores de basquete e praticantes de dança / balé, conforme ocorreu no “uso no mês”. Os resultados, no entanto, foram invertidos. Em primeiro lugar passaram a estar os praticantes de dança / balé (11,1%) e, em segundo lugar, os jogadores de basquete (9,4%). Os que praticam outros esportes (3,1%) e jogadores de handball (1,5%) continuam entre os que menos consumiram solventes. Os resultados do maior consumo de anfetamina também se inverteram, quando comparados ao “uso no mês”. No “uso freqüente”, os maiores consumidores foram os praticantes de dança / balé, seguidos pelos freqüentadores de academia. Entre os jogadores de basquete, handball e praticantes de artes marciais não houve relato de consumo de anfetamina. Os jogadores de futebol apresentaram o segundo consumo mais baixo (1,1%). Os que praticam dança / balé (3,8%) continuaram sendo os que mais consumiram tranqüilizantes. Os segundos maiores consumidores foram os praticantes de artes marciais (3,0%), assim como ocorreu no “uso no ano” e no “uso no mês”. Não houve consumo de tranqüilizantes entre os jogadores de handball, basquete e de todos os esportes. Os praticantes de outros esportes ficaram em segundo lugar no menor consumo (0,8%). Por fim, os que usaram cocaína foram mais comuns entre os praticantes de dança / balé (3,7%), os praticantes de natação / hidroginástica (1,7%) e outros esportes (1,6%). Não houve consumo entre os jogadores de basquete, handball, artes marciais e os que fazem todos os esportes (0%). Foi baixo o consumo entre os que relatam não praticar esportes e jogadores de vôlei (0,8%).

Alguns esportes se destacaram. Os praticantes de academia, que durante as várias frequências de consumo lideraram em consumo, mantiveram o maior consumo de álcool e maconha e foram os segundos em anfetamina. A liderança absoluta em consumo de drogas passou a ser dos praticantes de dança / balé. Foram os maiores consumidores de quatro (solvente, anfetamina, tranqüilizante e cocaína) das sete drogas estudadas e ficaram em segundo lugar no consumo de maconha. Os jogadores de futebol se destacaram inversamente aos praticantes de dança / balé. Foram os que menos consumiram dois (álcool e tabaco) das sete drogas estudadas e ficaram em segundo lugar como menores consumidores de anfetamina e tranqüilizantes.

Tabela 104 - Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por Prática de Esportes

Esporte	Uso Pesado																				
	Alcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	364	207	571	730	12	742	791	6	797	779	20	799	785	10	795	810	5	815	828	4	832
	63,7%	36,3%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%	97,5%	2,5%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%
Academia	29	28	57	79	1	80	78	1	79	84	1	85	81	2	83	87	0	87	88	1	89
	50,9%	49,1%	100,0%	98,8%	1,3%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%
Vôlei	123	60	183	221	7	228	251	2	253	243	4	247	243	4	247	252	0	252	257	0	257
	67,2%	32,8%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Basquete	13	11	24	31	1	32	33	0	33	29	2	31	37	0	37	36	0	36	36	0	36
	54,2%	45,8%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	93,5%	6,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Futebol	295	163	458	580	5	585	588	11	599	585	10	595	602	4	606	619	2	621	622	0	622
	64,4%	35,6%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Handebol	27	19	46	59	0	59	64	0	64	65	1	66	64	0	64	65	0	65	66	0	66
	58,7%	41,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Natação	20	16	36	50	0	50	56	0	56	55	1	56	56	0	56	57	0	57	57	0	57
Hidrogin.	55,6%	44,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Atletismo	6	3	9	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15
Corrida	66,7%	33,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Tênis	3	2	5	7	0	7	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
	60,0%	40,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Artes	14	8	22	30	0	30	30	1	31	31	0	31	32	0	32	32	0	32	33	0	33
Marciais	63,6%	36,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Dança	12	6	18	24	0	24	24	1	25	24	0	24	26	0	26	25	1	26	26	0	26
Bale	66,7%	33,3%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Esp. De	1	7	8	9	0	9	9	0	9	8	0	8	7	1	8	7	1	8	9	0	9
Aventura	12,5%	87,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	87,5%	12,5%	100,0%	87,5%	12,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Capoeira	4	3	7	9	0	9	11	0	11	11	0	11	10	1	11	9	0	9	11	0	11
	57,1%	42,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Ginástica	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Olímpica	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outros	46	40	86	118	1	119	119	1	120	123	1	124	122	2	124	126	0	126	125	0	125
	53,5%	46,5%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Todos	26	16	42	56	1	57	59	1	60	59	1	60	58	0	58	62	0	62	62	0	62
	61,9%	38,1%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Analisando o “uso pesado” (Tabela 104) verifica-se que os que consumiram menos álcool ainda são os jogadores de futebol (32,1%) seguidos pelos praticantes de dança / balé (33,3%). Os que mais consumiram ainda foram os freqüentadores de academia (49,1%), assim como no “uso no mês e “uso freqüente” seguidos pelos praticantes de outros esportes. O uso de tabaco foi maior entre os jogadores de basquete e vôlei (3,1%) seguidos por aqueles que relatam praticar todos os esportes (1,8%). Não houve consumo de tabaco entre os praticantes de artes marciais, natação / hidroginástica, dança / balé e jogadores de handball. Os que seguiram também num baixo consumo foram os praticantes de outros esportes (0,8%). O consumo de maconha foi mais freqüente entre os praticantes de dança / balé (4,0%), seguidos pelos e praticantes de artes marciais (3,2%). Os praticantes de natação / hidroginástica e jogadores de handball e basquete não apresentaram consumo de maconha. Os jogadores de vôlei, que praticam outros esportes e os que não praticam nenhum esporte ficaram em segundo lugar (0,8%). O maior uso de solvente foi feito entre jogadores de basquete, assim como no “uso freqüente”. Em segundo lugar ficaram aqueles que relatam não praticar esportes (2,5%). Não houve consumo de solvente entre os praticantes de artes marciais e dança / balé. Os que praticam outros esportes (0,8%) continuam entre os que menos consumiram solventes. O resultado do maior consumo de anfetamina foi entre os praticantes de academia (2,6%), seguido pelos jogadores de vôlei e praticantes de outros esportes. Entre os jogadores de basquete, handball e praticantes de artes marciais, dança / balé, natação / hidroginástica e de outros esportes não houve relato de consumo de anfetamina. Os jogadores de futebol apresentaram o segundo consumo mais baixo (0,7%). Os que praticam dança / balé (3,8%) continuaram sendo os que mais consumiram tranqüilizantes. Não houve consumo de tranqüilizantes entre os jogadores de handball, basquete, vôlei e praticantes de academia, natação / hidroginástica, artes marciais de todos e de outros esportes. Os jogadores de futebol (1,3%) mantiveram um baixo consumo. Por fim, os que usaram cocaína foram mais comuns entre os praticantes de academia (1,1%), seguidos por aqueles que não praticam esportes (1,5%). Não houve consumo entre todos os outros esportes avaliados.

Observou-se que alguns esportes se destacaram. Os praticantes de academia voltaram a ser os maiores consumidores pesados em três (álcool, anfetamina e cocaína), não apresentando consumo apenas de tranqüilizantes. Os praticantes de dança / balé

também apresentaram um alto consumo de drogas. Foram os maiores consumidores de duas (maconha e tranqüilizante) das sete drogas estudadas. Não apresentaram, no entanto, nenhum consumo em quatro (tabaco, solvente, anfetamina e cocaína) das sete drogas. Os jogadores de basquete também se destacaram como principais consumidores de duas drogas: tabaco e solvente, porém, não apresentaram nenhum consumo de quatro drogas: maconha, anfetamina, tranqüilizante e cocaína. Os desportistas que apresentaram menor consumo de drogas foram os jogadores de handball e praticantes de natação / hidroginástica. Além de não apresentarem consumo em cinco drogas: tabaco, maconha, anfetamina, tranqüilizante e cocaína, não ficaram entre os que mais fizeram “uso pesado” de álcool e tabaco.

Reverendo os dados, verifica-se que houve coerência no maior e no menor consumo de álcool segundo as várias freqüências. O menor consumo ficou sempre entre os jogadores de futebol. No “uso no mês” apareceram em segundo lugar, retomando a primeira posição de menores consumidores, mantendo-a a partir do uso freqüente. A partir do “uso no ano”, os praticantes de academia apareceram em segunda posição entre os maiores consumidores de álcool. Porém, a partir do “uso no mês”, mantiveram a primeira posição até o “uso pesado”. Quanto ao uso de tabaco, em “uso na vida”, “uso no ano” e “uso no mês” os praticantes de academia estavam entre os maiores consumidores. No “uso freqüente” e “uso pesado”, os jogadores de basquete assumiram a primeira posição. No uso de maconha também houve coerência. Os maiores consumidores foram os praticantes de dança / balé, artes marciais e academia, revezando-se pela primeira posição nas várias freqüências de consumo. Os jogadores de handball, vôlei e praticantes de natação / hidroginástica sempre estiveram entre os menores consumidores de maconha. O uso de solvente foi alto entre os jogadores de basquete em todas as freqüências de consumo, assim como os praticantes de outros esportes, mantiveram o menor consumo de “uso na vida” até “uso pesado”. Quanto ao uso de anfetamina, os praticantes de academia estiveram sempre entre os maiores consumidores e os praticantes de artes marciais e jogadores de futebol estiveram entre os que menos consomem. O consumo de tranqüilizantes também foi estável. Os praticantes de dança / balé foram os que mais consumiram em todas as freqüências de consumo. Os jogadores de handball e futebol sempre estiveram entre os que menos consumiram tranqüilizantes. No uso de cocaína a liderança esteve entre os freqüentadores de academia

e praticantes de dança / balé. Os jogadores de handball estiveram sempre entre os que menos consumiram.

Os jogadores de handball apareceram como os menores consumidores de maconha, tranqüilizantes e cocaína em todas as frequências de consumo. Os jogadores de futebol também estiveram entre os que menos consumiram três drogas: álcool, tranqüilizante e anfetamina. Por outro lado, os que apresentaram maior consumo foram os freqüentadores de academia (maiores consumidores de álcool e anfetamina) e, em segundo lugar os praticantes de dança / balé (tranqüilizantes). Os praticantes destas duas últimas modalidades de esporte (academia e dança / balé) ainda disputaram a liderança de maior consumo em outras duas drogas: maconha e cocaína.

Nota-se que, no presente estudo, a prática de esportes não está relacionada ao evitamento do consumo de droga em nenhuma das frequências de uso. Caso existisse uma tendência ao sedentarismo estar associado ao consumo de drogas, os adolescentes que responderam não praticar esportes estariam em evidencia como maiores consumidores, o que não se verificou. Vários autores, relacionando atividade física e consumo de drogas, não identificaram relação entre a prática de esportes e um maior ou menor consumo (Pires, 2002; Moore & Werch, 2005; Valenzuela, Juan, Montes, Gallegos e Rodrigues, 2007; Dunn, 2010). Pires (2002), avaliando o consumo de álcool e tabaco em estudantes adolescentes de escolas pública e particular de Teresina – Piauí relata que a pratica de esportes não influenciou no consumo ou não consumo de tabaco. Por outro lado, a prática de esportes influencia no consumo de álcool. Para a autora, “os estudantes que praticam atividade esportiva têm 2,147 vezes mais chance de beber do que os estudantes que não praticam atividade esportiva” (pp. 109). Alguns autores (Moore & Werch, 2005; Bigelow, 2008) também verificaram que a prática de alguns esportes podem ser fator de risco para o consumo de algumas substâncias, assim como encontra-se neste estudo entre freqüentadores de academia e praticantes de dança / balé. Nos primeiros observa-se risco elevado de consumo de álcool, maconha, cocaína e anfetamina em todas as frequências de uso. Nos praticantes de dança / balé há um consumo aumentado de tranqüilizantes, maconha e cocaína. Rossi, Abate, Bragano e Botré (2009), avaliando jovens que têm habito de praticar esportes apontam que há uma tendência, tanto na Itália como na Espanha, de aumento do consumo de maconha e cocaína nesta população.

Considerando os resultados obtidos no presente estudo e os resultados oferecidos pelas pesquisas nacionais e internacionais apresentadas, verifica-se que a prática de atividades físicas pode agir de maneira positiva ou negativa no comportamento de risco do adolescente.

3.5.8. Uso de drogas e Religião

Abaixo serão apresentados os resultados obtidos relacionando o uso de drogas e religião. Estudos envolvendo uso drogas e religiosidade não são raros em estudos brasileiros e internacionais. Este interesse origina-se no fato de que tanto o consumo de drogas quanto a prática religiosa são aspectos muito significativos da vivência pessoal e social de qualquer adolescente. A prática religiosa e o uso de drogas interferem intensamente na saúde física e mental deste adolescente e, além disso, tem grande impacto sobre seus comportamentos de risco e seu desenvolvimento psicossocial. (Amoateng & Bahr, 1986; Carvalho & Cotrim, 1992; Dalgarrondo, Soldera, Correa Filho e Silva, 2004; Sanches, Oliveira e Nappo, 2004; Jill, Ram e Richard, 2007; Michalak, Trocki e Bond, 2007)

Dalgarrondo et al. (2004), realizaram uma vasta revisão na literatura internacional, principalmente dos Estados Unidos, relacionando uso de drogas, religiosidade e jovens. Nesta pesquisa verificaram que, em vários estudos com adolescentes e jovens de contextos socioculturais diferentes, não ter religião (ou pertencer a denominações mais liberais), ter pouca crença religiosa ou não frequentar cultos ou sessões religiosas, está associado a maior consumo de drogas. Optou-se por realizar este estudo e estas relações para observar se, em São Paulo, isso se verifica e quais religiões tendem a agir como fatores de proteção ao consumo de drogas.

Serão apresentadas, a seguir, tabelas relacionando o uso de droga por religião. Este consumo será discutido a partir de cada frequência de uso: “uso na vida”, “uso no mês”, “uso no ano”, “uso frequente” e “uso pesado”. Nas cinco tabelas, a linha “não” refere-se àqueles que declararam não ter religião. A linha “outras” refere-se aos que relataram praticar religiões que foram pouco frequentes, como Rosa Cruz, Seicho no Ie, Hare Krishna, Messiânica, etc.

Algumas religiões (judaica, muçulmana, wicca e xamanismo, budista), os que se denominam Espiritualistas, mas, sem religião e aqueles que relataram apenas acreditarem em Deus, apesar de estarem apresentadas nas tabelas, não serão discutidas pela pouca frequência de representantes. Não houve adolescente muçulmano; judeus e espiritualistas foram um de cada; wicca e xamanismo apenas cinco; os que acreditam em Deus, nove e; budistas, apenas 11. As religiões mais frequentes entre os estudantes foram: católica (1009); sem religião (672); evangélicos / protestantes (406) e; espíritas (100). Foi acrescentado o item “outras religiões” para contemplar aquelas religiões pouco frequentes, mas citadas pelos estudantes.

Observou-se que há diferença no número de estudantes de cada religião entre as frequências de uso. Isso se deve ao fato de alguns estudantes não responderem a todas as questões. Identificou-se que, comumente, o número de respondentes diminui quando a questão envolve consumo frequente ou pesado das drogas. Desta forma, chegou-se a um limitador desta análise. As respostas apresentadas a seguir, referem-se, exclusivamente, à realidade dos que relataram cada frequência de uso e, não, necessariamente, de todos os adolescentes.

Na apresentação dos resultados foi usada a média de consumo de todas as drogas, em cada religião. Essa análise foi feita considerando-se estudos com essa característica, fornecendo parâmetros para discussão com os respectivos autores. Esta média, no entanto, embora seja apresentada em cada frequência de consumo, não reflete a realidade de consumo de droga dos representantes de cada religião. Esta afirmação baseia-se no fato de que o consumo de álcool, na mesma frequência (consumo na vida, por exemplo), tende a ser aproximadamente 10 vezes maior que o consumo de solvente e 20 vezes maior que o de cocaína. Dessa forma, a média de consumo de drogas de cada religião tende a ser regida pelo consumo de álcool e tabaco.

Na Tabela 105 serão apresentados os resultados referentes ao “uso na vida” de cada uma das sete drogas abordadas por este estudo (álcool, tabaco, maconha, solvente, anfetamina, tranquilizante e cocaína), e relacionando-as com as religiões mais frequentes entre os estudantes da amostra.

Quanto ao “uso na vida” de álcool encontra-se o seguinte: 100% dos espíritas experimentaram; 88,2% daqueles que relataram não ter religião; 86,7% dos católicos;

77,6% dos evangélicos / protestantes e; 70,9% dos pertencentes à outras religiões. Os que mais experimentaram foram os espíritas. Os que menos experimentaram foram os de outras religiões, seguidos pelos protestantes / evangélicos.

O uso de tabaco foi: 56,0% dos espíritas já haviam experimentado; 41,7% dos que dizem não ter religião; 37,1% dos católicos; 30,4% dos pertencentes a outras religiões e; 29,7% dos evangélicos / protestantes. Os que mais experimentaram foram os espíritas, seguidos pelos que não têm religião. Os que menos experimentaram foram os protestantes / evangélicos e pertencentes a outras religiões, respectivamente.

A maconha foi experimentada da seguinte forma: 17,0% dos espíritas; 15,7% dos que não tem religião; 11,4% dos integrantes de outras religiões; 7,3% dos católicos e; 2,9% dos evangélicos / protestantes. Os que mais experimentaram foram os espíritas, seguidos pelos que não têm religião. Os que menos experimentaram foram os protestantes / evangélicos, seguidos pelos integrantes de outras religiões.

O consumo de solvente apresentou-se desta maneira: 27,0% dos espíritas experimentaram; 17,4% dos que não têm religião; 15,2% dos integrantes de outras religiões; 12,4% dos católicos e; 9,9% dos evangélicos / protestantes. Os que mais experimentaram foram os espíritas, seguidos pelos que não tem religião. Os que menos experimentaram foram os protestantes / evangélicos, seguidos pelos católicos.

A anfetamina foi usada por: 7,6% dos que relatam ter outras religiões; 5,0% dos espíritas; 4,8% dos que não tem religião; 4,7% dos católicos e; 3,7% dos evangélicos / protestantes. Os que mais experimentaram foram os de outras religiões seguidos pelos espíritas. Os que menos experimentaram foram os protestantes / evangélicos e católicos, respectivamente.

O uso de tranqüilizantes foi: 8,9% dos integrantes de outras religiões já haviam experimentado; 5,1% dos que relataram não ter religião; 4,2% dos evangélicos / protestantes; 4,0% dos espíritas e; 3,7% dos católicos. Os que mais experimentaram foram os integrantes de outras religiões seguidos pelos que não têm religião. Os que menos experimentaram foram os católicos, seguidos pelos espíritas.

A cocaína foi consumida da seguinte forma: 4,8% dos católicos; 4,0% dos espíritas; 3,8% dos pertencentes à outras religiões; 2,7% dos que não tem religião e; 1,3% dos evangélicos / protestantes. Os que mais experimentaram foram os católicos seguidos pelos

espíritas. Os que menos experimentaram foram os protestantes / evangélicos, seguidos pelos integrantes de outras religiões.

Considerando a média de experimentação de todas as drogas por religião, temo-se que: os espíritas foram os que mais consumiram drogas (29,14%), seguidos pelos que não têm religião (24,95%); em seguida têm-se os católicos (22,3%), os de outras religiões (21,11%) e os evangélicos (18,42%). Observa-se, neste caso, que 91% dos espíritas experimentaram álcool alguma vez na vida e 70% dos pertencentes a outras religiões; sendo que, aproximadamente 9% destes, usaram tranqüilizantes e, apenas, 4% daqueles experimentaram a mesma droga. Vê-se, então que, embora, na média geral, os espíritas tenham apresentado uma média mais alta de consumo de drogas, este consumo não se refere a todas as drogas, mas, principalmente, a álcool, tabaco e solvente.

Na Tabela 106, o “uso no ano”, com relação ao álcool, verifica-se o seguinte: 85,9% dos espíritas consumiram, no último mês; o mesmo aconteceu com 83% daqueles que relatam não ter religião; entre os católicos e os representantes de outras religiões, 78,8% também fizeram uso de álcool, da mesma forma que 57,4% evangélicos / protestantes; os que relataram maior freqüência de “uso no ano” foram os espíritas, seguidos pelos sem religião. Os que menos fizeram “uso no ano” foram os protestantes e evangélicos.

O tabaco foi consumido por: 38% dos espíritas; 29,8% dos que não têm religião; 23% dos católicos e dos representantes de outras religiões e, 14,8% dos evangélicos / protestantes. Os que mais consumiram pesadamente foram os espíritas, seguidos pelos sem religião; os que menos consumiram foram os protestantes e evangélicos.

A maconha foi utilizada no último ano por: 13% dos que relatam não ter religião; 9,4% dos espíritas; 6,3% dos integrantes de outras religiões; 4,8% dos católicos e; 2% dos evangélicos / protestantes. Os que mais mantiveram “uso no ano” foram os sem religião; os que menos mantiveram esse uso foram os protestantes e evangélicos.

