



***“Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados/MS”***

*por*

***Edmara Honorio Santos***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Liana Wernersbach Pinto*

*Dourados, outubro de 2012.*

*Esta dissertação, intitulada*

***“Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados/MS”***

*apresentada por*

***Edmara Honorio Santos***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cássia Barbosa Reis

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liana Wernersbach Pinto – Orientadora

Catálogo na fonte

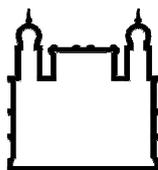
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Edmara Honório  
Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de  
Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul. / Edmara Honório  
Santos. -- 2012.  
viii,86 f. : tab.

Orientador: Pinto, Liana Wernersbach  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Adolescente. 2. Bebidas Alcoólicas. 3. Tabaco. 4. Drogas  
Ilícitas. 5. Fatores de Risco. 6. Prevalência. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.12514



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Dourados, 29 de outubro de 2012.

*Edmara Honorio Santos*

Edmara Honorio Santos

/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210  
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085

E-mail: [secaprofissional@ensp.fiocruz.br](mailto:secaprofissional@ensp.fiocruz.br) Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

## AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de mencionar e agradecer as pessoas que fizeram parte deste sonho e que eles possam compartilhar os méritos deste trabalho.

A Deus que por todo tempo me fez acreditar que era possível.

À minha orientadora Liana, por ter acreditado neste projeto e conceder-me a oportunidade de fazer este trabalho no tema de meu interesse. A você obrigado ainda pela dedicação, paciência e atenção.

A minha Equipe de Saúde da Família Vila Industrial que pacientemente souberam aceitar minhas ausências.

A todo o corpo docente, diretores e coordenadores de escolas pela aceitação sem restrições as muitas horas de coleta de dados.

Aos estudantes que mesmo sem saber ao certo o que era o mestrado, muito contribuíram para que eu chegasse aqui.

Aos meus companheiros de mestrado pela amizade e pelo aprendizado compartilhado.

Ao corpo docente do mestrado que me fez entender que, às vezes, nosso maior obstáculo é superar nossos próprios limites.

A meu pai, mãe e irmãs que sempre me motivaram diante de todas as dificuldades e incondicionalmente, estiveram ao meu lado.

A minha grande amiga Angélica por sua generosidade, solidariedade e doação incondicional, qualidades raramente encontrada nos dias de hoje. A você uma parte da alegria deste momento.

E finalmente ao meu esposo Emerson por todo amor, compreensão, atenção e apoio. Você fez as muitas horas de estudo mais suaves, ternas e cheias de companheirismo. Obrigada pelas horas que ao meu lado, enquanto estudava, despertava meu sono e me fazia companhia nas longas madrugadas.

## RESUMO

A presente pesquisa objetivou conhecer a prevalência e fatores associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, entre os estudantes adolescentes. O estudo foi realizado com alunos do primeiro ano do ensino médio de escolas públicas de Glória de Dourados/MS, no ano de 2012 e caracterizou os hábitos de consumo de diversas substâncias identificando fatores demográficos, psicológicos e socioculturais associados ao uso de drogas. Foi realizado estudo transversal onde participaram 96 adolescentes que responderam a um questionário anônimo de autopreenchimento, aplicado em sala de aula. Para mensuração do uso de drogas utilizou-se questionário proposto pela OMS e adaptado para o Brasil por Carlini-Cotrin e Barbosa (2003). A classificação econômica foi mensurada por meio do questionário proposto pela ABEP (Critério de Classificação Econômica Brasil). Na avaliação do nível de autoestima empregou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (1989), adaptada por Avanci et al (2007). Realizou-se análise descritiva dos dados coletados com cálculo de frequências absoluta e relativa e de medidas de resumo. Com a finalidade de verificar os fatores associados ao uso de drogas empregou-se um modelo de regressão logística. Verificou-se que entre os estudantes pesquisados, 66,3% e 33,7% estavam na faixa etária de 13-15 anos e 16-19 anos, respectivamente. Houve predomínio do sexo feminino (70,8%), cor parda (47,4%), adolescentes vivendo com pai e mãe (58,3%), classe econômica C (54,2%) e nível médio de autoestima. Verificaram-se prevalência elevada de uso na vida de tabaco (18,8%), solventes (17,9%), energéticos associados com álcool (35,4%). Para uso no último mês, chamou atenção o uso de álcool (45,7%). Outro dado que despertou atenção foi a alta prevalência de experimentação de tabaco entre as meninas (20,6%) em relação aos meninos (14,3%). A faixa etária de maior uso de tabaco encontrou-se entre 13-16 anos (72,8%). O bom desempenho escolar demonstrou ser um fator protetor para o uso de álcool no último mês enquanto que a baixa autoestima representou maior chance desta modalidade de uso entre os inquiridos. Em relação ao uso de tabaco na vida houve menor chance entre os inquiridos que declararam melhor desempenho escolar enquanto que os que referiram maior controle dos pais sobre horários e locais para onde o adolescente sai representou fator de proteção ao uso na vida de cigarro. Para o uso de solventes/inalantes o controle dos pais também representou um fator associado contra o uso de tais substâncias.

**Palavras-chave:** Adolescente, bebidas alcoólicas, tabaco, drogas ilícitas, fatores de risco, prevalência.

## ABSTRACT

This research aimed to determine the prevalence and risk factors associated with the use of licit and illicit drugs among adolescent students. The study was conducted with first year students of the public schools in Glória de Dourados / MS, in 2012 and featured the consumption habits of various substances identifying demographic, psychological and sociocultural factors associated with drug use. To measure the drug use, the results of an anonymous questionnaire was completed by 96 teenagers. This questionnaire was based on the one designed by OMS and adapted by Carlini-Contrin and Barbosa (2003). In addition to this, the economic status was measured using the questionnaire proposed by ABEP (Brasil Economic Classification Criterion). The Rosenberg Self-esteem Scale (1989) adapted by Avanci et al (2007) was used in order to evaluate the level of self-esteem of adolescents. The questionnaire covered a number of different factors using different models. A descriptive analysis of the data collected with the calculation of absolute and relative frequencies and summary measures have been done. In order to identify factors associated with drug use it has been used logistic regression. Respectively it was found that among the students surveyed, 66.3% and 33.7% were aged 13-15 years old and 16-19 years old. There was a predominance of females (70.8%), those who are of brown skin, (47.4%), adolescents living with both parents (58.3%), Low class C (54.2%) the average level of self-esteem. There is a high prevalence of lifetime use of tobacco (18.8%), solvents (17.9%), energy associated with alcohol (35.4%). For the past month the use of alcohol was (45.7%). Another fact which aroused attention was the high prevalence of tobacco experimentation among girls (20.6%) than boys (14.3%). The largest age group of tobacco use was found between 13-16 years old (72.8%). Regarding the use of tobacco in life, there was reduced risk among respondents who claim to better school performance while those who reported greater parental control regarding times and locations where the teenager goes represented factors associated against the lifetime use of cigarettes. Parental control represented a protection factor against the use of solvents/inhalants. For the use of solvents / inhalants parental control was also a associated factor against the use of such substances.

**Keywords:** Adolescents, alcohol, tobacco, illicit drugs, risk factors, prevalence.

## SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
2. QUADRO TEÓRICO	4
<b>2.1 Adolescência</b>	4
<b>2.2 Drogas</b>	7
<b>2.3 Uso de drogas na adolescência</b>	19
3. JUSTIFICATIVA	27
4. OBJETIVOS	29
<b>4.1 Objetivo geral</b>	29
<b>4.2 Objetivos específicos</b>	29
5. MATERIAL E MÉTODOS	30
<b>5.1 Local do estudo</b>	30
<b>5.2 Instrumento</b>	30
<b>5.3 Estudo Piloto</b>	32
<b>5.4 Coleta de dados</b>	32
<b>5.5 Processamento e Análise dos dados</b>	33
<b>5.6 Considerações Éticas</b>	33
6. RESULTADOS	35
<b>6.1 Perfil dos alunos</b>	35
<b>6.2 Uso de drogas pelos estudantes</b>	39
7. DISCUSSÃO	48
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	62
A. Questionário	62
B. Termo de consentimento livre e esclarecido – supervisora de gestão escolar	70
C. Termo de consentimento livre e esclarecido – escolas	72
D. Termo de consentimento livre e esclarecido – pais	77
E. Termo de assentimento	79
F. Protocolo de pesquisa	80

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

	Página
Quadro 1 - Relação de drogas comumente utilizadas em <i>raves</i> , <i>Club drugs</i> , derivados de anfetaminas, agentes alucinógenos, sedativos e anestésicos	13
Tabela 1 – Percentual de perdas de participantes segundo escola. Glória de Dourados, 2012.	35
Tabela 2 – Perda de participantes segundo turno. Glória de Dourados, 2012.	35
Tabela 3 – Perfil demográfico dos estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, 2012.	36
Tabela 4 – Características das famílias dos estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, 2012.	37
Tabela 5 – Autoestima e expectativas quanto ao futuro de estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, 2012.	38
Tabela 6 – Uso na vida de álcool e tabaco pelos adolescentes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados no ano de 2012, de acordo com as características de sexo, faixa etária, cor da pele, autoestima, estrutura familiar e estrato social.	41
Tabela 7 – Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso de álcool no último mês por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012	42
Tabela 8 – Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso na vida de tabaco por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012.	43
Tabela 9 – Uso na vida de maconha, inalantes e bebidas energéticas pelos adolescentes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados no ano de 2012, de acordo com as características de sexo, faixa etária, cor da pele,	45

autoestima, estrutura familiar e estrato social.

Tabela 10 – Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso na vida de inalantes por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012. 47

Tabela 11 – Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso na vida de maconha e/ou crack e/ou LSD por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012. 47

## LISTA DE SIGLAS

THC – Tetrahydro-cannabinol

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HIV/AIDS – do inglês *Human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome* (Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

OMS – Organização Mundial de Saúde

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

SNC – Sistema Nervoso Central

LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico

Senad – Secretaria Nacional Anti Drogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

GABA – Ácido  $\gamma$  aminobutírico

DA – Dopamina

NA – Noradrenalina

MDMA – 3,4-metileno-dioximetanfetamina

GHB –  $\gamma$ -hidroxibutirato

TDHA – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

MS – Mato Grosso do Sul

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IC – Intervalo de Confiança

RC – Razão de Chances

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, sendo marcada por complexo desenvolvimento biopsicossocial. A fase de crescimento a que o adolescente está exposto o condiciona a uma maior vulnerabilidade frente a riscos relacionados a gênero, raça, classe social, condições de vida, saúde e acesso a informação<sup>1</sup>.

O uso de álcool e outras drogas representam uma das principais causas de situações de vulnerabilidade a que adolescentes estão expostos. Têm-se como exemplos desta vulnerabilidade a maior exposição a acidentes, suicídio, violência, gravidez não desejada e transmissão de doenças por via sexual e endovenosa. Acrescido ao risco de problemas relacionados ao abuso de drogas por adolescentes tem-se ainda problema do tráfico que representa risco de aliciamento de jovens e adolescentes no Brasil e no mundo<sup>1</sup>.

A adolescência é uma fase de transformações, experimentações e descobertas e as escolhas que os adolescentes fazem sobre o consumo de substâncias produzem implicações no nível social e em sua saúde<sup>2</sup>. Com relação ao consumo de cigarro, Ferreira & Torgal<sup>2</sup> verificaram em estudo realizado com estudantes do ensino secundário da cidade do Porto (Portugal) que a idade média de início do consumo de tabaco foi de 13,7 anos, com maior uso entre os estudantes mais velhos e entre aqueles do sexo masculino, sendo que as meninas iniciaram o uso mais cedo em comparação aos meninos.

O VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino das 27 Capitais Brasileiras demonstrou que 25,5% dos estudantes brasileiros referiram já ter feito *uso na vida* de drogas (exceto álcool e tabaco), destes, 10,6% fizeram *uso no último ano* e 5,5% no *último mês*. Para a capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, a mesma pesquisa encontrou percentagem de *uso na vida* de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) de 25,9%, para o *último ano* 10,7% e 5,2% para o *uso no último mês*<sup>3</sup>. O mesmo estudo encontrou uma redução de *uso no ano* de qualquer droga (exceção de tabaco e álcool), quando comparado ao levantamento de 2004.

Com relação ao *uso no ano* de tabaco e álcool, a comparação entre os levantamentos de 2004 e 2010 encontraram uma redução de 63,3% para 41,1% para álcool e de 15,7% para 9,8% para o tabaco, respectivamente<sup>3</sup>.

Para melhor estudar o uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados, é de suma importância que o pesquisador conheça as peculiaridades deste grupo, como vivem, acesso a bens e serviços essenciais como educação, saúde e lazer, dentre outros determinantes que muito influenciam a exposição do indivíduo ao uso de drogas.

O município de Glória de Dourados está localizado na faixa fronteira de saúde que compreende os municípios, províncias ou cidades que se encontram entre uma linha divisória internacional e a linha paralela orientada a uma distância definida por cada país, sendo no Brasil esta distância estipulada em 100 a 150 km<sup>4</sup>.

As cidades de Ponta Porã e Coronel Sapucaia no Mato Grosso do Sul são cidades gêmeas com Pedro Juan Caballero e Capitan Bado no Paraguai, respectivamente. Tais cidades estabelecem interações entre si conhecidas como sinapses. As sinapses são modelos de interação que se referem à presença de alto grau de troca entre as populações fronteiriças apoiadas pelos Estados contíguos<sup>5</sup>. Desta maneira, tais localidades interagem entre si e entre as demais cidades em seu entorno, movimentando a economia.

Uma parcela importante da maconha e cocaína consumida em território brasileiro provem, segundo Pontes<sup>6</sup>, de cidades como Pedro Juan Caballero e Capitan Bado no Paraguai. As maiores plantações de maconha ficam na região de Capitan Bado, no Paraguai, onde a droga produzida é conhecida como “maconha mentolada” e possui tamanho três vezes superior a planta tradicional e maior concentração de seu princípio ativo o THC, graças ao melhoramento genético. Tal produto tem uma valorização importante no mercado de entorpecentes. Da mesma forma o município de Glória de Dourados é ligado a essa fronteira com relativa facilidade de acesso por meio de rodovias fazendo ligação ao restante do país, representando importante corredor de escoamento de entorpecentes e contrabando de mercadorias.

Da mesma forma a região de fronteira com o Paraguai possui importância estratégica para grandes traficantes de armas, entorpecentes e mercadorias contrabandeadas. A confirmação de tal fato é que traficantes tem se estabelecido nestas regiões e à base de corrupção constroem impérios no lado paraguaio. Muitos traficantes brasileiros compraram fazendas nas regiões fronteiriças transformando-as em base para

a exportação da maconha e cocaína paraguaias e as produzidas no Peru, Colômbia e Bolívia<sup>6</sup>.

Se em virtude da delimitação, os territórios dos Estados terminam com a linha de fronteira, o mesmo não ocorre com a vida econômica nos espaços denominados zonas fronteiriças. Mesmo que haja obstáculos naturais, as regiões limítrofes de um lado e de outro formam uma fronteira, única unidade sociológica, étnica e econômica, que não pode ser negada pelos recortes artificiais<sup>6</sup>. De tal forma, o intenso tráfego de mercadorias e pessoas é estabelecido nestas regiões independente de convenções políticas reconhecidas por ambas as nações. Este tráfego de mercadorias pode ser um facilitador para o contrabando dos entorpecentes até os municípios fronteiriços.

No município de Glória de Dourados, segundo informações das Secretarias Municipais de Saúde e Promoção Social, não há organizações não governamentais que trabalhem a prevenção ao uso de drogas pelos adolescentes, assim como o tratamento e reinserção dos mesmos na sociedade. As políticas públicas referentes à prevenção, tratamento e reinserção de adolescentes envolvidos com drogas no município são insuficientes e irregulares, contando apenas com iniciativas pessoais de alguns profissionais. Desta maneira, a saúde deve ser o “motor de desenvolvimento e bem-estar nas fronteiras” atuando diretamente nas faixas fronteiriças de saúde, onde as desigualdades e atraso em saúde são patentes e onde as iniquidades sociais são reconhecidas como fatores predisponentes de impacto na saúde como o uso de drogas, álcool, prostituição e tráfico ilegal<sup>4</sup>.

Os esforços de harmonização e articulação dos serviços de saúde nas fronteiras são necessários a fim de oferecer soluções a problemas concretos desta região fronteiriça, muitas vezes peculiares a ela, não apresentando em outra parte do país. Estas peculiaridades se devem a grande circulação de pessoas e comércio, contribuindo para os riscos a saúde<sup>4</sup>.

Nos municípios da faixa de fronteira com o Paraguai, devido a fatores como posição geográfica, características de fluxo de pessoas e mercadorias na fronteira, política deficiente de combate ao narcotráfico, a oferta fácil de drogas lícitas e ilícitas pode facilitar o seu consumo pela população de todas as faixas etárias, sobretudo pelos adolescentes. A disponibilidade de drogas na comunidade representa um fator facilitador do seu uso por adolescentes, já que a maior oferta naturaliza o seu uso<sup>7</sup>.