O uso do solvente foi feito por: 17,2% dos espíritas; 12,8% dos sem religião; 9,0% dos pertencentes a outras religiões; 8,2% dos católicos e; 6,4% evangélicos / protestantes. Os que mais consumiram foram os espíritas, seguidos pelos que não têm religião; os que menos consumiram foram os evangélicos / protestantes.

A anfetamina esteve foi consumida por: 6,4% dos representantes de outras religiões; 4% dos que não tem religião; 3,5% dos católicos; 3,0% dos espíritas e; 2,7% dos

evangélicos / protestantes. Os que mais fizeram “uso no ano” foram os integrantes de outras religiões, seguidos pelos que não têm religião; os que menos usaram foram os evangélicos / protestantes.

O “uso no ano” de tranqüilizantes foi feito por: 5,1% dos integrantes de outras religiões; 4,3% dos que não tem religião; 3,0% dos espíritas; 2,6% dos católicos e; 2,2% dos evangélicos / protestantes. Os que consumiram mais intensamente foram os pertencentes a outras religiões, seguidos pelos que relatam não ter religião; os que menos consumiram foram os evangélicos / protestantes.

A cocaína foi consumida da seguinte forma: 2,7% dos que não têm religião; 2,1% dos espíritas; 1,3% dos evangélicos / protestantes e, 0,9% dos católicos e dos representantes de outras religiões. Os que mais apresentaram “uso no ano” foram os sem religião; os menores consumos foram dos estudantes católicos e de outras religiões.

De maneira geral, os sem religião foram os que mais fizeram “uso no ano” de maconha, anfetamina, tranqüilizante e cocaína, ficando em segundo lugar no uso de álcool, tabaco e solvente. Os espíritas foram os que mais consumiram álcool, tabaco e solvente. Os evangélicos / protestantes foram os que menos fizeram “uso no ano” de álcool, tabaco, maconha, solvente, anfetamina e tranqüilizantes, ou seja, apresentaram o menor consumo no ano em 6 das 7 drogas avaliadas, exceto cocaína. Os que menos usaram cocaína foram os católicos e os de outras religiões.

Considerando a média de “uso no ano” de todas as drogas por religião tem-se que: os espíritas foram os que mais consumiram drogas (22,65%), seguidos pelos que não tem religião (21,37%). Em seguida tem-se empatados os católicos e os de outras religiões (17,4%). Os evangélicos / protestantes foram os que menos consumiram drogas (12,4%) Esta média é apresentada apenas como ilustração, pois o consumo de álcool é muito alto quando comparado às outras drogas. De maneira geral, tanto os espíritas quanto os sem religião apresentaram alto consumo de drogas no ano. Os espíritas foram os maiores consumidores das drogas lícitas e de solvente, enquanto isso, os sem religião demonstraram maior preferência por todas as outras.

Tabela 105 – Distribuição percentual do “uso na vida” de drogas por religião

Religião	Uso na Vida																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	79	593	672	393	281	674	568	106	674	555	117	672	641	32	673	637	34	671	647	18	665
	11,8%	88,2%	100,0%	58,3%	41,7%	100,0%	84,3%	15,7%	100,0%	82,6%	17,4%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%
Católica	134	875	1009	636	375	1011	936	74	1010	881	125	1006	959	47	1006	968	37	1005	991	18	1009
	13,3%	86,7%	100,0%	62,9%	37,1%	100,0%	92,7%	7,3%	100,0%	87,6%	12,4%	100,0%	95,3%	4,7%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%
Evangélica, Protestante	91	315	406	286	121	407	396	12	408	365	40	405	391	15	406	389	17	406	390	5	395
	22,4%	77,6%	100,0%	70,3%	29,7%	100,0%	97,1%	2,9%	100,0%	90,1%	9,9%	100,0%	96,3%	3,7%	100,0%	95,8%	4,2%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
Espírita	9	91	100	44	56	100	83	17	100	73	27	100	95	5	100	96	4	100	96	4	100
	9,0%	91,0%	100,0%	44,0%	56,0%	100,0%	83,0%	17,0%	100,0%	73,0%	27,0%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%
Judaica	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Muçulmana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Buldistas	0	11	11	11	0	11	11	0	11	10	1	11	11	0	11	10	1	11	11	0	11
	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Espiritualista sem religião	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Acredito em Deus	1	8	9	6	3	9	8	1	9	7	2	9	9	0	9	8	1	9	7	2	9
	11,1%	88,9%	100,0%	66,7%	33,3%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%
wicca, xamanismo	1	4	5	2	3	5	5	0	5	4	1	5	5	0	5	4	1	5	5	0	5
	20,0%	80,0%	100,0%	40,0%	60,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outras	23	56	79	55	24	79	70	9	79	67	12	79	73	6	79	72	7	79	75	3	78
	29,1%	70,9%	100,0%	69,6%	30,4%	100,0%	88,6%	11,4%	100,0%	84,8%	15,2%	100,0%	92,4%	7,6%	100,0%	91,1%	8,9%	100,0%	96,2%	3,8%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 106 – Distribuição percentual do “uso no ano” de drogas por religião

Religião	Uso no Ano																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	112	547	659	471	200	671	582	87	669	584	86	670	645	27	672	640	29	669	647	18	665
	17,0%	83,0%	100,0%	70,2%	29,8%	100,0%	87,0%	13,0%	100,0%	87,2%	12,8%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%
Católica	210	781	991	772	231	1003	950	48	998	920	82	1002	968	35	1003	973	26	999	973	9	982
	21,2%	78,8%	100,0%	77,0%	23,0%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	91,8%	8,2%	100,0%	96,5%	3,5%	100,0%	97,4%	2,6%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%
Evangélica, Protestante	169	228	397	346	60	406	393	8	401	379	26	405	394	11	405	394	9	403	390	5	395
	42,6%	57,4%	100,0%	85,2%	14,8%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	93,6%	6,4%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
Espírita	14	85	99	62	38	100	87	9	96	82	17	99	96	3	99	96	3	99	94	2	96
	14,1%	85,9%	100,0%	62,0%	38,0%	100,0%	90,6%	9,4%	100,0%	82,8%	17,2%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,0%	3,0%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%
Judaica	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%
Muçulmana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Buldistas	2	9	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	10	1	11	10	0	10
	18,2%	81,8%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	90,9%	9,1%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%
Espiritualista sem religião	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Acredito em Deus	2	7	9	7	2	9	8	1	9	7	2	9	8	1	9	8	1	9	7	2	9
	22,2%	77,8%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%
wicca, xamanismo	112	547	659	471	200	671	582	87	669	584	86	670	645	27	672	640	29	669	647	18	665
	17,0%	83,0%	100,0%	70,2%	29,8%	100,0%	87,0%	13,0%	100,0%	87,2%	12,8%	100,0%	96,0%	4,0%	100,0%	95,7%	4,3%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%
Outras	23	56	79	772	231	1003	74	5	79	71	7	78	73	5	78	74	4	78	973	9	982
	29,1%	70,9%	100,0%	77,0%	23,0%	100,0%	93,7%	6,3%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	93,6%	6,4%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 107 – Distribuição percentual do “uso no mês” de drogas por religião

Religião	Uso no mês																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	236	431	667	515	150	665	614	52	666	618	46	664	630	22	652	646	21	667	655	13	668
	35,4%	64,6%	100,0%	77,4%	22,6%	100,0%	92,2%	7,8%	100,0%	93,1%	6,9%	100,0%	96,6%	3,4%	100,0%	96,9%	3,1%	100,0%	98,1%	1,9%	100,0%
Católica	411	592	1003	834	165	999	971	33	1004	942	48	990	942	23	965	982	16	998	996	10	1006
	41,0%	59,0%	100,0%	83,5%	16,5%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	98,4%	1,6%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
Evangélica, Protestante	262	143	405	364	40	404	399	7	406	385	18	403	383	8	391	396	5	401	398	5	403
	64,7%	35,3%	100,0%	90,1%	9,9%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
Espírita	24	76	100	71	28	99	95	5	100	88	12	100	98	2	100	95	2	97	99	1	100
	24,0%	76,0%	100,0%	71,7%	28,3%	100,0%	95,0%	5,0%	100,0%	88,0%	12,0%	100,0%	98,0%	2,0%	100,0%	97,9%	2,1%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
Judaica	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Muçulmana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Buldistas	5	6	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
	45,5%	54,5%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Espiritualista sem religião	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Acredito em Deus	4	5	9	7	2	9	9	0	9	8	1	9	9	0	9	9	0	9	8	1	9
	44,4%	55,6%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%
wicca, xamanismo	1	4	5	3	2	5	4	0	4	4	0	4	5	0	5	5	0	5	5	0	5
	20,0%	80,0%	100,0%	60,0%	40,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outras	43	35	78	64	13	77	74	5	79	71	7	78	73	5	78	74	4	78	78	0	78
	55,1%	44,9%	100,0%	83,1%	16,9%	100,0%	93,7%	6,3%	100,0%	91,0%	9,0%	100,0%	93,6%	6,4%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Na Tabela 107, referindo-se ao “uso no mês”, o álcool foi consumido da seguinte forma: por 76% dos espíritas; 64,6% dos que não têm religião; 59% dos católicos; 44,9% dos que tem outras religiões e; 35,3% dos evangélicos / protestantes. Os que relataram maior frequência de “uso no mês” foram os espíritas, seguidos pelos sem religião; os que menos fizeram “uso no mês” foram os protestantes e evangélicos.

O uso de tabaco “no mês” foi feito por: 28,3% dos espíritas; 22,6% dos que relataram não ter religião; 16,9% dos integrantes de outras religiões; 16,5% dos católicos e, 9,9% dos evangélicos / protestantes. Os que mais consumiram no mês foram os espíritas, seguidos pelos sem religião; os que menos consumiram foram os protestantes e evangélicos. A maconha foi utilizada da seguinte forma: por 7,8% dos que não têm religião; 6,3% daqueles pertencentes a outras religiões; 5,0% dos espíritas; 3,3% dos católicos e, 1,7% dos evangélicos / protestantes. Os que mais mantiveram “uso no mês” foram os sem religião, seguidos pelos de outras religiões; os que menos mantiveram esse uso foram os protestantes e evangélicos.

O solvente foi consumido por: 12,0% dos espíritas; 9,0% dos que praticam outras religiões; 6,9% dos que não têm religião; 4,8% dos católicos e, 4,5% dos evangélicos / protestantes. Os que mais consumiram foram os espíritas, seguidos pelos de outras religiões; os que menos consumiram foram os evangélicos, protestantes e católicos. A anfetamina foi consumida, no último mês, por 6,4% daqueles que têm outras religiões, 3,4% daqueles que declaram não ter religião, 2,4% dos católicos e, 2,0% dos evangélicos, protestantes e espíritas. Os que mais fizeram “uso no mês” foram os de outras religiões, seguidos pelos que não têm religião; os que menos usaram foram os evangélicos / protestantes e espíritas.

O consumo de tranqüilizantes apresentou-se desta maneira: foram utilizados por 5,1% dos estudantes de outras religiões; 3,1% dos que não têm religião; 2,1% dos espíritas; 1,6% dos católicos e; 1,2% dos evangélicos / protestantes. Os que consumiram mais intensamente foram os de outras religiões, seguidos pelos que não tem religião; os que menos consumiram foram os evangélicos.

A cocaína foi usada, no último mês, por 1,9% dos que não têm religião, 1,2% dos evangélicos / protestantes, 1,0% de católicos e espíritas e, não é consumido pelos integrantes de outras religiões. Os que mais apresentaram “uso no mês” foram os sem

religião, seguidos pelos evangélicos / protestantes; o menor consumo foi dos estudantes pertencentes às outras religiões.

De maneira geral, os espíritas mantiveram o maior consumo de álcool, tabaco e solvente. Os sem religião foram os que mais consumiram maconha e cocaína, ficando em segundo lugar no consumo de álcool, tabaco, anfetamina e tranquilizantes. Os pertencentes a outras religiões apresentaram maior “uso no mês” de anfetaminas e tranquilizantes, mantendo o segundo lugar no uso de solvente. Os protestantes e evangélicos foram os que menos usaram todas as drogas, exceto cocaína, ficando em segundo lugar.

Considerando a média de “uso no mês” de todas as drogas por religião, tem-se que: os espíritas foram os que mais consumiram drogas (18,05%), seguidos pelos que não tem religião (15,75%). Em seguida tem-se, empatados, os católicos e os de outras religiões (12,65%). Por fim estão os protestantes e evangélicos (7,97%). Aqui, como ocorreu nas outras freqüências de consumo, o uso de álcool é muito alto quando comparado às outras drogas. De maneira geral, tanto os espíritas quanto os sem religião apresentaram alto consumo, no mês, de drogas. Os espíritas foram os maiores consumidores das drogas lícitas e os sem religião de drogas ilícitas.

Na Tabela 108, o “uso freqüente” de cada droga por cada religião. Observa-se que o uso de álcool se apresentou da seguinte maneira: 61,9% dos espíritas fizeram “uso freqüente”; 47,6% dos que relatam não ter religião; 43,5% dos católicos; 29,5% dos integrantes de outras religiões e, 25,1% dos evangélicos / protestantes. Os que mais relataram ter feito um “uso freqüente” foram os espíritas, seguidos pelos sem religião; os que menos fizeram “uso no mês” foram os protestantes e evangélicos, seguidos pelos pertencentes a outras religiões.

O uso de tabaco apresentou-se da seguinte forma: 20,2% dos espíritas fizeram uso freqüente no último mês; 14,6% dos que não tem religião; 9,5% dos católicos; 5,1% dos freqüentadores de outras religiões e, 4,9% dos evangélicos / protestantes. Os que mais consumiram, no mês, foram os espíritas, seguidos pelos sem religião; os que menos consumiram foram os protestantes e evangélicos, seguidos pelos de outras religiões.

A maconha foi utilizada por: 3,6% dos que não tem religião; 3,3% dos espíritas; 2,8% dos praticantes de outras religiões; 1,5% dos católicos e; 1,0% dos evangélicos / protestantes. Os que mais mantiveram “uso freqüente” foram os sem religião, seguidos

pelos espíritas; os que menos mantiveram esse uso foram os protestantes / evangélicos, seguidos pelos católicos.

O solvente foi mais consumido por: 9,3% dos espíritas; 5,3% dos integrantes de outras religiões; 4,5% dos sem religião; 3,6% dos católicos e; 2,8% dos evangélicos / protestantes. Os que mais consumiram foram os espíritas, seguidos pelos de outras religiões; os que menos consumiram foram os evangélicos / protestantes e católicos.

O “uso freqüente” de anfetamina foi feito por: 5,2% dos praticantes de outras religiões; 1,7% dos que não tem religião; 1,3% dos católicos, evangélicos / protestantes e; 1,0% dos espíritas. Os que mais fizeram “uso freqüente” foram os de outras religiões, seguidos pelos que não tem religião; os que menos usaram foram os espíritas, seguidos pelos evangélicos / protestantes e católicos.

Os tranqüilizantes foram consumidos por: 3,9% dos freqüentadores de outras religiões; 1,5% dos que não tem religião; 1,0% dos católicos e espíritas e; 0,8% dos evangélicos / protestantes. Os que consumiram mais intensamente foram os de outras religiões, seguidos pelos que não têm religião; os que menos consumiram foram os evangélicos / protestantes, seguidos pelos católicos e espíritas.

A cocaína foi usada por: 1,4% dos que não tem religião; 1,2% dos evangélicos / protestantes; 1,0% espíritas e; 0,8% dos católicos. Os que mais apresentaram “uso freqüente” foram os sem religião, seguidos pelos evangélicos / protestantes; o menor consumo foi dos estudantes pertencentes às outras religiões.

De maneira geral, os espíritas mantiveram o maior consumo de álcool, tabaco e solvente, ficando em segundo lugar no consumo de maconha. Os sem religião foram os que mais consumiram maconha e cocaína, ficando e segundo lugar no consumo de álcool, tabaco, anfetamina e tranqüilizantes. Os pertencentes a outras religiões apresentaram maior “uso no mês” de anfetaminas e tranqüilizantes, mantendo o segundo lugar no uso de solvente. Os protestantes / evangélicos foram os que menos usaram todas as drogas, exceto cocaína e anfetamina.

Considerando a média de “uso freqüente” de todas as drogas por religião, verifica-se que: os espíritas foram os que mais consumiram drogas (13,8%), seguidos pelos que não têm religião (10,7%). Em seguida, têm-se os católicos (8,68%) e os de outras religiões (7,4%). Por fim estão os protestantes / evangélicos (5,3%), com o menor uso freqüente.

Tabela 108 – Distribuição percentual do “uso frequente” de drogas por religião

Uso Frequente																					
Religião	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	236	214	450	568	97	665	590	22	612	618	29	647	630	11	641	646	10	656	655	9	664
	52,4%	47,6%	100,0%	85,4%	14,6%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	95,5%	4,5%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%
Católica	411	317	728	899	94	993	960	15	975	942	35	977	942	12	954	982	10	992	996	8	1004
	56,5%	43,5%	100,0%	90,5%	9,5%	100,0%	98,5%	1,5%	100,0%	96,4%	3,6%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%
Evangélica, Protestante	262	88	350	385	20	405	388	4	392	385	11	396	383	5	388	396	3	399	398	5	403
	74,9%	25,1%	100,0%	95,1%	4,9%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
Espírita	24	39	63	79	20	99	89	3	92	88	9	97	98	1	99	95	1	96	99	1	100
	38,1%	61,9%	100,0%	79,8%	20,2%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	90,7%	9,3%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%
Judaica	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Muçulmana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Buldistas	5	4	9	11	0	11	10	0	10	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
	55,6%	44,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Espiritualista sem religião	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Acredito em Deus	4	1	5	7	2	9	9	0	9	8	1	9	9	0	9	9	0	9	8	1	9
	80,0%	20,0%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%
wicca, xamanismo	1	4	5	3	2	5	4	0	4	4	0	4	5	0	5	5	0	5	5	0	5
	20,0%	80,0%	100,0%	60,0%	40,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outras	43	18	61	75	4	79	70	2	72	71	4	75	73	4	77	74	3	77	78	0	78
	70,5%	29,5%	100,0%	94,9%	5,1%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	94,7%	5,3%	100,0%	94,8%	5,2%	100,0%	96,1%	3,9%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

Tabela 109 – Distribuição percentual do “uso pesado” de drogas por religião

Religião	Uso Pesado																				
	Álcool			Tabaco			Maconha			Solvente			Anfetamina			Tranquilizante			Cocaína		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Não	236	211	447	568	14	582	615	14	629	618	17	635	630	11	641	646	5	651	655	4	659
	52,8%	47,2%	100,0%	97,6%	2,4%	100,0%	97,8%	2,2%	100,0%	97,3%	2,7%	100,0%	98,3%	1,7%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
Católica	411	271	682	899	8	907	951	11	962	942	13	955	942	11	953	982	3	985	996	2	998
	60,3%	39,7%	100,0%	99,1%	0,9%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%
Evangélica, Protestante	262	55	317	385	2	387	390	2	392	385	7	392	383	3	386	396	1	397	398	0	398
	82,6%	17,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	98,2%	1,8%	100,0%	99,2%	0,8%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Espírita	24	37	61	79	4	83	89	1	90	88	3	91	98	1	99	95	0	95	99	0	99
	39,3%	60,7%	100,0%	95,2%	4,8%	100,0%	98,9%	1,1%	100,0%	96,7%	3,3%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Judaica	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Muçulmana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Buldistas	5	2	7	11	0	11	10	0	10	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
	71,4%	28,6%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Espiritualista sem religião	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Acredito em Deus	4	4	8	7	0	7	9	0	9	8	0	8	9	0	9	9	0	9	8	0	8
	50,0%	50,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
wicca, xamanismo	1	0	1	3	0	3	5	0	5	4	0	4	5	0	5	5	0	5	5	0	5
	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outras	43	17	60	75	0	75	70	2	72	71	3	74	73	1	74	74	0	74	78	0	78
	71,7%	28,3%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	97,2%	2,8%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	98,6%	1,4%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Legenda: Médias mais altas Médias mais baixas

A Tabela 109 refere-se ao “uso pesado” das sete drogas (álcool, tabaco, maconha, solvente, anfetamina, tranqüilizante e cocaína), abordadas por este estudo, segundo cada uma das religiões mais freqüentes na amostra. O “uso pesado” de álcool foi feito por: 60,7% dos espíritas; 47,2% dos que relataram não ter religião; 39,7% dos católicos; 28,3% dos praticantes de outras religiões e; 17,4% dos evangélicos / protestantes. Os que relataram maior freqüência de “uso pesado” foram os espíritas, seguidos pelos sem religião; os que menos fizeram “uso pesado” foram os protestantes / evangélicos.

O uso de tabaco foi feito por: 4,8% dos espíritas; 2,4% dos que se denominam sem religião; 0,9% dos católicos; 0,5% dos evangélicos / protestantes. Não houve consumo de tabaco pelos integrantes de outras religiões. Os que mais consumiram, pesadamente, foram os espíritas, seguidos pelos sem religião; os que menos consumiram foram os de outras religiões, seguidos pelos protestantes / evangélicos.