## 2. QUADRO TEÓRICO

### 2.1 Adolescência

A adolescência, definida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como sendo o período dos 10 aos 19 anos de vida<sup>1</sup>, é caracterizada por intensas mudanças no campo biológico, social e psíquico do ser humano, demandando ações que visem conhecer as mudanças ocorridas e que alternativas esta população tem buscado para ultrapassar as dificuldades enfrentadas.

A adolescência é caracterizada por período de importante vulnerabilidade do ser humano e pode ser influenciada pela cultura, família e companheiros, constituindo um dos grupos mais sensíveis aos problemas da atualidade como fome, miséria, desnutrição, analfabetismo, prostituição, violência, abandono e desintegração familiar. Acrescido a isso, há grande dificuldade de pais/responsáveis e educadores em introduzirem assuntos como uso de drogas, sexualidade, infecção pelo HIV/AIDS no diálogo com os adolescentes. Como consequência, têm-se situações de difícil resolução como a gravidez adolescente, as doenças sexualmente transmissíveis e o uso de drogas<sup>8</sup>.

Na fase da adolescência há um aumento das responsabilidades sociais e familiares do indivíduo. É marcada por período de grande aprendizagem de normas, conceitos sociais e morais. O adolescente experimenta ser contrariado e violado na experimentação de limites passando por importantes mudanças biológicas e hormonais, o que gera dúvidas, inquietações e mudanças de comportamentos relativos aos pares sociais. Este contexto contribui para o desenvolvimento do autoconceito e da autoestima<sup>9</sup>.

Para melhor compreensão, o desenvolvimento da adolescência é dividido em três etapas com características próprias de acordo com as fases de desenvolvimento do indivíduo<sup>10</sup>:

- Adolescência precoce: caracterizada pela fase dos 10 aos 14 anos de vida. Nesta fase os principais esforços do indivíduo estão voltados à adaptação das modificações com o próprio corpo, o estabelecimento progressivo da independência e separação dos pais ou responsáveis que o protegeram e a procurar por livrar-se das amarras da infância.
- Adolescência média: compreende a fase da vida dos 15 aos 17 anos. Nesta fase o adolescente, que em sua maioria já manifestou a puberdade, procura melhorar a imagem pela cultura física e vestuário. Seu comportamento torna-se

estereotipado e passa a identificar-se com grupos de iguais, inicia-se a busca da identidade, reconhecimento na sociedade e satisfação sexual.

- Adolescência tardia: período da vida dos 17 aos 19 anos. É uma fase em que se emergem os valores e os comportamentos adultos. Nesta fase da vida o adolescente estabelece um relacionamento mais estreito e íntimo com o sexo oposto. O adolescente busca ainda a viabilidade econômica e estabilidade social.

Como visto, a fase da adolescência constitui-se por transformações amplas, rápidas e variadas o que provoca mudanças do organismo de criança para adulto. Estas mudanças ocorrem dos 10 aos 14 anos com maior intensidade de maturação e decaem de intensidade por volta dos 16 aos 20 anos. Nesta fase, tanto meninas quanto meninos sofrem alterações próprias de sua modalidade de crescimento. Entre estes dois momentos de maturação, o indivíduo pode enfrentar dificuldades que poderão influenciar em sua saúde, comportamento e capacidade de trabalho<sup>11</sup>.

Em consequência a essa fase de mudanças a que o adolescente está exposto, o mesmo vive intensos conflitos de adaptação e busca por seu espaço no meio em que vive, gerando insatisfação, procura pelos semelhantes, questionamento e exposição a riscos. Esta exposição o torna mais vulnerável à dependência química e à consequente exposição aumentada aos riscos relacionados a seu uso<sup>12</sup>. Desta maneira, inquéritos escolares que explorem o uso de drogas na população adolescente são importantes já que poderão indicar maior probabilidade de que a droga tenha sido experimentada mais recentemente e desta forma, subsidiar políticas de prevenção adequadas e em tempo hábil<sup>13</sup>.

As mudanças sofridas na adolescência tendem a decorrer em percepções corporais negativas que desencadeiam alterações comportamentais no adolescente. Tais modificações podem manifestar-se de diversas formas como mudanças nos padrões alimentares, consumo de álcool e cigarro, indução a prática exagerada de exercícios<sup>14</sup> e o uso não médico de substâncias anabolizantes.

De uma maneira geral, a estrutura e funcionamento do Sistema Nervoso Central do adolescente evidenciam uma tendência neurobiológica para exposição a riscos com reduzido controle de comportamento<sup>15</sup>. Isto se deve a fatores normais (como o imaturo desenvolvimento do lobo frontal) e deficitários (reduzida função serotoninérgica) no desenvolvimento neurológico do adolescente. Desta maneira, a transição da adolescência para a vida adulta pode vir acompanhada de forte carga de afeto e estresse,

sendo os adolescentes mais prejudicados neste processo quando comparados com os adultos devido a uma imaturidade no funcionamento neurobiológico<sup>15</sup>.

Algumas experiências vivenciadas pelo adolescente podem ser marcantes e são características desta fase de vida. São demonstrados através da prática constante de testar limites, questionar normas e valores convencionais, e as dificuldades em adaptarem-se as pressões do ambiente e lidar com novas dúvidas ou emoções<sup>16</sup>.

Diante de tais mudanças, a família desempenha importante papel na vida do adolescente já que nela ele aprende quando criança a expressar seus sentimentos e dominar suas emoções. O apoio que receberá da família dependerá da situação e recursos de que esta família dispõe, assim como da amplitude e possibilidades que possa oferecer. Uma estrutura adequada do ponto de vista psicossocial ajudará o jovem a relacionar-se com as pessoas de sua idade e mais tarde a integrar-se de maneira harmônica na sociedade adulta<sup>11</sup>.

Desta maneira, na medida em que o adolescente vai se desenvolvendo, torna-se mais imperativa a necessidade em criar um espaço relacional da família que permita a expressão de comportamentos positivos e o estabelecimento dos limites de cada membro familiar<sup>17</sup>. Tal contexto pode trabalhar como fator de proteção ao adolescente, atuando de maneira a contrabalancear fatores de risco.

Da mesma forma o ambiente social pode influenciar na capacidade de reagir a fatores de risco a que o adolescente está exposto. Um adolescente que vive em um ambiente rechaçado ou desfavorecido terá dificuldades em compreender e aceitar a escala de valores da sociedade. Discriminações de caráter religioso, étnico político e econômico farão com que ele deteste as normas e desenvolva uma postura individualista e de rebeldia frente às condições impostas pela vida<sup>11</sup>.

## 2.2 Drogas

Defini-se por droga toda substância capaz de provocar mudanças no funcionamento de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Já a explicação do termo psicotrópico está atrelado ao seu radical onde psico refere-se ao nosso psiquismo, ou seja, o que sentimos, pensamos ou fazemos e trópico vem de tropismo que significa atração por algo. Portanto, ao termo psicotrópico defini-se como drogas que atuam sobre o nosso cérebro, o que altera de alguma maneira nosso psiquismo<sup>18</sup>.

As drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas são drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo. Podem ser classificadas, de acordo com seu mecanismo de ação no Sistema Nervoso Central (SNC), em depressoras, estimulantes e perturbadoras da atividade mental, também conhecidas como alucinógenas<sup>19</sup>.

- Drogas depressoras da atividade mental: causam a diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequências provocam a diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade. Inicia com efeito euforizante e posterior aumento da sonolência. Neste grupo de drogas classificam-se o álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos (diazepam, lorazepam e outros), opióides ou narcóticos como a morfina, heroína, codeína, meperidina e outros, solventes ou inalantes como colas, tintas, removedores<sup>19,20</sup>.
- Drogas estimulantes da atividade mental: são drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais desencadeando um consequente estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. Neste grupo de drogas encontram-se a cocaína e as anfetaminas como o fenproporex, metilfenidato, manzidol, metanfetamina e dietilpropiona<sup>19</sup>.
- Drogas perturbadoras da atividade mental (psicodislépticas): seu efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral. Representam grande grupo de drogas capazes de produzir mudanças qualitativas no funcionamento do SNC. São conhecidas como drogas psicoticomiméticas por produzirem psicoses manifestadas por alterações mentais como delírios e alucinações. Neste grupo encontram-se a maconha, alucinógenos como a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e o Ecstasy, anticolinérgicos como plantas do gênero *Datura*, conhecidas como saia branca, trombeteira ou zabumba, que produzem atropina e

escopolamina e certos medicamentos como o tri-hexafenidil, dicitolamina e biperideno<sup>19,21</sup>. Certas plantas como psilocibina, de certos cogumelos<sup>20</sup>.

Há ainda algumas drogas, cujos efeitos psicoativos não permitem que as mesmas sejam classificadas em um só grupo. São elas o tabaco, a cafeína e os esteróides anabolizantes. Tais drogas são consideradas lícitas<sup>19</sup>.