A maconha foi consumida por: 2,8% dos praticantes de outras religiões; 2,2 % dos que relatam não ter religião; 1,1% de católicos e espíritas e; 0,5% de evangélicos / protestantes. Os que mais mantiveram “uso pesado” foram os de outras religiões seguidos pelos sem religião. Os que menos mantiveram esse uso foram os protestantes e evangélicos. O uso de solvente foi feito por: 4,1% dos integrantes de outras religiões; 3,3% dos espíritas; 2,7% dos que não tem religião; 1,8% dos evangélicos / protestantes e; 1,4% dos católicos. Os que mais consumiram foram os de outras religiões, seguidos pelos espíritas; os que menos consumiram foram os católicos.

A anfetamina foi utilizada por: 1,7% dos que se intitulam sem religião; 1,4% dos freqüentadores de outras; 1,2% dos católicos; 1,0% dos espíritas e; 0,8% dos evangélicos / protestantes. Os que mais fizeram “uso pesado” foram os sem religião; os que menos usaram foram os evangélicos / protestantes.

O consumo de tranqüilizantes foi feito por: 0,8% dos que não tem religião; 0,3% dos católicos, evangélicos / protestantes. Não houve “uso pesado” de tranqüilizantes por espíritas e praticantes de outras religiões. Os que consumiram mais intensamente foram os sem religião; os que menos consumiram foram os de outras religiões.

Por fim, o uso pesado de cocaína foi praticado por 0,6% daqueles que não têm religião e 0,2% dos católicos. Não houve “uso pesado” de cocaína entre os espíritas, representantes de outras religiões, assim como, evangélicos / protestantes. Os que mais apresentaram “uso

pesado” foram os sem religião, seguidos pelos católicos; as outras religiões não apresentaram consumo pesado.

De maneira geral, os sem religião foram os que mais fizeram “uso pesado” de anfetamina, tranqüilizante e cocaína, ficando em segundo lugar no uso de álcool, tabaco, maconha. Os espíritas foram os que mais consumiram álcool e tabaco. Os estudantes que relataram ser de outras religiões foram o que demonstraram maior uso pesado de maconha e solvente. Os evangélicos / protestantes foram os que menos fizeram “uso pesado” álcool, maconha, anfetamina e cocaína. Os que menos usaram tranqüilizantes foram os de outras religiões. Os católicos foram os que menos fizeram uso pesado de solvente e tranqüilizante.

Considerando a média de “uso pesado” de todas as drogas por religião verifica-se que: os espíritas foram os que mais consumiram drogas (10,2%), seguidos pelos que não têm religião (8,2%). Em seguida, têm-se os católicos (6,45%), os evangélicos (6,08%) e os de outras religiões (5,2%). De maneira geral, em todas as frequências de uso, os espíritas e os que não têm religião lideram o consumo. Em terceiro lugar ficam os católicos, sendo que nos usos “no ano” e “no mês”, os católicos empatam com os estudantes de outras religiões. Por fim, os que menos usaram drogas foram os protestantes e evangélicos, exceto na frequência “uso pesado”, em que os adolescentes de outras religiões consumiram menos. Nota-se que há certa coerência quanto às varias frequências de uso. Nas religiões em que há maior experimentação, há também tendência a maior uso frequente e pesado. Essa afirmação não se verifica apenas naqueles que se denominam de outras religiões. No entanto, por se tratar de uma ampla gama de religiões, com valores, hábitos e práticas diferentes, não é possível inserir estes adolescentes em um grupo com certas características comuns como no caso dos católicos, espíritas e protestantes. Nestas religiões é possível levantarem-se algumas hipóteses a respeito do que se identificou neste estudo.

Os resultados apresentados acima reforçam a evidência verificada pela literatura nacional e internacional, de que jovens de religiões diferentes, com hábitos, valores, normas, práticas diferentes, tendem, também, a se comportar de maneira diferente no consumo de drogas. Vários estudos nacionais (Sanches, Oliveira e Nappo, 2004; Dalgallarrondo et al., 2004) e internacionais (Catalano, Morrison, Wells e Gilmor, 1992; Dusembury, Kerner, Barker e Botvin, 1992; Jill, Ram e Richard, 2007) mostram que os protestantes mais fundamentalistas tendem a retardar o início do consumo de álcool ou até

evitar este consumo durante toda a vida. Por outro lado, os católicos mais liberais tendem a ter um consumo mais intenso, tanto de álcool como de outras drogas, como foi verificado no presente estudo.

Alguns resultados obtidos nesta amostra coincidiram com a literatura disponível. São eles: a maior parte da amostra é católica; os estudantes que menos consomem drogas são os protestantes / evangélicos e; os que se classificam como não tendo religião, estão entre os que mais consomem drogas, (Carvalho & Cotrim, 1992; Sanches, Oliveira e Nappo, 2004; Dalgalarondo et al., 2004; Silva, Malbergier, Stempliuk e Andrade, 2006). O Ministério da Saúde (2010) aponta que 96% daqueles que nunca experimentaram nenhum tipo de drogas frequentam igrejas, regularmente. Sanches et al. (2004) acrescentam que os adolescentes religiosos tendem a ser menos propensos ao consumo e dependência de álcool e de outras drogas, mas, os protestantes / evangélicos costumam fazer um uso ainda menor. Dalgalarondo et al. (2004) apontam que, entre as religiões mais frequentes, em nosso meio, os protestantes históricos e pentecostais tendem a ter maior número de não usuários, enquanto entre os espíritas e católicos, tendem a ter maior número de usuários pesados.

Durante a análise dos dados deste estudo, encontrou-se um resultado não esperado e não está presente na literatura pesquisada, pelo menos como se evidenciou aqui: o maior consumo de drogas, principalmente as lícitas, foi entre os espíritas. Até aqui, encontra-se respaldo na literatura, no entanto, este consumo, muitas vezes, foi maior do que o apresentado pelos que relatam não ter religião. Nas pesquisas disponíveis, os maiores consumidores de drogas tendem a ser aqueles que se intitulam sem religião. Dalgalarondo et al. (2005) relacionaram o consumo entre jovens pentecostais, espíritas e católicos como sendo semelhantes. No presente estudo verificou-se que os espíritas apresentaram maior consumo do que os católicos.

Neste mesmo estudo de Dalgalarondo et al (2005), os evangélicos / protestantes estão mais presentes nas classes sócio-econômicas C e D, enquanto os espíritas estão nas classes A e B. A partir desta informação, verificou-se a frequência destas três religiões na amostra e se identificou que os evangélicos estão mais concentrados nas classes E, D e C2. Os espíritas são mais frequentes nas classes A2, B1, B2 e C1. Como se sabe que as classes mais altas tendem a manter um consumo mais alto é possível que esta seja a justificativa para esta diferença. Outra justificativa que os autores deram para esta diferença entre

pentecostais e espíritas, foi através da análise multivariadas que formou dois grupos com características comuns. Os pentecostais tendem a se classificar como muito religiosos, freqüentam o culto por volta de quatro vezes na semana, estão localizados em escolas periféricas, consomem pouca droga e estão entre as classes sócio-econômicas mais desfavorecidas. Os espíritas consideram-se pouco religiosos, tendem a sentir-se pouco apoiados por pais e irmãos, não tiveram educação religiosa na infância e usam álcool com freqüência. O grupo de católicos no estudo de Dalgalarondo et al. (2005) obteve uma posição intermediária, tendendo a estar mais próximo aos espíritas do que aos pentecostais. No presente estudo, a posição dos grupos não se confirma. Os espíritas apresentaram consumo bem maior do que das outras religiões, estando, inclusive, acima dos que não têm religião, em todas as freqüências de consumo. O consumo dos católicos foi superior ao dos protestantes / evangélicos, mas, esteve mais próximo destes do que dos espíritas.

Sanches (2006), estudando a recuperação de dependentes religiosos encontrou resultados parecidos. Em seus estudos, os espíritas tendiam também a consumir mais drogas do que os católicos e evangélicos. Entre os espíritas o uso maior era de droga lícita, principalmente álcool e tabaco. No presente estudo, o consumo dos espíritas foi maior em todas as freqüências de uso, pelo fato de ter um consumo de álcool e tabaco muito superior aos outros grupos, porém, o consumo de drogas ilícitas, principalmente maconha e cocaína, não esteve entre os mais altos. O consumo de drogas ilícitas, entretanto, principalmente cocaína, foi maior entre os evangélicos do que entre os espíritas tanto no “uso no mês” quanto no “uso freqüente”. Sanches (2006) também encontrou resultados semelhantes. A autora acrescenta que, se por um lado os espíritas tendem a apresentar este consumo superior, por outro, tende a ter maior número de recuperação do que as outras religiões estudadas: católica e evangélica. Esta informação não foi verificada pelo presente estudo por não se pretender avaliar a recuperação dos estudantes envolvidos com drogas.

Por muitos anos a religião foi um tema esquecido na análise da qualidade de vida das pessoas (Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck, 2007). Atualmente, sabe-se que ter alguma religião e, principalmente praticá-la, é um importante fator de proteção para riscos à saúde e à vida tanto na adolescência quanto na vida adulta. (Jill et al., 2007; Michalak et al., 2007).

3.6. Correlações entre uso de drogas e qualidade de vida

Para determinar grupos de alunos com padrão de respostas dos questionários semelhantes, foi utilizada a técnica de análise de conglomerados (Cluster), o método utilizado para este agrupamento foi o método de partição (K-Means).

O processo de agrupamento pelo método de partição pode ser resumido da seguinte forma:

Método de partição (K-Means)

- (i) Particiona-se os elementos em k grupos, onde k é pré-estabelecido.
- (ii) Para cada elemento calcula-se sua distância até o centróide de cada grupo e transfere esse elemento para o grupo cujo centróide esteja mais próximo. Recalculam-se os centróides do grupo onde o elemento foi incluído e daquele de onde foi retirado.
- (iii) Repete-se (ii) até que nenhum elemento necessite sofrer transferência.

Determinação do número de grupos k

Para determinar o número de grupos (k), adotamos o critério que consiste em escolher o número k , de modo que a relação entre a variabilidade entre os grupos e dentro dos grupos seja máxima, ou seja, o número k ótimo é aquele que cria grupos bem homogêneos internamente e bem heterogêneos entre si.

Objetivo da análise de agrupamento:

- a) Determinar grupos cujo padrão de respostas dos questionários sejam semelhantes.
- b) Descrever estes grupos semelhantes através do uso de drogas e variáveis demográficas.

Variáveis utilizadas:

Foram utilizadas na análise de agrupamento todos os domínios dos questionários aplicados descritos nos itens 3.1.3, 3.1.4 e 3.1.5 da Descrição das Variáveis no item 3, Resultados.

As variáveis foram padronizadas para o cálculo do cluster para que as distâncias sejam calculadas com variáveis que possuem a mesma ordem de grandeza.

$$\text{Variável Padronizada} = \frac{(\text{Valor da variável}) - (\text{Média dos valores da variável})}{\text{Desvio padrão dos valores da variável}}$$

Foram utilizados os 2.378 alunos que possuíam respostas para todas as variáveis utilizadas na análise (Houve a exclusão de 56 alunos que não possuíam resposta para pelo menos uma das variáveis).

Resultados:

Pela Tabela 110 podemos verificar que, mesmo aumentando o valor de k, a razão VE/VD praticamente não sofre grandes alterações. O máximo valor encontrado é 32,97 para k=8, mas escolhemos k=5, já que o valor de VE/VD é 32,65 e não está muito longe daquele calculado para k=8.

Tabela 110 - Valores de k (k), variabilidade entre grupos (VE), Variabilidade dentro dos grupos (VD) e valores de VE/VD

k	VE	VD	VE/VD
3	691,10	24,06	28,72
4	635,85	22,96	27,70
5	643,35	19,70	32,65
6	523,87	17,30	30,29
7	482,68	15,89	30,37
8	499,18	15,14	32,97

A distribuição dos alunos nos 5 grupos formados segundo este método está definida na Tabela 111

Tabela 111 – Distribuição de alunos por grupo

Grupo	Quantidade de alunos	% de alunos
1	264	11%
2	299	13%
3	874	37%
4	641	27%
5	300	13%
Total	2378	100%

Pela Tabela 112, que nos mostra a distância média dos alunos ao centróide do grupo, verificamos que os elementos do grupo 3 estão mais perto do centro do respectivo grupo, enquanto que os elementos do grupo 5 estão mais afastados do centro indicando ser menos homogêneo que os demais.

Tabela 112 – Distâncias médias dos alunos ao centro do respectivo grupo

Grupo	Distância Média
1	3,73
2	3,13
3	2,69
4	2,92
5	3,45

A Tabela 113 nos mostra a distância entre os centróides dos grupos. Nos grupos onde os centróides são mais próximos aos elementos temos padrões de respostas dos questionários mais similares entre estes grupos, e onde os centróides são mais distantes os padrões de respostas são mais distintos entre os grupos.

Tabela 113 – Matriz de distância entre os centros dos clusters

Cluster	1	2	3	4	5
1	-	2,52	2,80	3,01	3,24
2	2,52	-	2,69	2,89	2,78
3	2,80	2,69	-	3,13	2,58
4	3,01	2,89	3,13	-	3,01
5	3,24	2,78	2,58	3,01	-

A Tabela 114 nos mostra a nota média de cada nível dos questionários dentro dos grupos, já a Tabela 115 possui a distribuição de sexo, região e classe social nos grupos e as Tabelas 7, 8, 9, 10 e 11 possuem a distribuição de uso de drogas nos grupos. Os resultados gerais que descrevem os grupos são os descritos a seguir:

Tabela 114 – Média das notas dos domínios (Notas sem padronização) nos grupos.

	1	2	3	4	5
SF_VITALIDADE	41,1	59,2	71,1	58,8	55,3
SF_SAUDE_MENTAL	38,5	62,9	72,8	60,5	56,1
SF_CAPACIDADE_FUNCIONAL	78,3	68,2	92,7	90,1	85,0
SF_ASPECTOS_FISICOS	68,2	85,2	93,9	95,3	52,7
SF_DOR	53,9	69,3	83,6	76,0	54,5
SF_ESTADO_GERAL_SAUDE	50,0	67,1	81,7	68,4	63,9
SF_ASPECTOS_SOCIAIS	52,4	79,8	91,7	81,9	64,8
SF_ASPECTO_EMOCIONAL	41,0	90,8	91,1	82,5	50,6
WHOQOL-100 Físico	11,6	13,9	15,8	14,2	13,5
WHOQOL-100 Psicológico	12,0	15,1	16,9	14,4	15,1
WHOQOL-100 N. Independência	14,4	16,0	18,0	16,4	16,2
WHOQOL-100 Relações Sociais	13,0	14,9	16,7	14,4	15,9
WHOQOL-100 Meio Ambiente	11,4	12,8	14,5	12,7	13,2
WHOQOL-100 Espiritualidade	13,9	15,0	16,4	13,7	16,6
RACIOCÍNIO VERBAL	16,7	9,7	16,3	17,5	16,1

Legenda da Tabela 114

	Pior nota entre os grupos		2a melhor nota entre os grupos
	2o Pior nota entre os grupos		Melhor nota entre os grupos
	3o Pior nota entre os grupos		

Tabela 115 - Distribuição de sexo, região e classe social nos grupos

	Numero de Alunos						% Alunos					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Sexo Masculino	74	133	496	289	95	1087	28%	44%	57%	45%	32%	46%
Sexo Feminino	190	166	376	352	205	1289	72%	56%	43%	55%	68%	54%
Total	264	299	872	641	300	2376	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Região Centro	15	9	27	30	18	99	6%	3%	3%	5%	6%	4%
Região CentroOeste	27	18	86	44	37	212	10%	6%	10%	7%	12%	9%
Região CentroOesteParticular	8	3	49	42	14	116	3%	1%	6%	7%	5%	5%
Região CentroSul	15	12	44	41	11	123	6%	4%	5%	6%	4%	5%
Região CentroLeste1	11	25	80	42	13	171	4%	8%	9%	7%	4%	7%
Região CentroLeste1Particular	9	16	53	19	18	115	3%	5%	6%	3%	6%	5%
Região Leste2	19	34	74	61	16	204	7%	11%	8%	10%	5%	9%
Região Leste3	9	19	30	14	17	89	3%	6%	3%	2%	6%	4%
Região Leste4	17	17	40	31	15	120	6%	6%	5%	5%	5%	5%
Região Leste5	7	7	31	26	16	87	3%	2%	4%	4%	5%	4%
Região Leste5Particular	3	3	52	21	10	89	1%	1%	6%	3%	3%	4%
Região Norte1	27	15	44	44	27	157	10%	5%	5%	7%	9%	7%
Região Norte1Particular	3	2	21	12	6	44	1%	1%	2%	2%	2%	2%
Região Norte2	11	4	37	26	12	90	4%	1%	4%	4%	4%	4%
Região Sul1	19	17	34	39	15	124	7%	6%	4%	6%	5%	5%
Região Sul1Particular	3	8	28	25	4	68	1%	3%	3%	4%	1%	3%
Região Sul2	41	52	120	86	36	335	16%	17%	14%	13%	12%	14%
Região Sul3	20	38	24	38	15	135	8%	13%	3%	6%	5%	6%
Total	264	299	874	641	300	2378	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Classe Social A1	4	5	19	12	11	51	2%	2%	2%	2%	4%	2%
Classe Social A2	13	13	95	60	21	202	5%	4%	11%	9%	7%	8%
Classe Social B1	29	38	154	96	53	370	11%	13%	18%	15%	18%	16%
Classe Social B2	77	68	263	167	86	661	29%	23%	30%	26%	29%	28%
Classe Social C	122	153	318	267	113	973	46%	51%	36%	42%	38%	41%
Classe Social D	18	22	25	37	16	118	7%	7%	3%	6%	5%	5%
Classe Social E	1	0	0	2	0	3	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	264	299	874	641	300	2378	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Legenda Tabela 115

Acima da média Geral
Abaixo da média Geral

Abaixo serão apresentadas as tabelas referentes ao consumo de drogas em cada grupo.

Legenda das Tabelas 7, 8, 9, 10 e 11

Acima da média
Abaixo da média
Variáveis com populações abaixo de 50 indivíduos

Tabela 116 - Distribuição de “uso na vida” de drogas nos grupos

Uso na Vida	Número de Alunos						Porcentagem de Alunos					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Álcool	230	233	707	557	255	1982	89%	82%	83%	88%	88%	85%
Tabaco	135	104	255	248	134	876	52%	36%	30%	39%	46%	38%
Maconha	30	24	72	61	37	224	12%	8%	8%	10%	13%	10%
Cocaína	11	10	15	14	13	63	4%	4%	2%	2%	4%	3%
Crack	0	1	4	3	0	8	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Anfetamina	25	9	25	26	19	104	10%	3%	3%	4%	7%	4%
Solvente	48	48	92	86	52	326	19%	17%	11%	14%	18%	14%
Tranquilizante	32	5	25	26	16	104	13%	2%	3%	4%	5%	4%
Sedativo	3	1	3	2	1	10	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Ópio	0	1	0	1	0	2	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Xarope	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Alucinógenos	2	0	6	5	2	15	1%	0%	1%	1%	1%	1%
Anabolizantes	0	0	4	0	0	4	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabela 117 - Distribuição de “uso no ano” de drogas nos grupos

Uso no Ano	Número de Alunos						Porcentagem de Alunos					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Álcool	198	202	602	494	232	1728	79%	73%	72%	79%	80%	76%
Tabaco	90	68	159	151	90	558	35%	24%	19%	24%	31%	24%
Maconha	21	23	48	46	25	163	8%	8%	6%	7%	9%	7%
Cocaína	7	7	9	7	9	39	3%	3%	1%	1%	3%	2%
Anfetamina	23	7	18	18	16	82	9%	2%	2%	3%	5%	4%
Solvente	36	33	62	55	37	223	14%	12%	7%	9%	13%	10%
Tranquilizante	23	4	22	14	15	78	9%	1%	3%	2%	5%	3%
Sedativo	2	1	2	1	1	7	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Alucinógenos	1	0	3	2	0	3	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabela 118 - Distribuição de “uso no mês” de drogas nos grupos

Uso no Mês	Número de Alunos						Porcentagem de Alunos					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Álcool	154	152	448	369	189	1312	60%	54%	53%	58%	66%	57%
Tabaco	74	53	108	104	70	409	29%	19%	13%	16%	24%	18%
Maconha	17	15	29	28	16	105	7%	5%	3%	5%	6%	5%
Cocaína	4	5	8	6	6	29	2%	2%	1%	1%	2%	1%
Anfetamina	16	5	14	12	12	59	6%	2%	2%	2%	4%	3%
Solvente	17	21	34	33	26	131	7%	8%	4%	5%	9%	6%
Tranquilizante	13	3	14	11	8	49	5%	1%	2%	2%	3%	2%

Tabela 119 - Distribuição de “uso frequente” de drogas nos grupos

Uso Frequente	Número de Alunos						Porcentagem de Alunos					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Álcool	105	101	318	220	118	862	35%	31%	29%	30%	44%	34%
Tabaco	47	37	59	58	38	239	19%	13%	7%	9%	13%	10%
Maconha	15	13	28	28	15	99	6%	4%	3%	5%	5%	5%
Cocaína	4	4	5	5	6	24	2%	1%	1%	1%	2%	1%
Anfetamina	5	3	6	6	7	27	2%	1%	1%	1%	2%	1%
Solvente	8	12	26	21	20	87	3%	4%	3%	3%	7%	4%
Tranquilizante	12	0	10	8	6	36	5%	0%	1%	1%	2%	2%

Tabela 120 - Distribuição de “uso pesado” de drogas nos grupos

Uso Pesado	Número de Alunos						Porcentagem de Alunos					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Álcool	71	77	216	167	88	619	28%	27%	25%	26%	31%	27%
Tabaco	0	0	0	3	0	3	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Maconha	12	12	28	31	15	98	5%	4%	3%	5%	5%	4%
Cocaína	0	1	3	1	0	5	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Anfetamina	5	3	6	6	7	27	2%	1%	1%	1%	2%	1%
Solvente	9	9	8	12	6	44	4%	3%	1%	2%	2%	2%
Tranquilizante	1	3	4	3	2	13	0%	1%	0%	0%	1%	1%

Grupo 1

Questionários: Possui médias de notas baixas em todos os questionários.

Gênero: É predominantemente composto pelo gênero feminino (72%).

Diretoria de Ensino: As Diretorias de Ensino mais freqüentes Centro Oeste, Norte 1, Norte 2, Centro, Centro Sul, Sul 1 e Leste 4.

Classe sócio-econômica: Predominância das classes B2 e C.

Uso de Drogas: Tem uso acima da média em todos os tipos de droga, com destaque para o uso elevado de remédios de emagrecer, tranqüilizantes, solvente e álcool.

Grupo 2

Questionários: Possui média de notas muito baixa nos questionários SF Capacidade Funcional. Nos outros domínios, nos dois questionários de qualidade de vida, as notas foram intermediárias quando comparadas aos outros grupos. Não está entre as mais baixas nem entre as mais altas.

Gênero: Há uma quantidade um pouco maior do gênero feminino (56%).

Diretoria de Ensino: As Diretorias de Ensino que o grupo mais freqüentes são as Leste, exceto a Leste 5 e as Sul 1, 2 e 3.

Classe sócio-econômica: C e D são mais freqüentes.

Uso de Drogas: Tem uso acima da média de tabaco e solvente e uso abaixo da média para outras drogas.

Grupo 3

Questionários: Possui valores altos em todos os questionários.

Sexo: Há uma quantidade um pouco maior do gênero masculino (57%).

Região: As regiões mais freqüentes são oeste, centro oeste, leste 1, leste particular, norte 1 particular, norte 2, e sul particular. Neste grupo está concentrada a maior parte da amostra.

Classe econômica: Classe econômica A1 A2, B1 e B2 acima da média geral dos grupos.

Uso de Drogas: Não apresenta uso acima da média em nenhuma das drogas.

Grupo 4

Questionários: Possui médias de notas baixa no WHOQOL-100 espiritualidade e alta no SF Aspectos físicos e no teste Raciocínio Verbal. Nos outros domínios apresentou desempenho intermediário.

Gênero: percentuais de gênero não se diferenciam muito da média geral.

Diretorias de Ensino: As Diretorias de Ensino que mais se destacaram foram: Centro Oeste, Centro Oeste Particular, Centro Sul, Leste 2, Leste 5, Norte 1, Norte 1 particular, Norte 2, Sul 2, Sul 1 particular e Sul 3, ou seja, parte grande da amostra faz parte deste grupo.

Classe sócio-econômica: Classe econômica A2 e C acima da média geral dos grupos.

Uso de Drogas: Apresenta uso na média de álcool e maconha. Apresenta uso abaixo da média das outras drogas.

Grupo 5

Questionários: Possui média baixas nos domínios SF Saúde Mental e SF Aspectos físicos. A nota mais alta foi WHOQOL-100 espiritualidade / religião / crenças pessoais. Nos outros domínios e no teste de Raciocínio Verbal o desempenho foi intermediário.

Gênero: É predominantemente composto pelo gênero feminino (68%).

Diretoria de Ensino: O grupo está acima da média geral nas Diretorias de Ensino Centro, Centro Oeste, leste 3, todas da região Norte, Leste 2, Leste 5 e todas da Região Sul, exceto Sul 2.

Classe econômica: Classe econômica A1, B1, B2 e D acima da média geral dos grupos.

Uso de Drogas: Tem uso acima da média para todas as drogas, com destaque no uso para tabaco, álcool, maconha e solvente.

Nota-se que nesta análise dos grupos, incluíram-se todas as frequências de uso, não sendo feita a distinção entre “uso pesado” e “uso na vida”, por exemplo. Dessa forma, as meninas aparecem como maiores consumidoras. No subcapítulo “uso de drogas e gênero”

verificou-se que as meninas tendem a experimentar mais drogas do que os meninos, porém, nas frequências “uso frequente” e “uso pesado”, os gêneros se nivelam. Com isso, no Grupo 1, as meninas se apresentam como consumidoras mais frequentes e, em nenhum grupo, os meninos se destacam dessa forma. Zenaide e Baldacci (2006), que encontraram resultados semelhantes, argumentam que a mudança do papel da mulher na sociedade pode estar gerando essa alteração no uso de drogas e, as meninas se apresentarem consumindo mais do que os meninos.

Quanto ao “uso de drogas por região”, percebe-se que a Região Leste, em particular a Diretoria Leste 1, está no grupo que menos consome drogas. Por outro lado, apesar de certa pulverização dos representantes da Região Oeste entre os grupos, nota-se um predomínio nos que consomem drogas. Isso foi observado, também, nas análises estatísticas realizadas para os subcapítulos “Uso de drogas por Região de São Paulo” e “uso de drogas por Escolas”

Analisando os grupos formados percebe-se que, 37% da amostra pertence ao Grupo 3, ou seja, são adolescentes que apresentam boa qualidade de vida e usam poucas drogas. É necessário lembrar que a maior concentração da amostra deste estudo está nas classes sócio-econômicas C1, B2 e B1, respectivamente. No grupo 3 há maior concentração de adolescentes das classes A e B.

O segundo grupo mais populoso, o grupo 4, com 27% da amostra, predominantemente das classes sócio-econômicas A2 e C, apesar de apresentar o consumo de álcool e maconha acima da média, está muito próximo da média, diferente do que ocorre nos grupos 1 e 5. Além disso, o desempenho nos questionários de qualidade de vida são intermediários quando comparado aos outros grupos. Desta forma, com os grupos 3 e 4 observa-se que 64% da amostra, pertencente as classes A, B e C, relatam ter qualidade de vida de média para alta e o consumo de drogas tende a ser mais experimental.

Observa-se, também que, retirando os extremos (Grupo 3 e grupo 1), os alunos com melhor qualidade de vida e também das classes médias e mais altas, em todas as análises realizadas neste estudo, tendem a fazer maior uso de droga. Esta informação é amplamente conhecido na literatura nacional (Tavares, Béria & Lima, 2001; Baus, Kupek & Pires, 2002; Sanceverino & Abreu, 2003; Soldera et al., 2004; Teixeira et al., 2009). Este resultado não é surpreendente visto que esta população é uma população saudável e,

provavelmente, com poucos dependentes químicos. Dentre os objetivos desta pesquisa não está incluso o diagnóstico dos integrantes da amostra, ou seja, através dos recursos metodológicos utilizados não é possível avaliar se há dependentes químicos entre os participantes. Os resultados sugerem que há grupos que fazem uso arriscado de algumas drogas, principalmente o álcool, mas não há elementos para um diagnóstico mais preciso.

Ao associar uso de droga e qualidade de vida imagina-se de imediato, que a relação é inversa: quanto mais se consome drogas, menor é a qualidade de vida. Este estudo mostra que, provavelmente esta relação é verdadeira quando há características suficientes para um diagnóstico de dependência química ou um uso / abuso que podem causar danos evidentes aos indivíduos envolvidos (incluindo-se familiares). Alguns exemplos deste tipo de uso são: no horário de ir para a escola ir para o bar; depois de consumos intensos acordar em lugar desconhecido; contrair doenças sexualmente transmissíveis, sofrer acidentes de carro, entre outros (Vieira et al., 2008; Segatto, et al., 2008; Jinez, Souza & Pillon, 2009). Mesmo que o abuso seja intenso (toda sexta, sábado e domingo, por exemplo), enquanto não há prejuízo, não se relata perda de qualidade de vida. Quando está instalada a dependência de drogas, os prejuízos ficam mais evidentes, principalmente para a família do indivíduo em questão. No entanto, os elementos coletados nesse estudo não são suficientes para um diagnóstico de dependência.

Segundo Pechansky. Szobot e Scivoletto (2004), para ser diagnosticado de dependência, o estudante precisaria, necessariamente, apresentar, no período de um ano, três de sete sintomas apresentado pelo DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). O DSM-IV apresenta a listagem de critérios operacionais claros. Porém, seu uso, requer cuidado. Os critérios para crianças e adolescentes são os mesmos determinados para os adultos. Pelo menos dois dos sete sintomas determinados para o diagnóstico de dependência são de base biológica (tolerância e abstinência), mas a resposta física ao álcool é diferente nos vários estágios do desenvolvimento. Ou seja, para uma doença de desenvolvimento lento como o alcoolismo, é pouco provável que estes elementos sejam evidentes com poucos anos de uso na adolescência.

É importante recordar, também, que o uso de drogas, numa intensidade em que o prejuízo não é visível, dá prazer, alegria, euforia, relaxamento, bem estar, ou seja, contribui para um auto-relato de boa qualidade de vida (Schenker & Minayo, 2005; Cavalcante,

Alves & Barroso, 2008; Galduroz et al., 2010). Por outro lado, a escalada para a dependência química, vai proporcionando uma gradativa redução da qualidade de vida (OPAS / OMS, 2006; Rigoni et al., 2007; Araujo, Oliveira, Pedroso, Miguel, Castro, 2008; Costa & Valerio, 2008; Moraes, 2008; Pratta & Santos, 2009).

Nota-se que os grupos que menos usaram drogas (3 e 4) tenderam a ter melhor desempenho nos Domínios: Físicos tanto no SF-36 quanto no WHOQOL-100; capacidade funcional (SF-36), Aspectos Sociais (SF-36), Estado Geral de Saúde (SF-36) e Nível de Independência (WHOQOL-100). Os grupos que apresentam maior consumo de drogas (1 e 5) tendem a ter desempenho mais baixo nos seguintes Domínios: Saúde Mental (SF-36), Capacidade Funcional (SF-36), Aspectos Físicos (SF-36 e WHOQOL-100), Aspectos Sociais (SF-36) e Estado Geral de Saúde (SF-36). Observa-se que existe certa similaridade nos domínios Capacidade Funcional (SF-36), Aspectos Físicos (SF-36 e WHOQOL-100), Aspectos Sociais (SF-36) e Estado Geral de Saúde (SF-36). Os que não usam drogas tendem a se desempenhar bem e os que mais usam tendem a se desempenhar mal. Estes resultados sugerem que novas pesquisas devem ser feitas com o intuito de verificar se há habilidades e aspectos positivos ou negativos comuns aos usuários. Tais aspectos podem ser grandes aliados no tratamento ou promoção de saúde. Por outro lado, conhecer tais relações pode indicar caminhos para intervenção e desenvolvimento de habilidades em programas de prevenção para crianças e adolescentes antes do primeiro consumo.

3.7. Resilientes

Para encontrar os resilientes deste estudo, definiu-se os seguintes critérios:

- deve apresentar média geral no instrumento WHOQOL-100 acima da média geral da amostra;
- no instrumento SF-36 deve apresentar desempenho acima da média geral da amostra em, pelo menos, 5 dos 8 domínios avaliados pelo questionário;
- deve apresentar desempenho no teste Raciocínio Verbal acima da média geral da amostra
- deve pertencer as classes C2, D ou E.
- Deve apresentar consumo de todas as drogas abaixo da média geral da amostra.

Tabela 121 - Caracterização da Amostra de Resilientes

Caracterização da Amostra de Resilientes											
Aluno	605	999	832	1477	2129	951	1394	827	1445	1311	1849
Idade	17	16	15	18	15	18	16	18	18	15	18
Gênero	F	M	F	M	F	F	M	M	F	F	M
Série	2º	1º	1º	3º	1º	3º	2º	3º	3º	1º	3º
Classe sócio-econ.	D	D	D	D	C2	C2	C2	C2	E	C2	D
Região de SP	Leste	Leste	Leste	Sul	Leste	Sul	Sul	Leste	Sul	Sul	Sul
Diretoria Ensino	L 2	L 4	L 1	S 2	L 3	S 2	S 2	L 1	S 2	S 2	S 1
Escola	6	9	8	12	20	8	12	7	12	12	16

Legenda:

Gênero: M (Masculino) e F (Feminino)

Série: 1º, 2º e 3º (primeiro, segundo e terceiro ano do Ensino Médio, respectivamente)

Diretorias de Ensino: L = Leste e S = Sul

Apresentando a amostra de resilientes (Tabela 121), verifica-se que estão dentro da média de idades da amostra geral, adolescentes de 15 e 16 anos no 1º ano do Ensino Médio (EM), 16 e 17 no 2º ano e 18 anos no 3º. O número de adolescentes do gênero feminino (6) é parecido com do gênero masculino (5). Apenas 1 pertence a classe sócio econômica E, 5 pertencem à D e 5 à C2. Identificou-se vários estudantes de outras classes sócio-econômicas que cumpriram todos os critérios para resilientes, exceto o de pertencer as classes mais baixas. Todos, sem exceção, pertencem as duas regiões maiores do município, leste (com 5 representantes) e sul, com 6 representantes.

Quanto as Diretorias de Ensino (Tabela 121), nota-se que não há resilientes naquelas escolas que mais consomem drogas, no entanto, a maioria está entre as que menos consomem. Esse resultado sugere que o meio em que o adolescente está inserido pode contribuir para o pleno desenvolvimento de sua qualidade de vida. Uma das Diretorias de Ensino que menos consumiram drogas e não tem nenhum representante é a Sul 3. Esse resultado deve estar associado ao baixo nível de qualidade de vida que se verificou na escola que representou esta diretoria de ensino.

Tabela 122 – Resultados dos Questionários de Qualidade de Vida e teste de Raciocínio Verbal

Questionários de Qualidade de Vida e teste de Raciocínio Verbal												
Aluno	605	999	832	1477	2129	951	1394	827	1445	1311	1849	Geral
Raciocínio Verbal	28	27	26	24	28	27	27	25	23	19	19	18
WHOQOL-100	18	16	17	17	16	16	18	16	17	20	20	15
SF-36 Cap. Func.	90	90	85	100	95	80	85	85	95	95	100	85
SF-36 Asp. Físico	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	84
SF-36 Dor	72	84	84	62	100	62	61	84	100	84	100	72
SF-36 E G Saúde	97	52	87	82	87	52	97	72	97	97	95	70
SF-36 Vitalidade	90	70	85	85	80	70	70	60	80	85	80	67
SF-36 Asp Soc.	100	75	87	87	100	75	87	87	100	100	87	79
SF-36 Asp. Emoc	67	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	77
SF-36 S. Mental	84	68	80	88	84	80	92	88	100	92	76	72

Observa-se que, embora não fique evidente uma tendência a terem o pior desempenho em algum Domínio do questionário SF-36, há uma visível tendência a boas médias nos Domínios Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais. Avaliando os resultados do WHOQOL-100, identificou-se boas médias também nestes dois Domínios (Físico e Psicológico). No WHOQOL-100, os resilientes apresentaram média alta também no Domínio Relações Sociais.

Tabela 123 – Frequência de consumo de álcool

[illegible]

Quanto ao uso de drogas entre os resilientes, observou-se não haver consumo de nenhuma droga, exceto o álcool. Apenas o estudante número 832 fez “uso na vida de tabaco”. O consumo de álcool, embora abaixo da média geral, ainda é alto. Não há, entre os resilientes, uso pesado de álcool, enquanto, aproximadamente 37% da amostra geral revelam fazer esse tipo de uso. Mais de 40% na amostra geral faz uso freqüente desta substância, no entanto, entre os resilientes, apenas 3 de 11. Apenas um resiliente não experimentou álcool. Ele é um dos mais velhos (18 anos) e o único da classe sócio-econômica E.

Tabela 124 – Resultados relacionados à Crença Religiosa, Prática de Esportes e Trabalho

Hábitos			
	Religião	Esporte	Trabalho
605	Não tem religião	Não pratica esportes	Não trabalha
999	Não tem religião	Volei	Não trabalha
832	Não tem religião	Não pratica esportes	Não trabalha
147 7	Católica	Outro	Não trabalha
212 9	Não tem religião	Não pratica esportes	Não trabalha
951	Católica	Não pratica esportes	Não trabalha
139 4	Católica	Não pratica esportes	Não trabalha
827	Católica	Futebol	Sem carteira assinada
144 5	Outras	Outro	Não trabalha
131 1	Católica	Futebol	Não trabalha
184 9	Evangélica	Academia	Com carteira assinada

Na Tabela 124, incluiu-se algumas questões sobre os hábitos (Religião, Esporte e Trabalho) com o intuito de comparar com a amostra geral do estudo. Quanto a ter alguma religião (Tabela 124), as respostas dos resilientes não foram tão parecidas com a da amostra geral. As respostas mais freqüentes entre os resilientes foram “não tenho religião” e “católico”, cada uma com 4 respondentes. Na amostra geral, a resposta “catolica” esteve presente em 42% da amostra e os que não tem religião, 28%. Percebe-se, com isso, a maior presença de adolescentes que relatam não ter religião entre resilientes do que na amostra

geral. Por outro lado, comparando com o consumo de drogas, identificou-se que ter uma religião é fator de proteção para o consumo de droga, porém, ter religião não contribuiu, pelo menos neste estudo, para o indivíduo ser um resiliente. Além disso, na amostra geral, 17% são evangélicos e protestantes e, comparando com o consumo de drogas, demonstraram ser os que menos consomem todos os tipos de droga. Porém, entre resilientes, verificou-se apenas 1 adolescente evangélico. Outro resultado incomum foi a presença de um estudante que respondeu “outra” religião. Apenas 0,5% da amostra geral deu esta resposta.

Considerando a prática de esportes, o grupo de resilientes apresentou resultados similares ao da amostra geral. As respostas apresentadas foram as mais presentes na amostra. Os que não praticam esportes representaram 35% da amostra geral, sendo a resposta mais frequente entre os resilientes também (5). Na amostra geral a segunda resposta mais dada foi futebol (26,3%), aqui representada por 2 estudantes.

No que se refere ao trabalho, os resultados acompanharam a amostra onde a maioria não trabalha. O menor grupo é formado pelos que trabalham com carteira assinada. Esse resultado já era esperado. Apesar de ter sido feita a coleta de dados também do período noturno, existem poucas salas de Ensino Médio regular a noite. A maioria é de “supletivo” e EJA (Educação de Jovens e Adultos). Essa população foi excluída da amostra.

Tabela 125 – Resultados relacionados a Atividades de Lazer no WHOQOL-100

Lazer			
	F 4.1	F 21.3	F 21.1
605	bastante	mais ou menos	muito pouco
999	extremamente	extremamente	muito
832	extremamente	bastante	muito
1477	extremamente	bastante	muito
2129	bastante	mais ou menos	muito
951	bastante	mais ou menos	médio
1394	bastante	extremamente	médio
827	bastante	muito pouco	muito pouco
1445	extremamente	bastante	médio
1311	bastante	bastante	muito
1849	extremamente	extremamente	extremamente

Legenda:

F 4. 1 (Questionário WHOQOL-100, questão F 4.1) – O quanto você aproveita a vida?

F 21.3 (Questionário WHOQOL-100, questão F 21.3) – O quanto você aproveita seu tempo livre

F 21.1 (Questionário WHOQOL-100, questão F 21.1) – Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?

Inserir questões relacionadas a lazer (Tabela 125), complementa a questão de hábitos explorada na Tabela 124. Com esses resultados, é possível avaliar semelhanças e diferenças com a amostra geral. A partir da Tabela 125, observa-se a relação dos adolescentes com o lazer, tanto com a disponibilidade como a sensação de estar aproveitando a vida e o tempo livre. Nota-se que as respostas obtidas seguiram o padrão da maioria da amostra. Na questão F 4.1 do questionário de qualidade de vida WHOQOL-100, na amostra geral, 45% responderam “bastante” e 30,8% extremamente, ou seja, os resilientes responderam como 75,8% da amostra. Na questão F 21.3 do mesmo questionário, 41,4% da amostra respondeu “bastante”, 22,3% respondeu mais ou menos e 20,3% respondeu extremamente, semelhante aos resultados obtidos entre os resilientes. Apenas na questão F 21.1 houve alguma diferença da amostra geral. A resposta mais freqüente entre os resilientes foi “muito” (5 estudantes), enquanto essa mesma resposta foi dada por 33,2% da amostra. As respostas “médio” e “muito pouco” foram dadas por 2 adolescentes cada e, entre a amostra foi de 34,3% e 17,21%, respectivamente. A resposta extremamente foi dada por 11,4% da amostra e, entre resilientes, por apenas 1 adolescente. Com isso percebe-se que, nas questões relacionadas a como aproveita a vida e as horas de lazer, os resilientes se mantêm na média. Porém, considerando o acesso a atividades de lazer, os resilientes relatam ter mais acesso do que a amostra geral.