Vários são os danos causados devido ao uso e abuso de substâncias psicoativas. Muitos comportamentos de alto risco decorrem da associação de álcool e outras drogas. Dentre estes efeitos incluem as atividades sexuais indesejadas, não planejadas e desprotegidas, dirigir veículos sob efeito de substâncias ou ser passageiro de motorista que tenha feito uso de substâncias, cometendo atos que ponham em risco sua própria vida como auto ferimentos ou suicídio<sup>22</sup>.

Para uma melhor compreensão das consequências da experimentação, uso e dependência de drogas no organismo adolescente, mostra-se necessário abordar aspectos relacionados aos seus efeitos, mecanismos de ação, composição e formas de uso.

### ***2.2.1 Produtos do tabaco: cigarros, charutos, cachimbo, fumo de mascar, etc.***

O tabaco é uma droga derivada da planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum* de onde é extraída a nicotina<sup>21</sup>. A atuação da nicotina no SNC inclui estado de alerta, com leve elevação do humor, relaxamento muscular, devido à diminuição do tônus muscular, melhora da atenção e diminuição do apetite. Pode provocar inicialmente náuseas e vômitos até que se desenvolva a tolerância<sup>23,21</sup>.

Quanto ao quadro clínico, em curto prazo podem ocorrer sintomas conhecidos como a tosse do fumante, hálito de fumo, coloração amarela dos dentes e dedos, agravamento das alergias e da asma por broncoconstrição reativa, bronquite e doenças das vias aéreas superiores. A nicotina poderá provocar o aumento dos batimentos e da força de contração cardíaca, da pressão arterial (aumento da vasoconstrição), da frequência respiratória e da atividade motora<sup>23,21</sup>.

Em longo prazo poderá ocorrer tolerância, pneumonia, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema, arteriosclerose, angina, acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio e morte súbita. Há aumento do risco de cânceres em regiões do corpo que entram diretamente em contato com a fumaça como pulmão, garganta, língua, laringe e esôfago, além de bexiga, cérvix uterina, pâncreas, rins e útero. Nos filhos poderá ocorrer maior incidência de doenças das vias aéreas

superiores, morte súbita do lactente, asma e estado de mal asmático e retardo mental idiopático<sup>23,21,19</sup>.

O fumo, em longo prazo, é responsável pelo maior número de doenças e perda de anos de vida do que todas as demais drogas somadas. Constitui-se a causa mais previsível de doença e morte no mundo inteiro<sup>23</sup>.

### **2.2.2 Álcool**

O álcool é em todo o mundo a droga de maior uso, responsável pelas mais graves consequências para a saúde pública<sup>23</sup>. Seu mecanismo de ação envolve vários neurotransmissores sendo os principais o ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), a dopamina, serotonina, glutamato, acetilcolina e opióides endógenos<sup>24</sup>.

Quanto ao quadro clínico os efeitos do uso de álcool são distintos em duas fases: fase estimulante e fase depressora. Os efeitos estimulantes surgem nos primeiros momentos após a ingestão e podem manifestar-se por euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade em falar). Os efeitos depressores ocorrem com o passar do tempo e manifestam-se por falta de coordenação motora, descontrole e sono. O estado de coma pode ocorrer em virtude do consumo exagerado. Os efeitos no organismo vão variar de acordo com a intensidade de consumo e características pessoais<sup>21</sup>.

O uso de álcool reduz a concentração, a atenção e a memória, o que contribui para a queda no rendimento escolar de adolescentes. Esta queda no rendimento, por sua vez, atua baixando o nível de autoestima do adolescente e conseqüente perda do interesse na escola<sup>23</sup>. Jovens com problemas devido ao abuso de substâncias apresentam risco aumentado de envolvimento com a legislação assim como possuem risco elevado de terem seus estudos afetados e até mesmo interrompido<sup>22</sup>.

O alcoolismo ocorre em decorrência do consumo excessivo de bebida alcoólica ao longo do tempo, causando a dependência. Os fatores que podem levar a dependência são de origem biológica, psicológica, sociocultural e ainda da interação entre os diversos fatores. A dependência do álcool atinge cerca de 5 a 10% da população brasileira<sup>21</sup>.

O uso do álcool, principal droga utilizada pelos adolescentes, pode desencadear intoxicações graves, hepatites e crises convulsivas nos indivíduos desta faixa etária<sup>25</sup>.

Com base nos efeitos estimulantes e depressores do etanol, baixas doses de álcool podem gerar reações comportamentais imprevisíveis, variável de indivíduo para indivíduo, influenciadas pelo ambiente e pelas expectativas individuais. Independente

do comportamento provocado pelo álcool, as funções cognitivas que envolvem memória e julgamento estão prejudicadas, assim como as funções psicomotoras<sup>24</sup>.

Para Silber e Souza<sup>23</sup>, o uso do álcool por adolescentes pode ter uma evolução diferente da observada no adulto. Seus efeitos crônicos não são observados no adolescente, por não haver tempo suficiente para isso nesta fase. No entanto, algumas características são importantes:

- Maior risco de intoxicação alcoólica grave em decorrência de seu menor volume sanguíneo e maior rapidez na ingestão graças aos jogos de consumo praticados entre os adolescentes. Esta prática acrescida do consumo sem a ingestão alimentar adequada pode resultar em intoxicação alcoólica grave, podendo até mesmo levar a morte.
- O consumo associado de drogas é uma prática frequente entre adolescentes e a associação das mesmas com o álcool torna sua ingestão ainda mais grave acentuando seus efeitos e prolongando sua ação.
- Amplos são os efeitos do álcool sobre o cérebro, provocando desde mudanças psicomotoras e cognitivas leves, até a parada respiratória e morte.
- O consumo de álcool costuma ocorrer em episódios e não diariamente, mas de maneira intensa<sup>23</sup>.

### ***2.2.3 Anticolinérgicos***

Os anticolinérgicos são substâncias que atuam bloqueando os efeitos da acetilcolina induzindo euforia. Quando usados em altas doses atuam produzindo, principalmente, delírios e alucinações e seus efeitos dependem bastante da personalidade das pessoas. Seus efeitos são bastante intensos e podem durar de 2 a 3 dias. Como exemplo destas drogas tem-se o triexifenidil, usado para tratamento do Mal de Parkinson e plantas como o lírio conhecida também como trombeta, zabumba, saia-branca<sup>21,23</sup>.

Os efeitos do uso de tais substâncias podem ser acrescidos através da sua combinação com outras substâncias como Artane-Akineton, medicamento utilizado no tratamento de Mal de Parkinson. A intoxicação manifesta-se por pele e mucosas vermelhas e secas causadas pela elevação da temperatura corporal podendo chegar a 40-41 C. A elevação da temperatura pode provocar convulsões. Poderá haver midríase e excitação psicomotora, alucinações visuais, táteis ou zoonopsias, disartria, desorientação têmporo-espacial, obnubilação e excitação alternantes. Pode haver

também redução no funcionamento intestinal, taquicardia com hipertensão arterial, podendo ocorrer, às vezes, retenção urinária<sup>21,23</sup>.

Tais drogas não desenvolvem tolerância ao seu uso assim como não apresentam síndrome de abstinência após interrupção de seu uso<sup>21</sup>.

#### **2.2.4 Benzodiazepínicos**

São drogas depressoras do SNC, podendo, no entanto, provocar um período de euforia e excitação. São tranquilizantes de uso raro entre os adolescentes sendo mais comum entre adultos em associação com álcool<sup>23</sup>.

Os benzodiazepínicos agem no sistema de neurotransmissão gabaérgico, potencializando as ações inibitórias do GABA no SNC através da ligação a receptores específicos localizados em um complexo molecular envolvendo o receptor de GABA, o receptor de benzodiazepínico e o ionóforo de cloro. Tal processo produz na pessoa um efeito de maior tranquilidade, sonolência e relaxamento e o resultado desta ligação é um efeito depressor<sup>21,26</sup>.

Os efeitos dos benzodiazepínicos podem ser fortemente aumentados pelo uso associado ao álcool, sendo esta mistura bastante prejudicial, podendo provocar depressão respiratória grave e fatal pelo sinergismo do efeito depressor<sup>24</sup>. Os efeitos do uso de benzodiazepínicos em associação com álcool podem ser elevados, o que pode levar em casos extremos, ao coma. A redução no processo de aprendizagem e memória podem se tornar um problema, principalmente entre jovens e adolescentes. A droga pode provocar dependência quando usada por meses seguidos e sua abstinência pode apresentar irritabilidade, insônia excessiva, sudoração, dor pelo corpo, convulsões. A tolerância não é acentuada<sup>21,25</sup>.

#### **2.2.5 Anfetaminas e anorexígenos**

As anfetaminas pertencem à classe das feniletilaminas e seus derivados surgiram após as substituições na estrutura química da feniletilamina e são eles o fenproporex, metilfenidato, manzidol, metanfetamina e dietilpropiona<sup>19,24</sup>. As anfetaminas são usadas clinicamente como moderadores de apetite, dentre outros usos<sup>19</sup>.

As anfetaminas atuam aumentando a liberação e prolongando o tempo de atuação dos neurotransmissores como dopamina (DA) e noradrenalina (NA) através do aumento na sua liberação<sup>19,26</sup>.

São frequentemente usadas por adolescentes em hábitos socialmente aceitos como para permitir o estudo noturno intensivo nas vésperas de provas ou como apoio em regimes de emagrecimento. Seu abuso pode provocar excitação psicomotora, fuga de ideias, midríase, rubicundez na face, sudorese, taquicardia, hipertensão e tremores, podendo levar a convulsões. O uso prolongado pode levar a anorexia, perda de peso e insônia. O quadro pode ainda agravar-se para quadro psicótico transitório e até morte<sup>23</sup>. Ocorre maior rapidez na fala e a sensação de maior energia provocada pelo consumo da droga pode ser prejudicial já que mesmo mediante grandes esforços o organismo não sente fadiga<sup>19</sup>.

### **2.2.6 Ecstasy**

O êxtase ou 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) é um derivado sintético da anfetamina. Seus efeitos incluem a elevação da autoestima, simpatia e empatia, com sensação de proximidade e intimidade com as pessoas ao redor, o que se traduz pela melhora da comunicação e relação com as pessoas. Tais efeitos a faz ser conhecida como a droga do amor. É uma droga alucinógena e estimulante devido ao seu potencial de provocar alucinações e “flashbacks” quando usado em altas doses<sup>27,19</sup>.

Os efeitos estimulantes do êxtase podem ser notados de 20 a 60 minutos após sua ingestão em doses moderadas (75-100mg) e sua duração é de 2 a 4 horas. Seus efeitos agudos indesejados mais frequentes são hipertermia, hiponatremia, convulsão, rabdomiólise (destruição das fibras musculares que levam à liberação de conteúdo de fibras musculares na corrente sanguínea), ansiedade, insônia, *flashbacks*, ataques de pânico e psicose. As complicações subagudas incluem a depressão, tonturas, ansiedade, irritabilidade. As complicações crônicas são distúrbios do pânico, psicose, depressão, *flashbacks* e distúrbios da memória<sup>27,22</sup>.

**Quadro 1: Relação de drogas comumente utilizadas em raves. Club drugs, derivados de anfetaminas, agentes alucinógenos, sedativos e anestésicos**

Nome do agente	Nome popular
MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina)	Ecstasy
GHB (γ-hidroxi-butirato)	Ecstasy líquido
Flunitrazepam	Rohypnol
Cetamina	Ketalar
Metanfetamina	Ice, cristal
Nitrato de Amil	Poppers, rush
2,5 dimetoxi-4-bromoanfetamina	Cápsula do vento
Cloridrato de feninciclidina	PCP
Dietilamida do ácido lisérgico	LSD

Fonte: Batista IR, Reis MA, 2010.

### 2.2.7 Cocaína e seus derivados

A cocaína é uma substância natural, extraída de uma planta nativa da América do Sul chamada de *Erythroxylon coca*. A droga chega ao consumidor na forma de um sal solúvel em água, que serve para ser aspirado, ou quando dissolvido em água, usado na forma injetável, o cloridrato de cocaína. Este composto também é conhecido como pó, farinha, neve e branquinha<sup>21</sup>.

A pasta de coca é o produto obtido das primeiras fases de separação da cocaína das folhas da planta através do uso de álcali, querosene ou gasolina e ácido sulfúrico. O resultado é um produto rudimentar, com muitas impurezas tóxicas e fumado em cigarros chamados “basukos”<sup>21</sup>.

Seus efeitos podem ser explicados por sua ação em vários receptores, sendo que a cocaína bloqueia a recaptação de catecolaminas nos terminais pré-sinápticos de nervos simpáticos, o que resulta em acúmulo de catecolaminas nas fendas sinápticas, o que aumenta a estimulação dos receptores noradrenergicos, serotoninérgicos e principalmente dopaminérgicos do SNC<sup>24</sup>.

O crack ou *freebase* é a cocaína quimicamente tratada de modo que possa ser fumada, chegando mais rapidamente ao cérebro. O usuário costuma repetir seu uso de maneira a obter seus efeitos, o que leva rapidamente ao uso compulsivo<sup>23</sup>.

Para o consumo do crack o usuário utiliza de cachimbos improvisados para a queima da pedra já que, assim como para consumo da merla, não exige altas

temperaturas (95 C) para o consumo da droga. Quando fumado, crack e merla atingem o pulmão rapidamente e são absorvidos instantaneamente, caindo na circulação cerebral e chegando ao SNC. Consequentemente, seus efeitos aparecem mais rapidamente que por meio de outras vias, iniciando seus efeitos de 10 a 15 segundos após consumo enquanto os efeitos quando se cheira o pó acontecem após 10 a 15 minutos e após injeção de 3 a 5 minutos. A merla, também conhecida como “mela, mel ou melado” se apresenta na forma de pasta e, assim como o crack não pode ser aspirado ou injetado<sup>21</sup>.

Os efeitos após o uso do crack são muito intensos e duram em média 5 a 10 minutos, enquanto após injetar ou cheirar, em torno de 20 e 45 minutos, respectivamente. Os efeitos rápidos do uso do crack contribuem para a dependência muito mais rápida devido à necessidade de repetição do uso, quando comparados a outras vias de uso da cocaína<sup>21,22</sup>.

A cocaína atua intensificando principalmente a ação dos neurotransmissores noradrenalina e dopamina. Tais neurotransmissores são excitatórios e quando estimulados pela ação da cocaína produzem euforia, ansiedade, estado de alerta<sup>21</sup>. Esta substância possui um atrativo muito importante entre os jovens já que inicialmente produz sentimentos de confiança e poder o que a torna especialmente sedutora entre adolescentes inseguros, com baixo nível de autoestima e ansiedades ou fobias sociais. Com o início do uso produz melhora do funcionamento mental e do relacionamento social, trazendo também a crença de produzir vantagens competitivas, atléticas e acadêmicas<sup>23</sup>.

No entanto, o uso continuado da cocaína faz com que os efeitos positivos sejam diminuídos tornando-se de curta duração. A estimulação repetida faz com que os efeitos da droga diminuam e se estabelece um estado de disforia e irritabilidade, provocando o reinício do uso assim sucessivamente até a exaustão. O usuário estabelece um ciclo de profunda ansiedade e paranóia chegando à psicose tóxica. Tal quadro desencadeia complicações agudas podendo apresentar náuseas, vômitos, calafrios, midríase, hipertermia, hipertensão arterial<sup>23,22</sup>.

### **2.2.8 Produtos de Cannabis: marijuana, haxixe, maconha**

A maconha é derivada da folha, flores e resina de uma planta chamada *cannabis sativa*. Tal planta é conhecida a mais de 5000 anos e seu uso destinava-se tanto a fins medicinais quanto para produzir risos. O THC-Tetrahydro-cannabinol é uma substância fabricada pela planta e responsável pelos efeitos alucinógenos da maconha. Os efeitos

da droga são influenciados pela concentração desta substância na planta influenciando na intensidade dos seus efeitos. A concentração de THC contida na planta é influenciada pelas condições do solo, clima, estação do ano, época da colheita e tempo decorrido entre a colheita e o uso. Outro fator que influencia em seus efeitos é a sensibilidade do indivíduo ao seu uso<sup>23,21,28</sup>.

O haxixe é um derivado da *cannabis sativa* e é formada por uma pasta semisólida obtida de grande pressão nas inflorescências. É uma preparação que contém maior concentração de THC<sup>28</sup>.

A maconha é rapidamente absorvida pelo organismo quando fumada, tão rapidamente quanto por via intravenosa<sup>24</sup>.

Os efeitos da maconha no SNC incluem sensação de bem-estar, acompanhada de calma e relaxamento, menos fadiga, vontade de rir (hilaridade). Outras pessoas podem ter sensações desagradáveis como angústia, atordoamento, ansiedade e medo de perder o autocontrole, com tremores e sudorese. Tais sintomas são conhecidos como “má viagem” ou “bode”<sup>21,28</sup>.

Há uma perturbação na capacidade de calcular o tempo e o espaço, além de prejuízo da memória e da atenção. Em doses maiores ou de acordo com a sensibilidade individual pode haver perturbações mais evidentes do psiquismo, com predomínio de delírios e alucinações. Os efeitos na memória ocorrem principalmente na memória em curto prazo<sup>21</sup>.