Na Tabela 126, foram incluídas 3 questões do questionário sobre uso de drogas e duas do questionário de qualidade de vida WHOQOL-100. Optou-se por essa seleção, pois, as duas primeiras questões referem-se a maneira com que o resiliente sente seu relacionamento com a mãe e com o pai respectivamente. São questões de relação pessoal com os pais. A terceira refere-se ao relacionamento entre os pais. As duas últimas referem-se a como o resiliente se sente tratado pela família como um todo.

Tabela 126 – Relacionamento com os pais nos questionários WHOQOL-100 e sobre uso de drogas

Relacionamento com os pais											
	605	999	832	1477	2129	951	1394	827	1445	1311	1849
QD – 35	bom	bom	bom	bom	bom	bom	bom	bom	bom	bom	bom
QD – 34	Não tem pai	ruim	ruim	bom	bom	bom	ruim	regular	bom	bom	bom
QD – 36	são separados	são separados	ruim	bom	bom	bom	são separados	são separados	bom	bom	regular
F 14.3	satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito
F 13.2	Muito feliz	feliz	Muito feliz	Muito feliz	feliz	feliz	Muito feliz	Nem feliz, nem infeliz	Muito feliz	Muito feliz	Muito feliz

Legenda: QD – 35 (Questionário sobre uso de drogas, questão 35) – Como é seu relacionamento com a sua mãe?
 QD – 34 (Questionário sobre uso de drogas, questão 34) – Como é seu relacionamento com o seu pai?
 QD – 36 (Questionário sobre uso de drogas, questão 36) – Como é o relacionamento entre seus pais?
 F 14.3 (Questionário WHOQOL-100, questão F 14.3) – Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe da sua família?
 F 13.2 (Questionário WHOQOL-100, questão F 13.2) – Você se sente feliz com sua relação com as pessoas da sua família?

Tabela 127 – Relacionamento com amigos no Questionário WHOQOL-100

Relacionamento com amigos											
	605	999	832	1477	2129	951	1394	827	1445	1311	1849
F 14.1	muito pouco	muito	muito	completamente	médio	muito	completamente	médio	muito	muito	completamente
F 14.2	muito pouco	médio	muito	completamente	médio	médio	muito	médio	muito	muito	completamente
F 13.3	satisfeito	satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
F 14.4	Nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	satisfeito	satisfeito	satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito

Legenda: F 14.1 (Questionário WHOQOL-100, questão F 14.1) – Você consegue dos outros o apoio que necessita?
 F 14.2 (Questionário WHOQOL-100, questão F 14.2) – Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?
 F 13.3 (Questionário WHOQOL-100, questão F 13.3) – Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
 F 14.4 – (Questionário WHOQOL-100, questão F 14.4) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?

Tabela 128 – Resultados relacionados à auto-estima e auto imagem

Auto – estima e Auto - Imagem											
	605	999	832	1477	2129	951	1394	827	1445	1311	1849
F 6.1	extremamente	extremamente	extremamente	extremamente	bastante	extremamente	extremamente	mais ou menos	extremamente	bastante	extremamente
F 6.2	bastante	extremamente	bastante	extremamente	bastante	bastante	extremamente	mais ou menos	extremamente	bastante	extremamente
F 7.2	muito pouco	muito pouco	nada	mais ou menos	muito pouco	nada	nada	mais ou menos	nada	nada	nada
F 7.3	mais ou menos	nada	bastante	muito pouco	muito pouco	muito pouco	muito pouco	nada	nada	nada	mais ou menos
F 21.2	muito	muito	muito	muito	muito	médio	muito	nada	médio	muito	completamente
F 6.3	muito satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	satisfeito	muito satisfeito	médio	muito satisfeito	muito satisfeito	muito satisfeito
F 7.4	médio	médio	satisfeito	muito satisfeito	médio	satisfeito	satisfeito	satisfeito	muito satisfeito	satisfeito	muito satisfeito

Legenda

F 6.1 (Questionário WHOQOL-100, questão F 6.1) – O quanto você se valoriza?

F 6.2 (Questionário WHOQOL-100, questão F 6.2) – Quanta confiança você tem em si mesmo?

F 7.2 (Questionário WHOQOL-100, questão F 7.2) – Você se sente inibido(a) por sua aparência?

F 7.3 (Questionário WHOQOL-100, questão F 7.3) – Há alguma coisa na sua aparência que faz você não se sentir bem?

F 21.2 (Questionário WHOQOL-100, questão F 21.2) – Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo(a)?

F 6.3 (Questionário WHOQOL-100, questão F 6.3) – Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

F 7.4 (Questionário WHOQOL-100, questão F 7.4) – Quão satisfeito você está com a aparência de seu corpo?

Avaliando o relacionamento dos resilientes com os pais e entre os pais, observa-se que todos relataram ter um bom relacionamento com a mãe. A média geral é de 82%. Apesar de também ser alta, é inferior a dos resilientes. Quanto ao pai, a maioria relatou também ter bom relacionamento, semelhante ao resultado da amostra geral que foi de 64%. A segunda resposta mais freqüente entre os resilientes foi “ruim”, ou seja, 3 destes adolescentes tem relacionamento ruim com seu pai. Na amostra geral, 4,3% responderam a mesma coisa. Observa-se que a quantidade de resilientes que tem relacionamento ruim com o pai é maior que a média geral dos pesquisados. Considerando o relacionamento entre os pais, o padrão da amostra geral é mantido. Verifica-se que a resposta mais freqüente (5) é a mesma que na amostra geral, no entanto, na amostra geral corresponde a 59% dos respondentes. A segunda resposta mais dada foi a mesma nas duas amostras, pais separados. Observa-se que, na amostra geral o relacionamento entre os pais foi mais freqüentemente bom.

Na questão “Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe da sua família?”, a maioria (8) das respostas dos resilientes foi “muito satisfeito” e em segundo lugar (3) ficou “satisfeito”. Na amostra geral, nota-se uma inversão. A resposta mais freqüente foi satisfeito, por 40% dos respondentes e em segundo lugar, opção de 35% dos respondentes, ficou “muito satisfeito”. De maneira geral, os resilientes parecem tender a se sentir mais apoiados pela família do que os adolescentes da amostra geral. Na questão “Você se sente feliz com sua relação com as pessoas da sua família?” aconteceu o mesmo que na anterior. Entre os resilientes, a resposta da maioria (7) foi “muito feliz”, em segundo lugar foi “feliz”, com 3 respondentes. Apenas um resiliente optou por “nem feliz, nem infeliz”. Na amostra geral, a resposta mais freqüente foi “feliz”, dada por 40% dos adolescentes. Em seguida vem “muito feliz”, opção de 38% e, a resposta “nem feliz, nem infeliz” foi dada por 15% da amostra. Observa-se que, além de se sentirem mais apoiados, estão mais felizes com a relação que tem com sua família do que nota-se na amostra geral.

A Tabela 127 foi incluída para avaliar o relacionamento dos resilientes com amigos e comparar este aspecto com a amostra geral. Na questão “Você consegue dos outros o apoio que necessita?”, a resposta mais freqüente foi muito, dada por 5 resilientes. Na amostra geral, essa resposta também foi a mais freqüente, dada por 37%. No entanto, na amostra geral, a segunda resposta mais dada foi médio (28%), dada por dois dos resilientes.

A segunda resposta mais dada entre os resilientes foi “completamente”, opção de 3 respondentes. Na questão “Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?” a resposta dos resilientes demonstrou poder contar menos com amigos do que na amostra geral as respostas mais freqüentes entre os resilientes foram “muito” e “médio”, com 4 respondentes cada. Na amostra geral, a resposta mais freqüente foi “muito”, dada por 31%. A segunda resposta mais freqüente (27%) foi “completamente”, dada por apenas 2 resilientes. Além disso, a resposta “muito pouco”, opção de 1 resiliente, foi dada por 3% da amostra geral. Na questão “Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?”, os resultados foram semelhantes ao da amostra geral. Entre os resilientes, 6 responderam satisfeitos e 5 responderam “muito satisfeito”, enquanto na amostra geral as respostas foram dadas por 51% e 28%, respectivamente. Na questão Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?, também não houve diferença entre resilientes e amostra geral. A maioria das duas amostras ficou com a resposta “satisfeito”. O restante se subdividiu, em sua maioria, entre “muito satisfeito” e “nem satisfeito, nem insatisfeito”. Nota-se que não há diferença no relacionamento com amigos entre a amostra geral e de resilientes.

Optou-se por incluir informações sobre auto-estima e auto-imagem (Tabela 128) para verificar se há alguma diferença entre a amostra geral e a amostra de resilientes. Na questão “O quanto você se valoriza?” foi evidente o desempenho melhor entre os resilientes. A resposta “extremamente” foi dada por 8 deste grupo, enquanto a resposta mais freqüente na amostra geral foi bastante. Na questão Quanta confiança você tem em si mesmo? Também se verifica maior confiança entre os resilientes. Neste grupo, 5 responderam extremamente e 5 responderam bastante. Na amostra geral, a resposta mais freqüente foi “bastante” 44% e “extremamente” foi dada por 33% da amostra. Na questão “Você se sente inibido(a) por sua aparência?”, mais da metade da amostra de resilientes respondeu “nada”, enquanto esta mesma resposta foi dada por 47% da amostra geral. Na questão “Há alguma coisa na sua aparência que faz você não se sentir bem?”, não houve diferença entre as amostras. Entre os resilientes houve 4 respostas “nada” e 4 “muito pouco”. Na amostra geral, cada resposta foi dada por, aproximadamente, 35% dos adolescentes. Na questão “Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo(a)?”, observa-se o desempenho levemente superior entre os resilientes. Neste grupo, 8 ficaram com as

respostas completamente e muito. Na amostra geral, 53% optaram por estas respostas. Na questão “Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?”, mais uma vez, nota-se maior satisfação entre os resilientes. A maioria destes (7) respondeu “muito satisfeito” contra 23% da amostra geral. A maior frequência de resposta na amostra geral foi de “satisfeito”, com 49%. Por fim, na questão “Quão satisfeito você está com a aparência de seu corpo?”, nota-se que a maior frequência de resposta foi similar na amostra de resilientes (5) e amostra geral (43%). A partir destes resultados verifica-se que nas questões relativas à auto-estima, é evidente o melhor desempenho do grupo de resilientes. No entanto, nas questões ligadas ao corpo e aparência (auto-imagem), embora haja melhor desempenho entre os resilientes, essa diferença da amostra geral não é tão evidente.

Comparando as duas amostras, nota-se, especialmente, quatro diferenças marcantes: 1) o ambiente escolar dos resilientes é composto, quase totalmente, pelas escolas que apresentam baixo consumo de drogas, ou seja, por escolas que promovem saúde; 2) os resilientes se sentem muito mais apoiados pela família do que os da amostra geral; 3) todos os resilientes relatam bom relacionamento com a mãe e; 4) a auto-estima dos resilientes se mostrou significativamente superior à relatada pela amostra geral.

Assis, Pesce e Avanci (2006), descrevendo sobre resiliência na adolescência, identificaram estas diferenças quando são comparados adolescentes resilientes e não resilientes. Os autores apontam que os mecanismos internos ou externos que o indivíduo tem disponíveis são definitivos para aumentar ou reduzir o seu potencial de resiliência. O primeiro mecanismo é a capacidade de ter auto-estima positiva – como apresentou-se entre os resilientes deste estudo – autocontrole e temperamento afetuoso e flexível. O segundo é dado pela família que dá apoio, suporte e respeito, também apontado pelos adolescentes avaliados. O terceiro e último é o meio social em que aquele indivíduo está inserido, ou seja, como amigos e professores reforçam o sentimento de que este indivíduo é uma pessoa querida e amada. Poletto e Koller (2008) afirmam que adolescentes com maiores características de resiliência apresentavam: auto-estima elevada, boa supervisão familiar, bom relacionamento interpessoal e bom apoio social, emocional, afetivo e informacional. Amparo, Galvão, Alves, Brasil e Koller (2008), estudando adolescentes em risco, também concluíram que existem 3 fatores de proteção para o indivíduo, semelhantes aos identificados neste estudo: 1) fatores individuais, como a auto-estima elevada, autonomia,

autocontrole, etc.; 2) fatores familiares como estabilidade, coesão, apoio / suporte, respeito, etc. e; 3) fatores ambientais, como bons relacionamento com a escola, professores, amigos e pessoas significativas.

Considerando cada diferença entre as amostras geral e de resiliente, observa-se que as escolas em que os resilientes estão inseridos são, na maioria, escolas que apresentam baixo consumo de drogas. Estas escolas, de alguma forma, mesmo que parcialmente, devem estar relacionadas com o movimento histórico de Escola Promotora de Saúde. Acredita-se nisso pelo fato de que, em algumas escolas (Leste 1 e Sul 2) existem mais do que 1 resiliente, apesar de serem apenas 11 entre os 2.434 avaliados. Segundo POLETTTO e KOLLER (2008), a escola é um dos lugares mais importantes para o desenvolvimento da criança e do adolescente. A escola participa da regulação das emoções, comportamento, aprendizagem e atenção. Neste contexto a criança experiência várias situações: “relações entre pares, grupos, amizade, competição, rivalidade, aprendizagem e descoberta do novo, entre tantas outras”. A escola pode tanto promover a auto-estima e auto-eficácia dos estudantes como dificultar o desenvolvimento destas características. Crianças oriundas de famílias muito pobres conseguem desenvolver bons projetos de futuro quando tem experiências positivas na escola, quando a escola é capaz de promover bem-estar e saúde para sua comunidade.

Para Moura, Lourinho, Valdês, Frota e Catrib (2007), incluir a promoção de saúde no sistema educacional pode evoluir para a operacionalização de programas que possibilitem o aumento da qualidade de vida dos povos; o desenvolvimento do potencial humano e ambiental e; o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, por meio do estímulo à capacidade de escolha. Segundo Moreira, Silveira e Andreoli (2006), na Escola Promotora de Saúde, o foco muda para uma abordagem integral da promoção de saúde, deixando de ter programas voltados a certos aspectos da saúde. A Escola Promotora de Saúde inclui políticas, procedimentos, atividades e estrutura que resultem na proteção e promoção à saúde, a qualidade de vida e ao bem-estar de todos os envolvidos na comunidade escolar.

Para Gomes (2009), através da Escola Promotora de Saúde e dos programas de Educação para a Saúde deve-se preparar o aluno para cuidar de si em todos os aspectos: preventivos, de higiene pessoal, regras de segurança doméstica, lazer, entre outros temas.

Deve-se, também, preparar os alunos para adotar um estilo de vida voltado à saúde positiva, ou seja, o desenvolvimento de todas as suas possibilidades físicas, mentais e sociais. Outros estudos e intervenções futuras podem incluir a avaliação e a instrumentalização destas escolas que, no presente estudo, se apresentaram como promotoras de saúde para aumentar seu potencial de benefícios aos adolescentes e toda a comunidade escolar nela inseridos.

Quanto ao apoio da família, verificou-se que é mais sentido entre os resilientes do que entre os adolescentes da amostra geral. Poletto (2007) aponta que o apoio familiar em situações de dificuldade oferece às crianças e adolescentes um senso de estabilidade e de superação, mesmo que esse relacionamento positivo seja com apenas um dos pais. No presente estudo identificou-se que todos os resilientes afirmaram ter bom relacionamento com a mãe. No entanto, o mesmo não ocorreu com o pai, corroborando com a afirmação da autora.

Avanci, Assis e Oliveira (2008) acrescentam que o apego positivo com a família regula a ansiedade e aumenta a competência social. Poletto e Koller (2008) confirmam que a família protetora oferece o substrato necessário para a criança ou o adolescente socializarem-se. Acrescentam que muitas características estão relacionadas à resiliência, entre elas o vínculo positivo entre a criança ou o adolescente e seus pais, não haver discórdia conjugal grave e a habilidade de enfrentar positivamente os problemas. “Famílias que apresentam coesão, aconchego, continência e estabilidade, nas quais as relações são permeadas por afeto, equilíbrio de poder, cuidados adequados, senso de pertencimento e disciplina consistente são mais propensas a ter membros saudáveis emocionalmente”. (p. 412)

Ao pensar em apoio familiar, freqüentemente se imagina o apoio que pais oferecem a filhos. No entanto, vários estudos vêm apontando que o apoio entre irmãos na infância e adolescência é capaz de auxiliar no enfrentamento das adversidades em qualquer momento da vida, inclusive na vida adulta. (LUTHAR e ZIGLER, 1991; DALBEN e DELL’AGLIO, 2008). Por outro lado, segundo Poletto e Koller (2008), famílias com discórdia conjugal, habilidades parentais limitadas, doença mentais em um dos pais e muito numerosas podem estar associada a alguma psicopatologia em crianças, adolescentes e adultos.

Quando a auto-estima, entre os resilientes, observou-se ser mais elevada do que na amostra geral. Amparo, Galvão, Alves, Brasil e Koller (2008) afirmam que a resiliência é

caracterizada pelo sentimento de auto-estima, auto-eficácia, autonomia e confiança nas suas potencialidades. Estes sentimentos, segundo estes autores, estão intimamente relacionados à capacidade de resolver conflitos pessoais e sociais, superar obstáculos e lidar com situações adversas.

Marriel, Assis, Avanci e Oliveira (2006), também avaliando a auto-estima em adolescentes, verificaram que os estudantes com maior auto-estima têm relacionamentos mais bem sucedidos na escola do que aqueles com baixa auto-estima. Colocam-se menos no papel de vítima, se envolvem menos em situações de violência e relatam. Os alunos com auto-estima elevada tendem a sentir-se bem no espaço escolar, se sentem encorajados nesta instituição e otimistas em relação ao futuro. Os com baixa auto-estima tem dificuldade em se adaptar na escola, relatam situações de humilhação e discriminação e são pessimistas em relação ao futuro. Mota e Matos acrescentam que adolescentes com auto-estima elevada tendem a ser mais seguros e confiantes nos seus recursos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de apresentar as considerações finais, vale relembrar algumas limitações intrínsecas a este estudo. Quanto aos instrumentos, é importante reafirmar que o “questionário sobre uso de drogas”, embora amplamente utilizado, não investiga o consumo de drogas e sim o relato deste consumo. Porém, em todo mundo, esta é uma limitação deste tipo de estudo, visto que é baseado em instrumento da Organização mundial de Saúde (OMS) e aplicado em todo o mundo. Outra limitação semelhante, que se refere também aos instrumentos utilizados, diz respeito aos dois questionários sobre qualidade de vida (SF-36 e WHOQOL-100) não oferecem ao pesquisador o resultado da qualidade de vida da população estudada, e sim, o relato desta qualidade de vida, mas que, assim como ocorre no Questionário sobre uso de drogas, é uma peculiaridade deste tipo de pesquisa. Além disso, os resultados referem-se aos adolescentes que freqüentam o Ensino Médio no Município de São Paulo e não pode ser generalizado para aqueles que, por qualquer motivo, não freqüentam a escola, o Ensino Médio e vivem em outras regiões.

Através dos questionários de qualidade de vida observou-se que os domínios onde a amostra apresentou os melhores resultados foram os relacionados a aspectos físicos e capacidade funcional. Estes resultados podem estar relacionados à grande habilidade física, potência e força que o adolescente vem adquirindo a partir da puberdade. Estas características próprias desta população podem ser otimizadas através de atividades, dentro e fora da escola, que aperfeiçoem estas habilidades, de modo a ser possível melhor aproveitar melhor tais recursos. Estes resultados sugerem que novas e constantes pesquisas devem ser feitas com o intuito de verificar quais habilidades são mais freqüentes nos grupos que se pretende intervir. Os aspectos positivos desta população podem ser grandes aliados em programas de prevenção ao uso de drogas, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, depressão ou promoção de saúde.

Outra evidência fornecida pelos questionários de qualidade de vida foi a constatação de uma melhor qualidade de vida entre os adolescentes representantes das classes mais altas e, portanto das escolas particulares participantes deste estudo. Porém, os adolescentes destas mesmas classes (A2, B1 e B2) foram os que mais experimentaram todos os tipos de drogas, exceto o tabaco. Na classe B1, por exemplo, foi observado uma maior freqüência de

“uso pesado” de drogas, liderando em consumo de anfetamina e cocaína, ficando em segundo lugar em álcool, tabaco, maconha e tranqüilizante. Estes resultados sugerem a necessidade de intervenção junto às classes mais altas com objetivo de reduzir o consumo dos adolescentes do Ensino Médio ou educar os mais jovens para este consumo, ou seja, apresentar formas de acesso ao álcool, por exemplo, de maneira moderada e que reduza os riscos de abuso, dependência e exposição a riscos.