Os efeitos crônicos do uso incluem na redução da capacidade de aprendizagem e memorização, podendo induzir a um estado de amotivação (síndrome amotivacional), dependência, piora ou desencadeio de desenvolvimento de doenças psíquicas como a esquizofrenia<sup>21</sup>.

### **2.2.9 Esteróides Anabolizantes**

Os esteróides anabolizantes que chegam ao Brasil provem dos Estados Unidos, Alemanha, Espanha, França, Argentina, Uruguai e Paraguai. O Brasil não tem legislação específica para o controle de anabolizantes<sup>29</sup>.

Os efeitos adversos do uso de esteróides ainda são pouco documentados sabendo-se que alguns sistemas do organismo humano são mais comumente afetados como o sistema hepático, endócrino, músculo-esquelético, cardiovascular, imunológico, reprodutivo e psicológico. Tais efeitos podem ser divididos em três tipos: efeitos virilizantes, efeitos feminilizantes, mediados pelos metabólitos estrogênicos do

esteróide e efeitos tóxicos<sup>29</sup>. Dentre os efeitos virilizantes temos a atrofia dos testículos nos homens, o aumento da libido, aumento do pênis, distribuição masculina dos pêlos pubianos, crescimento de pêlos pelo corpo, aumento da secreção das glândulas sebáceas provocando aumento da acne. Nas mulheres pode haver irreversibilidade do aumento do clitóris e da alteração da voz para um tom mais grave, crescimento de pêlos pelo corpo<sup>19,29</sup>.

O uso dos esteróides orais leva a hepatotoxicidade importante e são geralmente reversíveis após a descontinuação do uso, no entanto, há risco elevado do desenvolvimento de câncer<sup>19,29</sup>.

### **2.2.10 LSD**

O LSD (LSD-25 ou dietilamida do ácido lisérgico) como é conhecido é uma substância alucinógena semisintética de coloração clara ou branca, inodora, solúvel em água, podendo ter sabor ligeiramente amargo e sintetizada a partir da substância ergotamina, encontrada no fungo *Claviceps purpúrea*, presente no centeio<sup>30</sup>. É uma substância com poder alucinógeno muito potente onde doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos de duração entre 4 a 12 horas. Dentre seus efeitos, encontram-se:

- Distorções perceptivas (cores, formas e contornos alterados);
- Fusão de sentidos (exemplo: percepção de que os sons possuem forma ou cor);
- Perda das noções de tempo e espaço (exemplo: minutos parecem horas e metros parecem quilômetros);
- Alucinações (visuais ou auditivas) podem ter efeito bom ou amedrontador;
- Estados de exaltação coexistindo com ansiedade, angústia e pânico o que caracteriza o que o usuário chama de “boas ou más viagens”;
- Delírios de perseguição e de grandiosidade<sup>19</sup>.

O LSD pode ainda produzir efeitos simpatomiméticos, mimetizando os efeitos das aminas que atuam no Sistema Nervoso Autônomo Simpático, desencadeando midríase, taquicardia, piloereção e hiperglicemia<sup>24</sup>.

Os adolescentes que usam o LSD procuram as sensações de alucinações visuais, caleidoscópicas, distorções da imagem corporal e da percepção do tempo<sup>23</sup>.

### **2.2.11 Ópio e Morfina**

O ópio e a morfina são extraídos da planta *Papaver somniferum* ou, como é conhecida popularmente, Papoula do Oriente. Esta planta possui grande potencial farmacológico através de sua ação depressora do SNC. O ópio é extraído a partir de cortes na cápsula da papoula de onde é extraída substância suco leitoso. Quando seco o suco chama-se pó de ópio, que contem várias substâncias, dentre elas a morfina, codeína, heroína, sendo que esta ultima é uma substância semissintética resultante da modificação química da morfina<sup>20</sup>.

Os opiáceos são substâncias derivadas do ópio podendo ser naturais ou semissintéticos. Os opióides são substâncias sintéticas capazes de imitar os efeitos dos opiáceos. Como drogas opiáceas ou opióides regularmente vendidas no Brasil temos:

- De origem natural: Morfina (Dimorf e Morfina), pó de ópio (tintura de ópio, elixir paregórico) e codeína (Belacoclid, Setux, Tylex).
- De origem sintética: Meperidina ou Petidina (Dolantina e Meperidina), Propoxifeno (Algafan, Doloxene A, Febutil), Fentanil (Fentanil ou Inoval).
- De origem semissintética: Heroína (possui uso proibido), Metadona (Metadon)<sup>20</sup>.

### **2.2.12 Solventes ou Inalantes**

São muitos os produtos encontrados comercialmente que contêm solventes com capacidade inalante como esmaltes, colas, tintas, thinners, propelentes, gasolina, removedores, benzina, vernizes, acetonas aerossóis, fluido de isqueiro, gás de botijão, inseticidas, extintores de incêndio, lança-perfume (a base de cloreto de etila), “cheirinho-da-loló” (base de clorofórmio) e outros produtos. Tais substâncias pertencem a um grupo químico chamado de hidrocarbonetos como o tolueno, xilol, n-hexana, acetato de etila, tricloroetileno etc<sup>21,24</sup>.

Dentre os inalantes mais conhecidos no Brasil tem-se o “cheirinho da loló”, “Loló” ou “Cheirinho”. Este composto é preparado clandestinamente a base de clorofórmio e éter somente para fins de abuso. No preparo de tal substância pode haver variação na utilização dos princípios ativos, o que dificulta a intervenção no caso de intoxicação aguda<sup>21</sup>.

Seus efeitos iniciam-se rápido após sua inalação, cerca de segundos a minutos e sua duração também é rápida, de 15 a 40 minutos, induzindo a repetição de seu uso.<sup>21,19</sup> O uso crônico pode levar a destruição de neurônios, o que causa danos irreversíveis ao cérebro, lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea, além de sua capacidade de causar arritmias cardíacas e morte súbita<sup>19</sup>.

O mecanismo de ação dos solventes é ainda muito complexo e merece maior aprofundamento em estudos. Alguns estudiosos afirmam que as substâncias possuem ações inespecíficas, atuando nas membranas de todos os neurônios enquanto que outros estudiosos afirmam que as substâncias atuam em sistemas de neurotransmissão específicos<sup>21</sup>.

O uso crônico pode desencadear síndromes neurológicas persistentes como neuropatia periférica, ototoxicidade e encefalopatia, além de lesões renais, pulmonares, hepáticas, cardíacas e do sistema hematopoético<sup>25</sup>.

Os inalantes são a terceira droga de maior prevalência de *uso na vida* entre os estudantes brasileiros, ficando atrás somente do álcool e tabaco. O Brasil é hoje um dos maiores consumidores de inalantes do mundo<sup>3</sup>.

Um outro produto muito utilizado é a cola de sapateiro. Esta substância atua como depressora do SNC composta por Hidrocarbonetos Aromáticos formados por tolueno, xilol, n-hexano, acetato de etila e outros. O n-hexano é um solvente muito usado neste tipo de entorpecente e pode provocar degeneração progressiva dos nervos periféricos. Seus efeitos incluem transtornos na marcha e até paralisia de membros<sup>18</sup>.

### 2.3 Uso de drogas na adolescência

As drogas podem provocar efeitos agudos ou crônicos no organismo humano, sendo que no adolescente ela traz efeitos adicionais aos que ocorrem no adulto devido sua maior vulnerabilidade. O abuso de qualquer substância psicoativa confere risco aumentado de acidentes e violência, por tornar mais frágeis os cuidados de autopreservação, acentuados mais ainda no processo da adolescência<sup>25</sup>.

O risco de consumo de entorpecente se refere a condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos à saúde, ao bem estar e o desempenho social. O adolescente que utiliza drogas como a maconha, tem o risco aumentado de desenvolver doenças respiratórias, sofrer consequências psicossociais e sanções legais, conflitos com os pais, perda do interesse na escola e ansiedade. O adolescente que experimenta maconha procura o prazer, a extroversão, a autonomia, a formação de novos grupos e a independência em relação à família. Os profissionais de saúde que lidam com prevenção devem procurar ampliar sua compreensão a respeito destes fatores ao almejarem sucesso em suas ações<sup>7</sup>.

Desta forma, algumas condições podem expor o adolescente a um maior risco de enfrentar problemas com o uso de drogas, como a redução do monitoramento dos pais na adolescência pode permitir a experimentação de substâncias e favorecer o envolvimento com pares de comportamentos desinibidos. Estes, por sua vez, contribuem para um ciclo de realimentação que aumenta o risco de problemas com o uso de substâncias<sup>15</sup>.

O alto nível de uso de drogas na adolescência reflete uma tendência precoce de desenvolvimento, caracterizada por precoce envolvimento com matrimônio, família, força de trabalho e abandono da atividade educacional. O uso de múltiplas drogas interfere no desenvolvimento de tarefas na adolescência, o qual leva ao insucesso nos papéis desempenhados quando adultos jovens<sup>31</sup>.

Com relação ao uso de drogas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) o classifica da seguinte forma:

- Uso na vida: uso pelo menos uma vez na vida;
- Uso no ano: pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores a pesquisa;
- Uso no mês ou uso recente: pelo menos uma vez nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;
- Uso frequente: pelo menos seis vezes ou mais nos últimos 30 dias;

- Uso de risco: padrão de uso que implica em alto risco de dano a saúde física ou mental, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica;
- Uso prejudicial: padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental;
- Não-usuário: nunca utilizou drogas;
- Uso leve: utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana;
- Uso moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, no último mês;
- Uso pesado: utilizou drogas diariamente durante o último mês que antecedeu a pesquisa<sup>32</sup>.

Em estudo realizado no Panamá sobre a prevalência do uso de drogas e fatores de risco na população adolescente, identificaram-se mais uma vez que a disponibilidade e o acesso fácil às drogas constituem um dos principais fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas. Atrelado a este fator, outros fatores como amigos que não seguem as normas sociais, inatividade, problemas psicológicos, isolamento social, má conduta, problemas escolares, oportunidades de experimentar drogas oferecem risco aumentado à dependência química nesta população<sup>12</sup>.

Estudo realizado no México levantou os principais danos à saúde do adolescente como sendo: sobrepeso, tabagismo, alcoolismo, consumo de outras drogas, acidentes, homicídios, suicídios e doenças de transmissão sexual. Quanto aos fatores de risco associados ao comportamento de adolescentes relacionam-se ao uso de drogas, exposição a ambientes perigosos e violentos que potencializam a probabilidade destes sofrerem acidentes cometerem suicídios e homicídios entre outros agravos<sup>33</sup>.

Segundo a Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, realizada no México, 10% dos adolescentes fumam, numa proporção entre homens e mulheres de 3:1. Destes, 61,4% relataram que iniciaram o uso do cigarro antes dos 18 anos e destes, 2,1% o iniciaram com 10 ou menos anos de idade<sup>33</sup>.

O consumo de drogas ilegais é bastante comum entre os adolescentes. Calcula-se que em torno de 4% dos adolescentes do sexo masculino entre 12 e 17 anos já tenham usado alguma droga em sua vida. Dentre as drogas consumidas com maior frequência

têm-se os inalantes e a maconha e entre os consumidos em menor proporção tem-se a cocaína e as pastilhas psicotrópicas<sup>33</sup>.

O consumo de álcool e outras drogas estão frequentemente associados a acidentes e lesões intencionais, os quais representam a principal causa de morte neste grupo etário<sup>33</sup>.

Os efeitos da dependência de drogas, por sua vez, contribuem ainda mais para a exposição do adolescente a outros fatores de risco como a transmissão de doenças, dentre elas, o HIV/AIDS. O mito da invulnerabilidade, próprio da adolescência, acrescido dos efeitos de entorpecentes contribuem para uma maior exposição. O uso de drogas, incluindo o uso de álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com o desenvolvimento de agravos a saúde dos adolescentes e jovens entre os quais se destacam os acidentes de trânsito, agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, além do comportamento de risco sexual e transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e outros problemas decorrentes dos componentes das substâncias ingeridas e de suas vias de administração<sup>1</sup>.

A adolescência é uma época de transição social onde algumas características apontam para uma exposição maior a riscos. Dentre esses fatores, Schepis (2008) refere à interação com pares desviantes como sendo um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios com uso de substâncias implicando em afirmar que amizade com pares desviantes prevê o desenvolvimento de problemas com o uso de drogas. Isso ocorre por que adolescentes tendem a ter amizades com identidades e interesses semelhantes<sup>15</sup>.

No entanto, o uso de drogas entre adolescentes não pode ser analisado de forma unicausal, mas sim considerado como um fenômeno multifatorial já que sua ocorrência não pode ser explicada isoladamente, mas associada a fatores genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais. Desta maneira, observa-se uma combinação de fatores corroborando para seu desenvolvimento na sociedade<sup>34</sup>.

Estudos realizados na população estudantil do México evidenciaram fatores importantes que diferenciaram os usuários dos não usuários, como ser homem e cursar o ensino médio estava relacionado ao uso de alguma substância. Do mesmo modo, jovens com maior idade juntamente com demais fatores estavam relacionados com o risco de se usar mais de uma substância. Outras variáveis significativas ao uso de drogas foram o estudante perceber fácil acesso às drogas, ter amigos, conhecidos ou familiares que usaram substâncias, terem a aprovação ou conivência dos pais ao uso e a baixa percepção de risco associada ao consumo de drogas<sup>12</sup>.

Existem fatores de risco e proteção que atuam, muitas vezes de maneira combinada podendo tornar o indivíduo mais ou menos vulnerável ao uso indevido de drogas. Estes fatores são dinâmicos e estão ligados a vários aspectos da vida como características do próprio indivíduo, da família, de sua rede de amizades, escola ou trabalho, na comunidade ou qualquer outro nível de convivência socioambiental<sup>35</sup>.

No campo do indivíduo, atuam como fatores de risco a baixa autoestima, propensão a ansiedade e depressão, doenças pré-existentes como transtorno do déficit de atenção. Também atuam como fatores de risco o comportamento contra as regras e normas na infância, experiências sexuais e com drogas precoce, falta de autocontrole e assertividade, desinteresse ou desmotivação pelos estudos ou outras atividades úteis. O convívio familiar com pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, dificuldades de interação interpessoal, ausência de projetos de vida, inexistência ou fragilidade dos vínculos familiares, religiosos ou institucionais também podem influenciar o uso de drogas pelo indivíduo<sup>35</sup>.

No que diz respeito aos fatores de risco relacionados aos pares, estes se referem aos amigos e pessoas próximos que convivem com o indivíduo, podendo influenciar nas decisões quanto ao uso de drogas dependendo da maneira como pensam ou de acordo com os lugares que frequentam<sup>35</sup>.

Desta maneira, fatores estão relacionados aos pares e familiares que usam ou aprovam o uso de drogas, dificuldades do indivíduo em se envolver e pertencer a grupos em atividades de lazer, educação, esporte e trabalhos saudáveis na comunidade. A dificuldade em aceitar a autoridade diferente a de seus pares, frágeis laços afetivos entre os membros da família e baixo estímulo aos estudos e demais atividades saudáveis podem atuar na decisão do indivíduo para o uso de drogas<sup>35</sup>.

Também as relações conflituosas, excessivamente autoritárias ou permissivas entre os membros da família, bem como ausência de normas e limites claros no ambiente familiar, deficiência de diálogo entre pais, cônjuges, companheiros e filhos e a falta de interesse dos pais nas conquistas dos filhos<sup>35</sup>.

Segundo o mesmo referencial, os fatores de risco associados ao ambiente escolar e comunitário podem ser observados em sua interação de maneira a percebê-los de modo mais nítido. Dentre estes fatores encontram-se a falta de oportunidades socioeconômicas, fácil acesso a drogas na comunidade, permissividade ao uso de drogas e negligência no cumprimento da lei referente ao seu uso e proibição, inexistência de incentivo ao jovem nas atividades e serviços comunitários, relações conflituosas, de pouca comunicação e incoerente entre os agentes educativos e os alunos, propostas

educacionais pouco atrativas, baixa expectativa em relação ao desempenho dos alunos e tolerância quanto ao uso de drogas no ambiente escolar<sup>35</sup>.

Durante as séries iniciais os estudantes mais impulsivos, que têm dificuldades de permanecer fazendo seus deveres ou em conseguir permanecer sentados durante a aula, podem ter mais dificuldade quanto às habilidades necessárias para o progresso educacional e social com quantidade exacerbada de déficits de habilidades e aumento dos sentimentos de alienação na escola. O desenvolvimento de vários fenômenos relacionados às experiências dos estudantes desde as séries iniciais na escola podem explicar a ligação entre o pobre autogerenciamento de habilidades e a experimentação de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência precoce e tardia<sup>36</sup>. Desta maneira, estudantes que apresentam dificuldades de controle de comportamentos e sentimentos podem apresentar maiores problemas com o uso de drogas.

Os fatores ligados ao envolvimento inicial com drogas incluem estrutura social variável como situação socioeconômica, dirigindo o uso entre os grupos mais pobres; socialização e variação no papel da família, o aumento do uso pode ser observado em famílias com graves problemas de relacionamento, uso de drogas por adultos servindo como modelo juntamente com ausência de práticas religiosas; variação no desenvolvimento educacional, apresentando associação de uso com baixo desempenho escolar; variáveis psicológicas como baixa autoestima; atitudes variáveis quanto a tolerância por desvios e comportamentos desviantes ou falta de cumprimentos das leis; variáveis emocionais como necessidade de excitação; variáveis psicopatológicas como eventos estressantes na vida, depressão e ansiedade<sup>31</sup>.