Os adolescentes das classes que apresentaram melhor qualidade de vida são os que mais experimentaram drogas. Isto não é surpreendente de imediato mas, ao olhar o fato com maior profundidade, identifica-se os motivos que levam a isso. Como foi dito no início deste estudo, trata-se de uma população saudável e, provavelmente, com poucos dependentes químicos. Conhecer os dependentes químicos desta população não foi um dos objetivos desta pesquisa, mesmo porque, para fazê-lo, seriam necessários outros instrumentos e fontes de avaliação que não eram viáveis. Através dos recursos metodológicos selecionados para este estudo não foi possível obter um diagnóstico preciso, porém, torna evidente o uso arriscado que os adolescentes, de maneira geral fazem de algumas drogas, principalmente o álcool. Essa informação indica que deve ser tomada alguma atitude no intuito de inibir o consumo abusado e arriscado.

Ao associar qualidade de vida e uso de droga imagina-se de imediato, que a relação é inversa: quanto mais se consome drogas, menor a qualidade de vida. Este e vários outros estudos mostram que esta relação é verdadeira, quando há características suficientes para um diagnóstico de dependência química ou um uso / abuso que podem causar danos evidentes aos indivíduos envolvidos (incluindo-se familiares). Mesmo que o abuso seja intenso (toda sexta, sábado e domingo, por exemplo) e arriscado (beber e dirigir ou se expor a sexo sem preservativo), enquanto não há prejuízo, não se relata perda de qualidade de vida. É importante lembrar que o uso de drogas, numa intensidade em que o prejuízo não é visível, dá prazer, alegria, euforia, relaxamento, bem-estar, ou seja, contribui para um auto-relato de boa qualidade de vida. Por outro lado, a escalada para a dependência química, vai proporcionando uma gradativa redução da qualidade de vida, mas que, não é sentida nessa amostra por não se tratar, em sua maioria, de dependentes químicos. Nessa idade, alguns podem estar caminhando para a dependência, mas dificilmente já a alcançaram. Pelo contrário, a maioria relata boa qualidade de vida. Estes resultados

sugerem que a percepção da saúde pode não corresponder às condições reais de saúde. Se 37% dos adolescentes da amostra fazem “uso pesado” de álcool, provavelmente, algum prejuízo a médio e longo prazo haverá: familiar, social, físico, etc. Sabe-se que o álcool e o tabaco são as drogas que mais matam no mundo e, a mortalidade causada por todas as outras drogas juntas, não se aproxima dos índices dessas duas lícitas no Brasil. Resultados como este sugerem que há necessidade de mobilização do poder público para mudar esta realidade.

Observa-se também, algumas características comuns entre os que mais consomem drogas e os que menos consomem. Os que relataram menor uso tendem a ter melhor resultado em alguns domínios de qualidade de vida, são eles: Domínios: Físicos tanto no SF-36 quanto no WHOQOL-100; capacidade funcional (SF-36), Aspectos Sociais (SF-36), Estado Geral de Saúde (SF-36) e Nível de Independência (WHOQOL-100). Por outro lado, aqueles que revelaram consumo mais intenso apresentaram pontuações mais baixas nos domínios: Saúde Mental (SF-36), Capacidade Funcional (SF-36), Aspectos Físicos (SF-36 e WHOQOL-100), Aspectos Sociais (SF-36) e Estado Geral de Saúde (SF-36). Estes resultados sugerem alguns pontos fracos comuns entre os que usam drogas. Uma hipótese para a intervenção nesse grupo é incentivar melhorias nos domínios em que os que mais usam drogas demonstraram fragilidade. Medidas como estas podem, de forma indireta, contribuir para a redução do consumo. Caso não contribuam para esse fim, ao menos melhorarão a qualidade de vida dessa população, pelo desenvolvimento de novos recursos e novas habilidades. Por outro lado, os recursos apresentados por aqueles que menos consomem drogas podem ser otimizados por dois motivos: para que possam se beneficiar amplamente deles e para que possam contribuir mais efetivamente com a comunidade em que vivem.

Outro aspecto levantado por este estudo e que merece atenção foi a identificação de regiões de São Paulo que mais consomem e que menos consomem drogas. Saber que as regiões Oeste e Norte são as que mais consomem drogas torna emergencial algum tipo de intervenção para alterar essa realidade. Por outro lado, conhecer os motivos que levam os adolescentes das regiões Leste e Sul a consumirem menos drogas pode fornecer instrumentos para uma intervenção eficaz nas Regiões Norte e Oeste. Conhecer os aspectos que levam os adolescentes da região Oeste a ter a qualidade de vida tão superior aos das

regiões Leste e Sul também pode instrumentalizar as autoridades para intervenção e melhoria destas condições. Apesar da qualidade de vida ter se apresentado mais alta entre as escolas particulares, algumas escolas públicas se destacaram positivamente, revelando qualidade de vida similar à mencionada pelas escolas particulares. São elas: as escolas localizadas nas Diretorias de Ensino Leste 1 e na Região Sul 2. Estas escolas além de boa qualidade de vida, ficaram entre os que mostraram menores índices do consumo de droga. Por outro lado, a escola localizada na Diretoria de Ensino Sul 3 apresentou os piores resultados na qualidade de vida. Investigar mais aprofundadamente estes aspectos pode contribuir para a elaboração de intervenções eficazes em regiões necessitadas.

Este estudo forneceu informações detalhadas sobre a qualidade de vida, uso de droga, condições intelectuais e condições sócio-econômicas de cada uma das 22 escolas investigadas. Em posse dessas informações é possível desenvolver programas de prevenção e de promoção de saúde fundamentados em informações reais e precisas. A partir desses dados, é possível conhecer os pontos fracos e fortes que indicam quais os recursos positivos e quais os negativos que precisam de intervenção. Os recursos positivos podem servir de aliados na construção de mecanismos de enfrentamento das carências e dificuldades. Estes resultados podem instrumentalizar as escolas e as Diretorias de Ensino para aumentar seu potencial promotor da saúde.

Quanto ao consumo de drogas entre gêneros verificou-se que as meninas tendem a experimentar mais drogas do que os meninos, no entanto, nos consumos freqüente e pesado, observa-se que ambos mantêm o mesmo nível. A droga mais consumida em todos os níveis de uso e nos dois gêneros é o álcool, as meninas consomem mais anfetaminas e tranqüilizantes e os meninos mais maconha em todos os níveis de uso. Os resultados mais inusitados encontrados nesta comparação foram: a redução do “uso pesado” de tabaco, quando comparamos com outros estudos e o “uso pesado” de álcool muito alto entre meninas e meninos. A literatura revela que o consumo, principalmente de álcool, está relacionado ao aumento da idade.

Considerando o relacionamento com ambos os pais as pesquisas constataram que o grau e a intensidade de conflitos intrafamiliares determinarão se a família se tornará um fator de incentivo ou de proteção ao uso de drogas. No entanto, ao se avaliar o relacionamento com cada um dos pais o presente estudo identificou que os adolescentes

que relatam um bom relacionamento com a mãe tendem a apresentar um menor consumo de drogas do que os que relatam relacionamento regular, ruim ou não conviver com a mãe. O mesmo não aconteceu com o relacionamento com o pai. Embora seja identificada a tendência de menor consumo entre os que declaram bom relacionamento com o pai, esse resultado não foi tão evidente como o que ocorreu com a mãe. De qualquer forma, os que relataram relacionamento ruim com qualquer um dos pais, tenderam a declarar consumo mais intenso de drogas. Estes resultados apontam para a necessidade de se buscar alternativas de intervenção que visem melhorar as relações intrafamiliares. Os resultados revelam que intervenções como estas podem trazer resultados que contribuam para a redução do consumo. Investir na qualidade das relações familiares (baseadas no respeito, na estabilidade, na confiança, no equilíbrio, no envolvimento familiar com as atividades educacionais e extracurriculares dos filhos) parece ser o mesmo que aumentar os fatores de proteção ao uso de drogas. Além disso, investir em relações familiares saudáveis significa contribuir para o desencadeamento de processos de superação frente às dificuldades.

Foram avaliados dois fatores considerados pelo senso comum como fatores de proteção: a prática de esportes e a religião. A prática de esporte, embora esteja associada a propostas de saúde, no presente estudo não se apresentou como fator de risco nem de proteção ao uso de drogas. A avaliação dos resultados sobre religião mostra que ser protestante ou evangélico tende a ser um fator de proteção ao consumo de drogas, por outro lado, declarar-se sem religião pode ser um fator de risco. Outro resultado inusitado deste trabalho também envolveu o tema religião. Os adolescentes que se identificaram como espíritas tenderam a apresentar maior consumo de drogas que todas as outras religiões. Uma hipótese para este resultado é a de que os espíritas tendem a pertencer às classes mais altas quando comparados ao protestante / evangélicos e, como nesse estudo, os estudantes das classes mais altas demonstraram consumir mais drogas, os espíritas se apresentaram dessa forma. Este tema merece maior aprofundamento através de novos estudos.

Outro tema abordado por este estudo foi a resiliência. Estudantes com características de resiliência foram encontrados e observou-se alguns aspectos comuns entre eles quando comparados com a amostra geral: eles fazem parte de ambientes com baixo índice de consumo de drogas, relatam apoio e suporte familiar; todos os resilientes declaram bom relacionamento com a mãe e; indicam auto-estima elevada. Contudo, pela revisão da

literatura identificou-se que processos de resiliência podem ser acionados ou não, mesmo em ambientes caracterizados pelo excesso de fatores de risco, pobreza e dificuldades de maneira geral. A intervenção, nestes casos, pode ser o fortalecimento dos fatores de proteção à vida e à saúde disponíveis nos indivíduos daquela comunidade. É importante introduzir ou detectar aspectos de grande valia que possam influenciar na redução dos riscos. Alguns destes aspectos são: a estrutura familiar, a prática religiosa, a disponibilidade de informações necessárias, o estabelecimento de perspectivas de futuro, recursos sociais e ambientais. No entanto para se obter informações mais precisas sobre esse tema, há necessidade de investigações mais aprofundadas que, inclusive, já vêm sendo conduzidos pela própria pesquisadora.

Observando as propostas de intervenção oferecidas pela literatura e analisando as mais indicadas pelas questões emergidas deste estudo, observa-se que é quase unânime a indicação de alguma forma de educação como solução. Independentemente dos riscos apresentados, dos problemas ou das dificuldades, a sugestão sempre está ligada a programas, projetos, ações, medidas que incluem a educação num sentido mais amplo, ou seja, a criação de programas educativos locais, que envolvam as características, anseios, dificuldades, potencialidades de uma determinada população. Através desse estudo, é possível conhecer os adolescentes estudantes do Ensino Médio de São Paulo e, a partir destes dados, desenvolver ações locais buscando o aumento da qualidade de vida e conseqüente redução de riscos.

As reflexões aqui apresentadas indicam a necessidade de desenvolver uma proposta de Escola Promotora da Saúde que se empenhe na promoção do ser humano de forma integral, através do aumento da qualidade de vida da comunidade envolvida. Discussões sobre educação e saúde com vistas à promoção poderão evoluir para a elaboração de projetos e programas que promovam a saúde e o bem estar de cada indivíduo, de cada comunidade, e, conseqüentemente, de cidades, estados e países. A promoção de saúde só pode ser pensada através do fortalecimento das capacidades individuais, mobilização de recursos coletivos, medidas intersetoriais (associação de setores educacionais com setores da saúde e comunitários), valorização da família (o papel do pai, da mãe, a qualidade das relações, etc.), da capacidade de escolha, do conhecimento, da cultura e respeito às diferenças e diversidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, M. T. (2009). *Adaptação Transcultural do ?Vécu et Santé Perçue de l'adolescent?, um instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
- Almeida, R. & Monteiro, P. (2001). Trânsito religioso no Brasil. *São Paulo Perspectiva*, 15(3), 92-100.
- Almeida, L. S., Lemos, G., Guisande, M. A. & Primi, R. (2008). Inteligência, escolarização e idade: normas por idade ou série escolar? *Avaliação psicológica*, 7(2), 117-125.
- Andriola, W. B. (1997). Avaliação do raciocínio verbal em estudantes do 2º grau. *Estudos de psicologia (Natal)*, 2(2), 277-285.
- Amoateng, A.Y. & Bahr, S. J. (1986). Religion, family, and adolescent drug use. *Sociological Perspectives*, 29(1), 53-76.
- Amorim, G. G. (2007). *Comportamento de risco na alta adolescência: um estudo de caso em proposta transdisciplinar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília.
- Amparo, D. M., Galvão, A. C. T., Alves, P. B., Brasil, K. T. & Koller, S. H. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de psicologia (Natal)*, 13(2), 165-174.
- Aquino, E. M. L., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. C., Araújo, J. & Menezes, G. (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(supl.2), S377-S388.
- Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C. & Castro, M. G. T. (2008). Craving and chemical dependence: concept, evaluation and treatment. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 57(1), 57-63.
- Assis, S. G. & Constantino, P. (2005). Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência e saúde coletiva*, 10(1): 81-90.
- Assis, S. G., Pesce, R.P. & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

- Avanci, J. Q., Assis, S.G. & Oliveira, R. V. C. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 24(10), 2334-2346.
- Barbosa, E. M. S., Petribú, K., Mariano, M. H. A., Ferreira, M. N. L. & Almeida, A. (2008). Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(1), 86-87.
- Barcellos, C. C., Sabrosa, P. C., Peiter, P. & Rojas, L. I. (2002). Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11(3), 129 - 138.
- Barker, C. L., Routledge, J., A., Farnell, D. J., Swindell, R. & Davidson, S. E. (2009). The impact of radiotherapy late effects on quality of life in gynaecological cancer patients. *British Journal of Cancer*, 100(10), 1558-65.
- Barone, L. (2001). Rede Social e Abandono escolar de adolescentes. *Contrapontos*, Ano 1, 3, 23-39.
- Barreira, D. D. & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, 75-80
- Barroso, T, Barbosa, A. & Mendes, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: revisão sistemática. Seminário de Enfermagem avançada, Universidade de Lisboa. Recuperado em 12 de fevereiro de 2010 de: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174301.PDF>
- Baus, J. Kupek, E. & Pires, M. (2002), Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*, 36(1), 40-6.
- Bayma, H. F. A. (2008). *O abandono escolar no ensino fundamental Brasileiro: alguns factores familiares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Benincasa, M., Rezende, M. M. & Coniaric, J. (2008). Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Revista de Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 121-134.
- Benincasa, M. & Rezende, M. M. (2006). Percepção de fatores de risco e de proteção para acidentes de transito entre adolescentes. *Boletim de Psicologia*, v. LVI(125), 2401-250.

- Berlofi, L. M., Alkmin, E. L. C., Barbieri, M., Guazzelli, C. A. F & Araújo, F. F. (2006). Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta paulista de enfermagem*, 19(2), 196-200.
- Berra, S., Bustingorry, V., Diaz, M.P., Rajmila, L. & Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(4), 307-314 / 307.
- Bigelow, A. (2008). *Predictors of Physical Activity and Substance Use in U.S. Adolescents*. Dissertation of Doctor of Philosophy (Nursing), The University of Michigan. Recuperado em 25 de março de 2010 em: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/60720/1/aballard_1.pdf
- Bird, C. E. & Rieker, P. P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine*, 48(6), 745-755.
- Boruchovitch, E. (1999). Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para a prática educacional. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12(2), 361-376.
- Bosma, I., Reijeveld, J. C., Douw, L., Vos, M. J., Postma, T. J., Aaronson N. K.; Muller, M., Vandertop, W. P., Slotman, B. J., Taphoorn, M. J., Heimans, J. J. & Klein, M. (2009). Health-related quality of life of long-term high-grade glioma survivors. *Neuro-Oncology*, 11(1), 51-8.
- Broecker, C. Z. & Jou, G. I. (2007). Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. *Psico USF*, 12(2), 269-279.
- Bucher, R. (1992). Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Calazans, R. & Lustoza, R. Z. (2008). A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 60(1), 124-131.
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C. & Gouveia, N. (2000). Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 34(6), 636-45.
- Carssola, R. M. S. (1987). Comportamentos Suicidas na Infância e Adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(3), 137-144.
- Carter, W. B., Robbitt, R. A., Bergner, M. & Gilson, B. S. (1976). Validation of an interval scaling: the sickness impact profile. *Health Services Research*, 11(4), 516-528.

- Carvalho, V. & Cotrim, B. C. (1992). Atividades extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. *Revista de Saúde Pública*, 26(3), 145-149.
- Catalano, R., Morrison, D., Wells, E. & Gillmor, M. (1992). Ethnic differences in family factors related to early drug initiation. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*, 53, 208-17.
- Cavaco, V. C. S. C., Jesus, S. N. & Rezende, M. M. (2010). Percepção de estilos parentais na toxicodependência. *Boletim de Psicologia*, 2010, LIX(131), 179-190
- Cavalcante, T. M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista psiquiatria clínica*, 32(5), 283-300.
- Cavalcante, M. B. P. T., Alves, M. D. S. & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva de promoção da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3): 555-59.
- CEPAL – Comissão Econômica Para a América Latina e o Caribe. (2007). *Anuário Estadístico de América Latina y El Caribe*. 2006. Santiago, Chile. CEPAL/ONU. Recuperado em 18 de maio de 2010 de:
<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/35327/ANUARIO2008.pdf>
- Chalem, E., Mitsushiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C. M., Guinsburg, R. & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 23(1), 177-186.
- Chaves, L. M., Matías-Carrelo, L., Barrio, C. & Canino, G. (2007). The Cultural Adaptation of the Youth Quality of Life Instrument-Research Version for Latino Children and Adolescents. *Journal of child and family studies*, 16(1), 72-86.
- Chen, X., Zheng, Y., Zheng, W., Gu, K., Chen, Z., Lu, W., Shu, X. O. (2009). The effect of regular exercise on quality of life among breast cancer survivors. *American Journal Epidemiology*, 170(7), 854-62.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I. & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira Reumatologia* 39(3), 143-150.
- Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A.C., Bromberger, J.T., Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1195–1203.

- Combs, G., Luthans, F. & Griffith, J. (2009). Learning motivation and transfer of human capital development: Implications from psychological capital. *The Peak Performing Organization*, ed. Ronald J. Burke and Cary L. Cooper (London & New York: Routledge/Taylor & Francis, 2009), 73–91. Recuperado em 19 de maio de 2010 de: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?>
- Costa, R., Silva, K. R., Mendonça, R. C., Nishioka, S., Siqueira, S., Tamaki, T. W., Crevelari, E. S., Moreira, L. F. P. & Martinelli Filho, M. (2007). Incidência de Choques e Qualidade de Vida em Jovens com Cardioversor-Desfibrilador Implantável. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 88(3), 258-264.
- Costa, J. B. P. & Valerio, N. I. (2008). Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas em psicologia*, 16(1), 119-132.
- Couto, M. T. (2001). Religiosidade, reprodução e saúde em famílias urbanas pobres. *Interface (Botucatu)*, 5(8), 27-44.
- Crowe, J. & Ferreira, S. L. (2006). Jardim Angela: em defesa da vida. *Divulgação em saúde para debate*, (35), 85-91.
- Cruz, E. B. S., Simoes, G. L. & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia*, 27(4), 181-188.
- Cunha, J. A. *et al.* (2000). *Psicodiagnóstico – V.* 5ª edição revista. Porto Alegre. Artes Médicas Sul.
- Dalben, J. X. & Dell’Aglío, D. D. (2008). Apego em adolescentes institucionalizadas: processos de resiliência na formação de novos vínculos afetivos. *PSICO*, PUCRS, 39(1), 33-40.
- Dalgalarrondo, P., Soldera, M. A., Correa Filho, H. R. & Silva, C. A. M. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(2), 82-90.
- Dalgalarrondo, P., Soldera, M. A., Correa Filho, H. R. & Silva, C. A. M. (2005). Jovens pentecostais: uso de drogas e saúde mental. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 54(3), 182-190.
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. (2010). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Recuperado em 18 de maio de 2010 de:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203>

- Degenhardt, L., Chiu, W-T, Sampson, N., Kessler, R. C., Antony, J. C., Angemeyer, M., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Gureje, O., Huang, Y., Karam, A., Kostyuchenko, S., Lepine, J. P., Medina-Mora, M. E., Neumark, Y., Ormel, J. H., Pinto-Meza, A., Posada-Villa, J., Sein, D. J., Takeshima, T. & Wells, J. E. (2008). Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 5(7). Recuperado em 5 de janeiro de 2010 de: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>
- De Micheli D., Formigoni M. L. O. S. (2001). As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 2(1), 20-30.
- Deslandes, S. F., Mendonça, E. A., Caiaffa, W. T. & Doneda, D. (2002). As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 141-151.
- Dezontine, F. R., Nascimento, J. W. L., Menezes, F. G., Godoy, M. P. & Antonialli, M. M. S. (2007). Uso de drogas entre adolescentes estudantes de escola da rede privada em São Paulo. *Conscientiae Saúde*, 6(2), 323-328.
- Dias, L. S., Nazareno, E., Zanini, D. S. & Mendonça, H. (2008). Vestibular e Adolescência: Perspectivas teóricas e Implicações Sócio-psicológicas. *Fragmentos de Cultura*, 18(7/8), 625-636.
- Di Pierro, M. C., Joia, O. & Ribeiro, V. M. (2001). Visões da educação de jovens e adultos no Brasil. *Caderno CEDES*, 21(55), 58-77.
- Dolto, F. (1990). *A causa dos Adolescentes*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Duarte, Y. A O, Lebrão, M. L., Tuono, V. L. & Laurenti, R. (2008). Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil do idoso no município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 5(24), 173-177.
- Duarte, P. S., Miyazaki, M. C. O. S., Ciconelli, R. M. & Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(4), 375-381.

- Dunn, M. S. (2010). Effects of physical activity on substance use among college students. *American Journal of Health Studies*. Recuperado em 25 de março de 2010 de: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CTG/is_2-3_18/ai_108194970/
- Dusenbury, L., Kerner, J., Barker, I. & Botvin, G. (1992). Predictors of smoking prevalence among New York Latino youth. *American Journal Public Health*, 82(1), 55-8.
- Dutra, E. M. S. (2001). Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. *Mudanças: Psicoterapias e Estudos Psicossociais*, 9(15), 27-35.
- Eisen, S. V., Wilcox, M., Leff, H. S., Schaefer, E. & Culhane, A. (1999). Assessing behavioral health outcomes in outpatient programs: Reliability and validity of the BASIS-32. *The Journal of Behavioral Health and Research*, 26(1), 5-17.
- Eisenstein, E. (2003). Adolescência e sociedade: expectativas diferentes ou complementares? *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 684-686.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia Reflexão Crítica*, 18(3), 381-389.
- Farias Junior, J. C. (2008). Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. *Revista Brasileira Medicina Esporte*, 14(2), 109-114.
- Feijó, R. B. & Oliveira, E. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77 (Supl.2), 125-134.
- Ferigolo, M., Barbosa, F. S., Arbo, E.; Malysz, A. S., Stein, A. T., Barros, H. M. T. (2004). Prevalência de consumo de drogas na FEBEM. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(1), 10-16
- Ferreira, M. A., Alvim, N. A. T., Teixeira, M. L. O. & Veloso, R. C. (2007). Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto contexto – enfermagem*, 16(2), 217-224.
- Ferreira, S. L. (2008). Estudo comparativo sobre o adolescente autor de ato infracional no centro (Estados Unidos da América) e na periferia (Brasil) do capitalismo *Revista Urutágua - revista acadêmica multidisciplinar. (Maringá)*, n.14. Recuperado em 04 de dezembro de 2009 de: <Http://www.urutagua.uem.br/014/14ferreira.htm>.
- Figlie, N., Fontes, A., Moraes, E. & Paya, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?. *Revista psiquiatria clínica*, 31(2), 53-62 .

- Figueira, T. R., Ferreira, E. F., Schall, V. T. & Modena, C. M. (2009). Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare. *Revista Saúde Pública*, 43(6), 937-943.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência saúde coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- Fonseca, M. S. (2002). Aquisição de drogas: um estudo entre estudantes brasileiros. *Psicologia USF*, 7(2), 153-162.
- Fonseca, W. C. (2003). *Padronização da bateria de Orientação profissional (BOP) para adolescentes de São Paulo*. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para o título de doutor. São Paulo.
- Freitas, G., Vaz, S. & Botega, N. J. (2002). Gravidez na Adolescência: Prevalência de Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245-249.
- Frugoli Jr., H. (2000). *Centralidade em São Paulo: trajetórias, conflitos e negociações na metrópoli*. São Paulo. Cortez. Editora da Universidade de São Paulo.
- Funari, P. P. A. (2001). Os desafios da destruição e conservação do Patrimônio Cultural no Brasil. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 41(½), 23-32.
- Galban, L. Y. P., Rodrigues, L. C., Cruz, M. P., Arencibia, T. G. & Alvarez, M. G. (2002). Comportamiento Del intento suicida em um grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana Medicina Militar*, 31(3):182-187.
- Galduroz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M. & Carlini, E. A. (2004). *V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

- Galduroz, J. C. F., Sanches, Z. M., Opayele, E. S., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Gomes, P. C. S. & Carlini, E. A. (2010). Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Revista Saúde Pública*, 44(2), 267-273.
- Genari, C. H. M. (2006). *Motivação no contexto escolar e desempenho acadêmico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- Gevaerd, M. S., Faccin, J. W. B., Silveira, M. A., Higa, D. F. & Sacomori, C. (2004). *Atividade Física e Conscientização na Prevenção ao Uso Indevido de Drogas*. In 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária (p.7). Belo Horizonte.
- Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Caderno Saúde Pública*, 18 (supl.), S103-S112.
- Góes, F. P. S. (2004). *Histórias de Vida de Meninos de Rua: desconstruindo o estigma*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Gomes, J. P. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32(1), 84-91.
- Gomes, C. M. A. & Borges, O. (2009). Qualidades psicométricas do conjunto de testes de inteligência fluida. *Avaliação psicológica*, 8(1), 17-32.
- Goméz, M. N. G. (1984). *Informação e conhecimento*. Ciência da Informação, Brasília, DF, Brasil. Recuperada em 05 de maio de 2010 de:
<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/1445/1064>.
- Gonzáles, G. B., Cedeño, M. A., Penna, M., Caris, L., Delva, J. & Antony, J. C. (1999). Estimated occurrence of tobacco, alcohol, and other drug use among 12- to 18-year-old students in Panama: results of Panama's 1996 National Youth Survey on Alcohol and Drug Use. *Revista Panamericana Salud Publica*, 5(1), 9-16.
- González, F. M. (2001). Prevención familiar del consumo de drogas. *Transtornos Adictivos*, 3(4), 262-279.
- Goulart, R. M. M. (2006). Promoção de Saúde e o Programa Escola Promotora da Saúde. *Cadernos de Saúde*, 1(1): 5-13.
- Guimarães, J. L., Godinho, P. H., Cruz, R., Kappan, J. I. & Tosta Junior, L. A. (2004). Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista Saúde Pública*, 38(1), 130-132.

- Guimarães, S. P. & Campos, P. H. F. (2007). Norma social violenta: um estudo da representação social da violência em adolescentes. *Psicologia Reflexão Crítica*, 20(2), 188-196.
- Grossman, E. & Cardoso, M. H. C. (1997). As bases conceituais dos documentos oficiais de atenção à saúde do adolescente. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 7(2), 01-11.
- Haider, S. Y. (2008). *Socioeconomic differences in drug use among older people*. Thesis for doctoral degree (Ph.D.), Karoliska Institutet, Stockholm, Sweden. Recuperado em 04 de março de 2010, de: <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-072-7/thesis.pdf>
- Harwood, R. H., Rogers, A., Dickinson, E. & Ebrahim, S. (1994). Measuring handicap: the London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. *Quality & Safety in Health Care*; 3(1), 11-16.
- Heck, V. S., Yates, D. B., Poggere, L.C., Tosi, S. D., Bandeira, D. R. & Trentini, C. M. (2009). Validação dos subtestes verbais da versão de adaptação da WASI. *Avaliação psicológica*, 8(1), 33-42.
- Heilborn, M. L. (1999). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Hermos, J., Winter, M., Heeren, T. & Hingson, R. (2009). Alcohol-Related Problems Among Younger Drinkers Who Misuse Prescription Drugs: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Substance Abuse*, 30(2), 118 – 126.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1999). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de População e Indicadores Sociais. *População Jovem no Brasil*. Rio de Janeiro.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2003). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Censo Demográfico 2000. Educação*. Rio de Janeiro.
- INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2006). Ministério da Educação e Cultura. *Relatório de Gestão Secretaria de Educação Básica, 2006*. Recuperado em 18 de maio de 2010 de: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2007/relgest_06.pdf
- Jill, W. S., Ram, A. C. & Richard, J. G. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30(2), 231-249.

- Jinez, L. J., Souza, J. R. M. & Pillon, S. C. (2009). Drug use and risk factors among secondary students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 246-252.
- Jörngarden, A., Wettergen, L. & Essen, L. V. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4: 91. Recuperado em 15 de dezembro de 2009 de: <http://www.hqlo.com/content/4/1/91>
- Jurkevics, V. I. (2004). *Os santos da igreja e os santos do povo: devoções e manifestações de religiosidade popular*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Recuperado em 4 de dezembro de 2009 de: <http://www.poshistoria.ufpr.br/documentos/2004/Veraluciajurkevics.pdf>
- Kaplan, R. M., Anderson, J. D. & Ganiats, T. G. (1993). The quality of well-being scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(6), 509-520.
- Kessler, F., Von Diemen, L., Segnfredo, A. C., Brandão I., Saibro P., Scheidt B., Grillo R. & Ramos, S. P. (2003). Psychodynamic of the adolescent involved with drugs. *Revista de psiquiatria do Rio Grande Sul*, 25(supl.1), 33-41.
- Kidd, S. A. & Kral, M. J. (2002). Suicide and prostitut among street youth: a qualitative analisis. *Adolescence*, 37(146), 411-430.
- Knobel, M. (1981). *A síndrome da adolescência normal*. In: Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência Normal*. Trad. Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Landgraf, J. M., Maunsell, E., Speechley, K. N., Bullinger, M., Campbel, S., Abetz, L. & Ware, E. (1998). Canadian-French, German and UK versions of the Child Health Questionnaire: methodology and preliminary item scaling results. *Quality of Life Research*, 7(5): 433-445.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. Trad. Donnangelo, M.C.F.; Goldbaum, M. e Ramos, U.S. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil.
- Lei, D. L. M., Chaves, S. P., Lerner, B. R. & Stefanini, M. L. R. (1995). Retardo do crescimento físico e aproveitamento escolar em crianças do Município de Osasco, área Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 11(2), 238-245.

- Lima, F. O., Ude, W. E., Miguel, A. C. R. & Braga, L. Z. L. (2005). Qualidade de Vida e Grupo de Adolescentes: uma Experiência no *Projeto Rede Coltec: Juventude, Famílias e Projeto de Vida*. SIEXBRASIL: 17832. Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG. Área Temática Principal: promoção da saúde e qualidade de vida. Belo Horizonte.
- Lindstrom, B. (2001). O significado de resiliência. *Adolescencia Latinoamericana*, 2(3):133-137.
- Liu, R., Page, M., Solheim, K., Fox, S. & Chang S.M. (2009). Quality of life in adults with brain tumors: current knowledge and future directions. *Neuro-Oncology*, 11(3), 330-339.
- Lomonaco, J. F. B., Faria, A. R., Pullin, E. M. M. P., Martins Neto, H., Amêndola, M. B. & Martins, R. H. S. C. A (1981). Interpretação de provérbios em função do sexo e da idade. *Psicologia ciência e profissão*, 1(2), 69-86.
- Lopes, R. E., Adorno, R. C. F., Malfitano, A. P. S., Takeiti, B. A., Silva, C. R. & Borba, P. L. O. (2008). Juventude pobre, violência e cidadania. *Saúde sociedade*, 17(3), 63-76.
- Luthar, S. S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Lyra, J., Medrado, B., Nascimento, P., Gallindo, D., Moraes, M. & Pedrosa, C. (2002). “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete.” Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direito. *Caderno Cedes*, 22(57), 9-21.
- Macedo, A. C, Paim, J. S, Silva, L. M. V. & Costa, M. C. N. (2001). Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Revista Saúde Pública*, 35(6), 515-522.
- Machado, N. O, Saito, M. I. & Szarfarc, S. C. (2007). Características sócio-demográficas e reprodutivas de adolescentes atendidas no pós-parto no Instituto da Criança da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 17(3): 1-7.
- Madeira, F. R. (1993). Pobreza, escola e trabalho: convicções virtuosas, conexões viciosas. *São Paulo em Perspectiva*, 7(1), 70-83.
- Magro, V. M. M. (2002). Adolescentes como autores de si próprios: cotidiano, educação e hip hop. *Caderno Cedes*, 22(57): 63-75.
- Maia, A. C. S. B. (2008). *Saúde e Adolescência - Hábitos e Comportamentos dos adolescentes que freqüentam clínica privada no conselho do Barreiro*. Dissertação de Mestrado em

Ciências da Educação, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

- Manificat, S. & Dazord, A. (1997). Evaluation de la qualité de vie de l'enfant : Validation d'un questionnaire, premiers résultats = Evaluation of the child's quality of life: validation of a questionnaire and first results. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(3), 106-114.
- Marcondes, W. B., Rotenberg, L., Portela, L. F. & Moreno, C. R. C. (2003). O peso do trabalho "leve" feminino à saúde. *São Paulo Perspectiva*; 17(2), 91-101.
- Marklund, B., Ahlstedt, S. & Nordström, G. (2004). Health-related quality of life among adolescents with allergy-like conditions – with emphasis on food hypersensitivity. *Health Quality of Life Outcomes*, 2(1), 65. Recuperado em 15 de dezembro de 2009 de: <http://www.hqlo.com/content/2/1/65>.
- Marriel, L. C., Assis, S. G., Avanci, J. Q. & Oliveira, R. V. C. (2006). Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, 36(127), 35-50.
- Martin, R. H. C., Uezu, R., Parra, S. A., Arena, S. S., Bojikian, L. P. & Böhme, M. T. S. (2001). Auto-avaliação da maturação sexual masculina por meio da utilização de desenhos e fotos. *Revista Paulista de Educação Física*, 15(2): 212-22.
- Martins, P. O., Trindade, Z. A. & Almeida, A. M. O. (2003). O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia Reflexão Crítica*, 16(3), 555-568.
- Maslow, A. M. (1987). *Motivationn and personality*. New York: Harper & Row
- Matheus, T. C. (2008). Quando a adolescência não depende da puberdade. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 11(4), 616-625.
- MEC – Ministério da Educação, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. (2008). *Reestruturação e Expansão do Ensino Médio no Brasil*. Brasília. Recuperado em 18 de maio de 2010 de: HTTP://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2009/gt_interministerialresumo2.pdf
- Mendes, S. M. C. (2006). *Educação e Desenvolvimento: as conseqüências do abandono escolar precoce na inserção da vida activa – estudo de caso sobre o ensino básico no Conselho de Beja*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento, Diversidades Locais e Desafios Mundiais, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Menezes Filho, N. (2007). *Os determinantes das Matrículas no Ensino Fundamental e Médio*. Ibmec São Paulo e FEA-USP. Seminário PNAD – C GEE. Recuperado em 02 de dezembro de 2009 de:
www.cgee.org.br/arquivos/pnad_m1_03
- Michalak, L., Trocki, K. & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking? *Drug and Alcohol Dependence*, 87 (2-3), 268-280.
- Minayo, M. C. S. & Souza, E. R. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência. saúde coletiva*. 4(1), 7-23.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência saúde coletiva*. 5(1), 7-18.
- Ministério da Saúde (BR). (1989). *Programa de Saúde do Adolescente*. Bases programáticas. Brasília (DF): O Ministério. Recuperado em 18 de maio de 2010 de:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/perfis_de_saude_e_mortalidade.pdf
- Ministério da Saúde. (1996). *Programa de atenção à saúde integral do adolescente*. (PROSAD). Recuperado em 18 de maio de 2010 de:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolejuventu2.swf>
<http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=55946>
- Ministério da Saúde. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Revista Saúde Pública*, 36(4): 533-535.
- Ministério Da Saúde. (2004). *Religião afasta jovens das drogas*. Recuperado em 17 de março de 2010 de: <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/NOTCod=55946>
- Moore, M. J.; Werch, C. E. (2005). Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *Journal Adolescence Health*, 36(6), 486-493.
- Moraes, M. (2008). Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Ciência saúde coletiva*, 13(1), 121-133.
- Moreira, F. G., Silveira, D. X. & Andreoli, S. B. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência saúde coletiva*, 11(3), 807-816.

- Mota, C. P. & Matos, P. M. (2009). Apego, Conflito e Auto-Estima em Adolescentes de Famílias Intactas e Divorciadas. Universidade do Porto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 344-352.
- Moura, J. B. V. A., Lourinho, L. A., Valdês, M. T. M., Frota, M. A. & Catrib, A. M. F. (2007). Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História, ciencia, saude-Manguinhos*, 14(2), 489-501.
- Movimento nossa São Paulo. (2008). A cada assassinato em Moema, 130 são mortos no Grajaú. Notícia veiculada em 23/01/2008 - 14:22h. Recuperada em 06 de maio de 2010 de: <http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/node/129>
- Muza, G. M., Bettiol, H., Muccillo, G. & Barbieri, M.A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares em Ribeirão Preto, SP (Brasil). Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*, 31, 21-29.
- Nascimento, A. (2009). *Uso de solventes por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Brasília (UnB).
- Navarro K.M. (2005). *O significado da escola para o jovem estudante do Ensino Médio noturno* Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.
- Neri, A. L. (2001). *Envelhecimento e qualidade de vida em mulher*. In 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas. Recuperado em 02 de dezembro de 2002 em: <http://portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/2congresso.pdf>.
- Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil*. Abordagem de Mussen. Artmed, São Paulo.
- Noronha, M. G. R. C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P. & Centa, M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência saúde coletiva*, 14(2): 497-506.
- Nunomura, M., Teixeira, L. A. C. & Caruso, M. R. F. N. (2004). Níveis de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 3(3), 125-134.
- OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas. (2010). *Estudantes de ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino das 27 capitais Brasileiras*. Recuperado em 03 de março de 2010, em:

http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/indicadores/327431.pdf

- Oliveira, M. W. (1998). Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. *Cadernos Cedes*, 19(45): 48-70.
- Oliveira, B. R. G. & Robazzi, M. L. C.C. (2001). O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(3): 83-89.
- Oliveira, D. C., Amaral, M. A., Triguieri, M. C., Teixeira, V. & Sá, C. P. (2005). A positividade e a negatividade do trabalho nas representações sociais de adolescentes. *Psicologia Reflexão Crítica*; 18(1), 125-133.
- Olukoya, A. A., Kaya, A., Ferguson, B. J. & Abouzahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *Internal Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(2), 137-147.
- ONU – Organização das Nações Unidas. (2006). *Oficina contra las drogas y el delito. Jovenes y drogas en paises sudamericanos: un desafio para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria*. Sistema subregional de informacion e investigación sobre drogas en Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Peru e Uruguay. 2006. Recuperado em 06 de janeiro de 2010 de: www.cicad.oas.org
- ONU – Organización de las Naciones Unidas. (2010). *Informe mundial sobre las drogas*. Publicacion de las Naciones Unidas. Número de Venta S.08.XI.1978-92-1-348132-5, 2008. Recuperado em 05 de janeiro de 2010 de: www.unodc.org/documents/wdr/WDR.../Executive_summary_Spanish.pdf
- OPAS / OMS (Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde). (2006). *Manual para atenção e manejo integral de usuários de drogas vivendo com HIV / Aids na América Latina e Caribe*. Washington, D.C. Recuperado em 18 de maio de 2010 de: http://www.paho.org/Portuguese/DD/PUB/guia_sida_port_HR.pdf
- Pagani, T. C. S. & Pagani Junior, C. R. (2006). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Revista de Ciências Biológicas e Saúde*, 1(1), 32-37.
- Paiva, V., Peres, C. & Blessa, C. (2002). Jovens e Adolescentes em Tempos de Aids: Reflexões Sobre uma Década de Trabalho de Prevenção. *Psicologia USP*, 13(1), 55-78.

- Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). Positive Psychology: a new approach to old questions. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17(36), 9-20.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R. & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista psiquiatria clínica*, 34(1), 105-115.
- Parkerson, G. R., Broadhead, W. E. & Tse, C. K. (1990). The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical care*, 28(11), 1056-72.
- Pechansky, F., Szobot, C. M. & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (suppl.1), 14-17.
- Pereira, F. J. & Del Vecchio, F. B. (2006). Estudo das relações entre qualidade de vida e nível de atividade física em escolares de Campinas. *Movimento e Percepção*, 6(9): 71-81.
- Perthus, I., Picard, V., Gerbaud, L., Clément, G., Laquet, A., Reynaud, M. & Glanddier, Y. (2003). Évaluation des consommations à risque. *Alcoologie et Addictologie*, 25(2), 99-104.
- Pidala, J., Anasetti, C. & Jim, H. (2009). Quality of life after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood*, 114(1), 7-19.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C. & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687-707.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75.
- Pinsky, I. & Silva M. T. A. (1999). A frequency and content analysis of alcohol advertising on Brazilian television. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60(3), 394-9.
- Pires, C. F. (2002). *Uso do tabaco e do álcool por estudantes adolescentes de escolas pública e particular de Teresina – Piauí*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo.
- Poletto, M. (2007). *Contextos ecológicos de promoção de resiliência em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Ecological contexts: furthering resilience, risk and protection factors. *Estudos psicologia (Campinas)*, 25(3), 405-416.

- Poliche, A. H. (2006). *A progressão continuada e suas implicações na avaliação da aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- Pomar, W. (2009). China - 60 anos de República Popular. *Revista Espaço Acadêmico*, 9(101): 71-78.
- Portes, P. R., Shandhu, D. S. & Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: a psychological interpretation and contextual factors. *Adolescence*, 37(148), 1-5.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2007). Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro. *Paidéia*, 17(36), 103-114
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 203-211.
- Prefeitura de São Paulo. (2002). *Pobreza e violência no município de São Paulo*. Secretaria do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Recuperado em 07 de abril de 2010 de: www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/
- Prefeitura de São Paulo. (2010). *Dados Demográficos dos Distritos pertencentes as Subprefeituras e Distritos Municipais da cidade de São Paulo*. Secretaria Municipal de Coordenação de Subprefeituras. Recuperado em 08 de abril de 2010 de: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758
- Prefeitura de São Paulo. (2004). *Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica*. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde. Recuperado em 17 de maio de 2010 de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mortalidade%202001.pdf>
- Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Legislação Social. Recuperado em 17 de maio de 2010 de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Raphael, D., Rukholm, E., Brown, I., Hill-Bailey, P. & Donato, E. (1996). The Quality of Life Profile--Adolescent Version: background, description, and initial validation. *Journal Adolescent Health*, 19(5), 366-75.

- Ribeiro, M. & Marques, A. C. P. R. (2002). Abuso e Dependência da Anfetamina. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. Recuperado em 07 de janeiro de 2010 de:
http://200.98.209.20/diretrizes/pdf/abuso_anfetamina.pdf
- Rigoni, M. S., Oliveira, M. S., Moraes, J. F. D. & Zambom, L. F. (2007). The use of cannabis in adolescence and it's effects in the cognitive functions. *Psicologia em estudo*, 12(2), 267-275.
- Rocha, S. (2003). Trabalho precoce: realidade social e desafio de política pública. *Nova Economia*, 13(2), 61-80.
- Rocha, T. H. R., Ribeiro, J. E. C., Pereira, G. A., Aveiro, C. C. & Silva, L. C. A. M. (2006). Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psicologia USF*, 11(1), 95-102.
- Rodrigues, L. P., Angelico, S., Saraiva, L. & Bezerra, P. (2007). Estabilidade da aptidão física na transição da infância (7-9 anos) para a puberdade (15 anos): o Estudo Morfofuncional da Criança Vianense. *Revista Portuguesa de Ciencias do Desporto*, 7(3), 347-357.
- Rodrigues, D. G. & Pelisoli, C. (2008). Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Revista psiquiatria clínica*, 35(5), 171-177.
- Rossi, S. S.; Abate, M. G.; Bragano, M. C. e Botrè, F. (2009). Consumo de substâncias estimulantes y drogas de abuso em El deporte: La experiência italiana. *Adicciones*, 21(3): 239-242.
- Rutter, P. A. & Soucar, E. (2002). Youth suicide and sexual orientation. *Adolescence*, 37(146): 291-299.
- Sabroza, A. R., Leal, M. C., Gama, S. G. N. & Costa, J. V. (2004). Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. *Caderno Saúde Pública*, 20 (suppl.1), S112-S120
- Saito, M. I. (2001). *Adolescência Cultura e Vulnerabilidade e Risco*. A Prevenção em Questão. In: Saito, M. I. & Silva, L. E. V. (2001). *Adolescência Prevenção e Risco*. São Paulo Editora Ateneu , p. 33-38.
- Sanceverino, S. & Abreu, J. L. C. (2004). Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. *Ciência saúde coletiva*, 9(4), 1047-1056.

- Sanchez, Z. V. D. M. & Nappo, S. A. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de saúde pública*, 36(4), 420-430.
- Sanchez, Z. V. M., Oliveira, L. G. & Nappo, S. A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência saúde coletiva*, 9(1), 43-55.
- Sanchez, Z. V. D. M., Oliveira, L. G. & Nappo, S. A. (2005). Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 599-605.
- Sanchez, Z. V. M. (2006). *As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas. A experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 649-659.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência saúde coletiva*, 10(3), 707-717.
- Scivoletto, S., Tsuji, R. K., Abdo, C. H .N., Queiroz, S., Andrade, A. G. & Gattaz, W. F. (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2o grau de São Paulo. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(2), 87-94.
- Scivoletto, S. (2001). *Abuso e Dependência de Drogas*. In : Saito, M. I. & Silva, L. E. V. (2001). *Adolescência Prevenção e Risco*. São Paulo, Editora Ateneu, p. 365-85.
- Segatto, M. L., Silva, R. S., Laranjeira, R. & Pinsky, I. (2008). The impact of alcohol use in patients attended in the emergency room of a university general hospital. *Revista psiquiatria clínica*, 35(4), 138-143.
- Sengik, A. S. & Scortegagna, S. A. (2008). Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 9(1), 73-80.
- Silva, L. V. E. R., Malbergier, A., Stempluk, V. A. & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista Saúde Pública*, 40(2), 280-288.
- Silva, E. F., Pavani, R. A. B., Moraes, M. S. & Chiaravalloti Neto, F. (2006). Drug abuse prevalence among secondary school students in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. *Caderno Saúde Pública*, 22(6), 1151-1158.
- SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade (DATASUS). (2003). *Mortalidade: notas técnicas*. Recuperado em 18 de maio de 2010 de:

<http://www.datasus.gov.br/cgi/sim/obtevit>.

- Simeoni, M.C., Auquier, P., Antoniotti, S., Sapin, C. & San Marco, J.L. (2000). Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A. *Quality of Life Research*, 9, 393-403.
- Simkin, D. R. (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America*, 49(2), 463-477.
- Soares, C. B. & Jacobi, P. R. (2000). Adolescentes, Drogas e AIDS: Avaliação de um Programa de Prevenção Escolar. *Cadernos de Pesquisa*, 109, 213-237. Recuperado em 18 de maio de 2010 de:
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n109/n109a10.pdf>
- Soldera, M. (2001). *Uso de drogas por estudantes de 1º e 2º graus na cidade de Campinas: Prevalência e fatores sócio-demográficos, culturais e psicopatológicos associados*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- Soldera, M., Dalgalarondo, P., Correa Filho, H. R. & Silva, C. A. M. (2004). Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Revista Saúde Pública*, 38(2), 277-283.
- Souza, M. A. (1998). Funcionamento psicodinâmico em drogadictos através do Rorschach. *Boletim de Psicologia*, XLVIII(108): 1-12
- Souza, A. I., Aquino, M. M. A., Cecati, J. G. & Silva, J. L. P. (1999). Epidemiologia do abortamento na adolescência. *RBGO*, 21(3), 161-165.
- Sposito, M. P. & Corrochano, M. C. (2005). A face oculta da transferência de renda para jovens no Brasil. *Tempo sociedade*, 17(2), 141-172.
- Sposito, M. P. (2008). Juventude e Educação: interações entre a educação escolar e a educação não-formal. *Educação e Realidade*, 33(2), 83-98.
- Stevenson, D. A. & Carey, J. C. (2009). Health-related quality of life measures in genetic disorders: an outcome variable for consideration in clinical trials. *American Journal of Medical Genetic. Part C Seminars in Medical Genetics*, 151C(3), 255-60.
- Sudbrack, M. F. O. & Cestari, D. M. (2005). O modelo sistêmico e da educação para a saúde na prevenção da drogadição no contexto da escola: proposta do Projeto Piloto SENAD / MEC e UNB. In *Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente*. (2005). Paulo (SP), Recuperado em 18 de maio de 2010 de:

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200083&lng=en&nrm=iso

- Suplicy, M. (1995). *Sexo para adolescentes*. São Paulo: FTD.
- Taquette, S. R., Ruzany, M. H., Meireles, Z. & Ricardo, I. (2003). Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Caderno Saúde Pública*, 19(5), 1437-1444.
- Tavares, B. F., Béria, J. U. & Lima, M. S. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista Saúde Pública*, 35(2), 150-158.
- Tedesco, J. C. (2002). Os fenômenos de segregação e exclusão social na sociedade do conhecimento. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 13-28 .
- Teixeira, A. F., Aliane, P. P., Ribeiro, L. C. & Ronzani, T. M. (2009). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goianá, MG. *Estudos psicologia (Natal)*, 14(1), 51-57.
- Tomasi, E., Barros, F. C. & Victora, C. G. (1996). Situação sócio-econômica e condições de vida: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 12 (suppl 1), S15-S19.
- Torres, H. G., Marques, E., Ferreira, M. P. & Bitar, S. (2003). Pobreza e espaço: padrões de segregação em São Paulo. *Estudos avançados*, 17(47), 97-128.
- Toscano JR., A. (2001). *Adolescência e Drogas*. In: SEIBEL, S.D. e TOSCANO JR., A. Dependência de Drogas. São Paulo: Editora Ateneu.
- Traverso-Yépes, M. A. & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14 (2): 133-147.
- Tseng, H.M., Lu, J.F.R. & Gandek, B. (2003). Cultural Issues in Using the SF-36 Health Survey in Asia: Results from Taiwan. *Health Quality of Life Outcomes*, 1: 72. Recuperado em 16 de dezembro de 2009 em: <http://www.hqlo.com/content/1/1/72>
- UNESCO. (2004). Relatório de desenvolvimento Juvenil / Júlio Jacobo, Waiselfisz, Brasília / DF / Brasil, 200p.
- Urzua, A & Mercado, G. (2008). La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo - Kindl. *Terapia Psicológica*, 26(1), 133-141.
- Valla, V. V. Pobreza, (2002). Pobreza, Emoção e Saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 63-75. Recuperado em 04 de dezembro de 2009 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/275/27501906.pdf>

- Valenzuela, A. V., Juan, F. R., Montes, M. E. G., Gallegos, A. G. & Rodriguez, A. M. M. (2007). Relación entre La práctica de actividad físico-desportiva y El consumo de alcohol de los ciudadanos de más de 14 anos. *Adicciones*, 19(3), 239-250.
- Vargas, M. L. F. (2009). Estudos sobre o funcionamento do sistema de ensino: da reprodução das desigualdades sociais ao efeito escola. *Cadernos de Educação*, 32, 105 – 122. Recuperado em 05 de maio de 2010 de:
<http://www.ufpel.tche.br/fae/caduc/downloads/n32/06.pdf>
- Varni, J. W., Seid, M. & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL 4.0: Reliability and Validity of Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Medical Care*, 39(8), 800-821
- Vermelho, L. L. & Melo Jorge, M. H. P. (1996). Mortalidade entre jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Revista de Saúde Pública*, 3(4), 319-331.
- Vieira, P. C., Aertz, D. R., Ganzo, C., Freddo, S. L., Bittencourt, A. & Monteiro, L. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 24(11), 2487-2498.
- Waiselfisz, J. J. (2007). *Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007*. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA; Instituto Sangari; Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); Brasília.
- Ware, J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE*, 25(24): 3130–3139.
- Werch, C. C., Moore, M. J., Diclemente, C. C., Bledsoe, R. & Jobli, E. (2005). A multihealth behavior intervention integrating physical activity and substance use prevention for adolescents. *Prevention Science*, 6(3), 213-26.
- Wolff, M. W. & Wolff, K. A. (2002). Personality haracteristics as a function of frequency and type of substance use. *Adolescence*, 37, (148), 705-716.
- Wong, A. (2003). Os usos inadequados e os efeitos adversos de medicamentos na prática clínica. *Jornal Pediatria (Rio de Janeiro)*, 79(5), 379-380.
- Ximenes Neto, F. R. G., Dias, M. S. A., Rocha, J. & Cunha, I. C. K. O. (2007). Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista brasileira enfermagem*, 60(3), 279-285.

- Ximenes Neto, F. R.G, Marques, M. S. & Rocha, J. (2008). Problemas vivenciados pelas adolescentes durante a gestação. *Enfermería Global*, 12,1-11. Recuperado em 18 de maio de 2010 de:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/832/2891>
- Zenaide, M. L. R. & Baldacci, E. R. (2006). Uso de substâncias psicoativas em adolescentes de escola pública e privada da cidade de Santos. *Revista Paulista Pediatria*, 24(2), 127-34.
- Zimmermann-Tansella, C., Donini, S., Ciommei, A. M. & Siciliani, O. (1988). Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse, and minor psychiatric morbidity in the community. *Comprehensive Psychiatry*, 29(5), 460-466.
- Zöllner, A. C., Armond, J. E, Novo, N. F., Compri, P. C. & Juliano, Y. (2009). Avaliação das condições de saúde da população do município de São Paulo, 2005. *Einstein*, 7(3 Pt 1), 347-350.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação da Qualidade de Vida e uso de drogas entre adolescentes”. Sua escola foi selecionada pelo método de sorteio e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição Universidade de São Paulo (USP).

Os objetivos deste estudo são: avaliar a qualidade de vida, o uso de drogas, a situação sócio econômica e o raciocínio verbal entre adolescentes matriculados no Ensino Médio, em escolas públicas e particulares no município de São Paulo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a 5 questionários sobre você: um sobre sua saúde e situação sócio-econômica, dois sobre qualidade de vida, um sobre uso de drogas e um teste de raciocínio verbal. Eles serão respondidos dentro da sala de aula, junto com seus colegas de turma. Serão necessárias três aulas (de cinquenta minutos cada) para preencher todos os questionários. As datas serão agendadas com a direção e os professores de sua escola. Você saberá dia e horário previamente.

Sua participação neste estudo oferece o risco de surgir dúvidas a respeito de: sua saúde, drogas em geral e seu teste de raciocínio verbal. Caso haja dúvidas, a psicóloga estará disponível para responder a todos os questionamentos que surgirem tanto momento da aplicação como posteriormente, através do telefone que consta neste documento. A pesquisa também fornecerá um benefício: fazer com que você reflita sobre seus hábitos e sua qualidade de vida.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo tanto sobre a sua participação como sobre a participação de sua escola. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, ou seja, serão utilizadas análises estatísticas dos resultados e você será representado por um número em uma amostra de 22 escolas e aproximadamente 2400 adolescentes do município de São Paulo.

Miria Benincasa

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – CEP 05508-030, Cidade Universitária, São Paulo / SP.
Telefones de contato: (11) 3091 4185 ou 8210 2712

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do Aluno

Assinatura do responsável

Diário de Campo

Em cada escola, antes de realizar a primeira visita, foram necessários alguns telefonemas para agendar uma primeira conversa. As datas dos telefonemas não foram registradas neste diário de campo. Num primeiro momento a pesquisadora entrava em contato com a escola e perguntava o nome da coordenadora e da diretora do Ensino Médio. Num segundo momento entrava em contato com a escola solicitando pela diretora. Quando a escola apresentava a inviabilidade deste contato, perguntava-se pela coordenadora. Muitas vezes este processo não era fácil, a coordenadora não estava ou não podia atender e a pesquisadora retornava nos horários propostos pela secretaria da escola. Assim que o contato era estabelecido, apresentava-se o projeto e solicitava-se um contato pessoal e marcava-se a primeira visita à escola. Abaixo, na Tabela 129, estão discriminadas as datas das visitas e datas de aplicação dos instrumentos em cada escola e a Diretoria de Ensino (DE) a qual pertence.

Tabela 129 – Datas de visita e de aplicação dos instrumentos em cada escola e as Diretorias de Ensino (DE) as quais pertencem

Escolas	Datas
Escola 1	Visitas: 10,18 e 26/04/2007
DE: Norte 1 pública	Aplicação: 08-09-10/05/2007
Escola 2	Visitas: 03, 7 e 11/05
DE: Centro Oeste pública	Aplicação: 23-24-25/05/2007
Escola 3	Visitas: 23/04, 10 e 23/05/2007
DE: Centro Oeste pública	Aplicação: 20-21-22/06/2007
Escola 4	Visitas: 20/04, 11/05, 14/08 e 04/09/2007
DE: Centro Sul pública	Aplicação: 12-13-14/09/2007
Escola 5	Visitas: 21, 31/08 e 06/09/2007
DE: Sul 3 pública	Aplicação: 19-20-21/09/2007
Escola 6	Visitas: 12/06, 08, 17/08 e 05/09/2007
DE: Leste 2 pública	Aplicação: 26-27-28/09/2007
Escola 7	Visitas: 29/03, 09 e 26/10/2007
Leste 1 pública	Aplicação: 07-08-09/11/2007
Escola 8	Visitas: 11-24/10/2007
DE: Sul 2 pública	Aplicação: 30-31/10 e 01/11/2007
Escola 9	Visitas: 11/09, 02 e 10/10/2007
DE: Leste 4 pública	Aplicação: 17-18-19/10/2007
Escola 10	Visitas: 19 e 24/04/2007
DE: Norte 2 pública	Aplicação: 16-17-18/05/2007
Escola 11	Visitas: 14/08 e 04/09/2007

DE: Leste 2 pública	Aplicação: 03-04-05/10
Escola 12	Visitas: 09, 16 e 23/10/2007
DE: Sul 2 pública	Aplicação: 12-13-14/11/2007
Escola 13	Visitas: 09, 15 e 22/05/2007
DE: Norte 1 pública	Aplicação: 13-14-15/06/2007
Escola 14	Visitas: 25/04, 02/05 e 24/05
DE: Centro pública	Aplicação: 30-31/05/2007 e 01/06/2007
Escola 15	Visitas: 25/10 e 19/11/2007
DE: Leste 5 pública	Aplicação: 21-22-23/11/2007
Escola 16	Visitas: 11/06 e 16/08
DE: Sul 1 pública	Aplicação: 22-23-24/08/2007
Escola 17	Visitas: 24/09/2007 e 13/03/2008
DE: Norte 1 particular	Aplicação: 26-27-28/03/2008
Escola 18	Visitas: 12/03 e 09/04/2008
DE: Sul 1 particular	Aplicação: 16-17-18/04/2008
Escola 19	Visitas: 10/04 e 30/04/2008
DE: Leste 5 particular	Aplicação: 07-08-09/05/2008
Escola 20	Visitas: 08/08, 19/06 e 18/09/2007
DE: Leste 3 pública	Aplicação: 29-30-31/08/2007 e 04-05-06/03/2008
Escola 21	Visitas: 24/04 e 14/05/2008
DE: Leste 1 particular	Aplicação: 28-29-30/05/2008
Escola 22	Visitas: 06/05 e 19/05/2008
DE: Centro Oeste particular	Aplicação: 11-12-13/06/2008

Normalmente o primeiro contato era feito com a coordenadora que, não tendo autoridade para decidir sobre a autorização, sugeria que a pesquisadora voltasse um outro dia para falar com a Diretora. Observa-se que foram necessárias pelo menos duas visitas em cada escola, uma para falar com a coordenadora e outra para falar com a Diretora. Em algumas escolas foram necessárias mais visitas (três ou quatro). Isso ocorreu pelo fato de serem escolas grandes e terem coordenadores e diretores diferentes para o Ensino Fundamental, Médio, Supletivo, coordenadores e diretores diferentes para os diversos turnos e um diretor geral. Em situações assim, a pesquisadora falava com o Diretor do Ensino Médio e com o Diretor Geral da escola, além dos encontros com os coordenadores.

Na Tabela 130 estão discriminadas as escolas particulares que foram contatadas para participar do projeto e as Diretorias de Ensino (DE) às quais pertencem. Todas da Tabela 130 foram sorteadas ou eram a próxima na lista de sorteio e não aceitaram participar. Houve contato telefônico com todas elas e duas, localizadas da Diretoria de Ensino (DE) Centro Oeste, não aceitaram receber a pesquisadora para a apresentação do projeto. Todas as outras foram visitadas, o projeto foi apresentado e, por algum motivo

(falta de datas disponíveis, não identificar benefícios para a escola com a participação, preocupação com a objetividade do questionário sobre uso de droga, entre outros).

Tabela 130 – Datas de visita e contato com escolas particulares que rejeitaram participar e Diretorias de Ensino (DE) as quais pertencem

Escolas	Datas
Escola A particular DE: Leste 5	Visitas: 14/03/2008 Trocou por: Escola 19 (Leste 5 particular)
Escola B particular DE: Centro Oeste	Visitas: Não aceitou visita Trocou por: Escola C particular
Escola C particular DE: Centro Oeste	Visitas: Não aceitou visita Trocou por: Escola D particular
Escola D particular DE: Centro Oeste	Visitas: 18/03/2008 Trocou por: Escola E particular
Escola E particular DE: Centro Oeste	Visitas: 08/04/2008 Trocou por: Escola 22 (Centro Oeste particular)
Escola F particular DE: Sul 1	Visitas: 17/09/2007 Trocou por: Escola G particular
Escola G particular DE: Sul 1	Visitas: 29/10/2007 Trocou por: Escola 18 (Sul 1 particular)
Escola H particular DE: Leste 1	Visitas: 11/03/2008 Trocou por: Escola I particular
Escola I particular DE: Leste 1	Visitas: 07/04/2008 Trocou por: Escola 21 (Leste 1 particular)

Na Tabela 131 estão Discriminadas as datas em que ocorreram as visitas nas escolas públicas que não aceitaram participar deste estudo. O contato telefônico anterior foi feito com todas elas.

Tabela 131 – Datas de visita e contato com escolas públicas que rejeitaram participar e Diretorias de Ensino (DE) as quais pertencem

Escolas	Datas
Escola J pública DE: Leste 2 pública	Visitas: 17/04, 21/05 e 18/06/2007 Trocou por: Escola 11 (Leste 2 pública)
Escola K pública DE: Leste 5 pública	Visitas: 25/06 e 27/08/2007 Trocou por: Escola 15 (Leste 5 pública)
Escola L pública DE: Sul 2 pública	Visitas: 04/05 e 03/09/2007 Trocou por: Escola 12 (Sul 2 pública)
Escola M pública DE: Sul 2 pública	Visitas: 26/06/2007 Trocou por: Escola 8 (Sul 2 pública)