Os fatores de risco e proteção que influenciam o padrão de consumo de substâncias de abuso podem ser:

- **Individuais:** Transtornos depressivos, ansiosos, TDHA, bipolar (alienação, desvalia, desânimo, angustia); *comportamento:* Transtorno de conduta impulsiva, risco social (descontrole, desadaptação, comportamento bizarro); capacidade de tolerar frustração: falta de amadurecimento; padrão de relacionamento interpessoal: isolamento/timidez, fobia/ansiedade, desvalia/pessimismo; dificuldades acadêmicas não cuidadas; atitudes favoráveis ao uso; uso precoce < 13 anos: aumenta até 4 vezes a chance de continuar usando e desenvolver dependência de álcool; sexo masculino; atitude sexual precoce; abuso sexual ou moral; susceptibilidade herdada.

- **Sociais: fatores psicológicos** relacionados à: uso pelo grupo ou grupo rejeita se o adolescente não usa, grupo desviante; **Fatores familiares:** mãe com pobre capacidade de agregar, mãe que não monitora o desenvolvimento do filho, com dificuldades em estabelecer normas e manejar os problemas, falta de ética e sinceridade; comunicação ruim, ausência de um dos pais e falta de modelos positivos, problemas psicológicos ou mentais graves; lares com conflitos ou disfuncionais, *status* socioeconômico muito baixo; ausência de opções de lazer e informação; ausência de religião ou práticas de espiritualidade; estresse grave decorrente de "catástrofe" familiar (prisão, morte, doença, separação conflituosa); atitudes permissivas ou favoráveis ao uso, membro da família que faz uso de drogas; **Escola:** não se interessa pelos problemas de adaptação intelectual e afetiva; não reforça o valor da própria escola; exclui e estigmatiza, rejeita, reforça negativamente; não tem regras; é permissiva; sem informação; professores preconceituosos e desinformados; alta prevalência de uso; **Social:** sem líderes positivos, saúde populacional ruim; privação social e econômica; vizinhança violenta e desorganizada (sem regras); ausência de informações atualizadas levando a manutenção de mitos e crenças moralistas; leis favoráveis ao uso; atitudes sociais permissivas; acesso fácil; incentivo da mídia.
- **Biológicos:** Transtornos de ansiedade; transtornos depressivos e bipolares; transtorno de impulso; transtornos de conduta; doenças orgânicas herdadas; diabetes<sup>37</sup>.

A família é co-responsável pela formação de seus indivíduos, sendo diretamente implicada no desenvolvimento saudável ou patológico de seus membros. Desta maneira, observa-se que famílias com membros dependentes de drogas, buscam terceirizar suas responsabilidades em relação a seus filhos com comportamentos irresponsáveis frente ao problema<sup>38</sup>.

Para o uso de drogas há hoje uma tendência de início da fase de experimentação cada vez mais precoce entre os jovens, isto se justifica pela busca das sensações produzidas pelas novas experiências e emoções. Se considerarmos que no grupo de pares a que o adolescente se insere já há os hábitos de consumo, o indivíduo pode ser influenciado por esse padrão por temer a rejeição pelo grupo pelo seu não uso<sup>39</sup>.

Há evidências de que existe relação progressiva no consumo de diferentes substâncias, de modo que o consumo de drogas legais como o álcool e cigarro

influencia no início do consumo de drogas ilegais, funcionando como porta de entrada para outras drogas<sup>40</sup>.

No Brasil, a idade em que o estudante brasileiro entra em contato com as drogas é, em média, dos 10 aos 12 anos, segundo pesquisa realizada nas 27 capitais brasileiras, demonstrando que quando comparado a outros países sul americanos (Chile, Uruguai, Equador, Venezuela e Paraguai), encontramos no Brasil uma maior prevalência<sup>41</sup>.

Dados brasileiros obtidos sobre o uso de drogas na população geral, pelo II Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas nos 108 Municípios com mais de 200 mil habitantes, observou que 6,7% dos entrevistados já foram procurados por alguém lhes oferecendo drogas. Observou-se também que 18% da população estudada afirmaram ver com frequência alguém vendendo drogas na vizinhança, enquanto que 14% afirmaram ter visto pessoas procurando por traficantes em busca de drogas. Estas informações refletem a importância de se conhecer a oferta de drogas na comunidade e as facilidades de acesso entre os adolescentes<sup>42</sup>.

Segundo o mesmo estudo, as nove drogas mais utilizadas pela população brasileira foram o álcool, tabaco, maconha, solventes, orexígenos, benzodiazepínicos, cocaína, xarope de codeína e estimulantes, havendo o predomínio do uso de maconha, cocaína, energéticos e esteróides anabolizantes entre os homens e de anfetamínicos, ansiolíticos e álcool entre as mulheres. Já na região Centro-Oeste, observa-se diferenças no perfil das drogas mais consumidas sendo que os estimulantes sobem da nona para a sexta posição entre os mais consumidos, seguidos pela cocaína, orexígenos e anabolizantes<sup>42</sup>.

Estudo realizado com estudantes de escolas públicas e privadas nas 108 maiores cidades brasileiras mostrou que na região Centro-Oeste, a maior porcentagem de usuários de drogas ilícitas concentrou-se na faixa etária a partir de 16 anos de idade, porém, houve um número significativo de jovens entre 10 e 12 anos, com um percentual de uso de 14,8% do total de estudantes desta faixa etária. Com relação aos prejuízos no desenvolvimento escolar dos estudantes, os que fizeram uso na vida (usaram-na em qualquer fase da vida), tiveram atraso escolar de 41% do total de estudantes analisados. Tendo em vista a vulnerabilidade característica do adolescente, o baixo custo e maior facilidade de aquisição de drogas para a população residente na fronteira, as informações corroboram para a relevância em se conhecer o seu uso nesta população<sup>43</sup>.

Para o município de Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, o V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre os Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais

Brasileiras, encontrou defasagem escolar de 39,5% entre os estudantes que fizeram uso de alguma substância ilícita durante a vida. Com relação aos tipos de drogas ilícitas mais utilizadas por estes estudantes os solventes aparecem como o mais utilizado seguido da maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e cocaína. Com relação ao sexo, percebe-se que entre as mulheres houve predomínio do uso de anfetamínicos e ansiolíticos, enquanto que entre os homens o predomínio foi de maconha, cocaína, solventes, crack e energéticos<sup>43</sup>.

Estudo realizado em Porto Alegre em 2003 encontrou associação significativa entre abuso de álcool e vitimização de violência comunitária entre os estudantes de ambos os sexos das últimas séries do ensino fundamental e no ensino médio no Brasil. Neste estudo observou-se que não há diferenças para o uso ou embriaguez de álcool entre os sexos nos adolescentes. Este estudo evidenciou o aumento da chance de violência comunitária moderada e grave associada ao uso de álcool entre os adolescentes com discreto aumento entre os meninos para alguns tipos de violência<sup>44</sup>.

Tudo isso vem afirmar a relevância de ações que estimulem o jovem a hábitos saudáveis possibilitando maior adesão e maiores oportunidades a todas as classes sociais, e conseqüentemente custos menores à sociedade.

### 3. JUSTIFICATIVA

De acordo com o V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre os Estudantes de Ensino Fundamental e Médio das 27 Capitais Brasileiras, em Campo Grande/MS observou-se predomínio de uso de drogas na vida, com exceção de tabaco e álcool, de 20,4% entre os estudantes investigados. Entre os estudantes de 10 a 12 anos, este predomínio foi de 14,8%. Não foi observada distinção importante entre os sexos<sup>43</sup>.

A maioria dos estudos sobre o uso de drogas entre adolescentes realizados no Brasil tem sido feito em grandes centros urbanos, o que demonstra características de consumo de drogas nestas populações. Observa-se, no entanto, a necessidade de se conduzir estudos que possibilitem conhecer a realidade do uso de drogas em municípios com diferentes perfis demográficos e com características diferentes dos já estudados, como os municípios de fronteira.

Diante do incremento no consumo de substâncias entorpecentes e das consequências relacionadas ao seu uso entre os adolescentes, mostra-se de grande valia a condução de um estudo que forneça informações que venham a subsidiar a formulação de políticas públicas de prevenção mais eficazes.

O levantamento do consumo de drogas entre adolescentes do município de Glória de Dourados (MS) possibilitaria ao pesquisador responder inquietações que se formaram a partir da vivência e experiência profissional.

Residir em municípios próximos à fronteira faz com que o profissional de saúde, que convive diariamente com problemas decorrentes da interação entre os dois países, sinta a carência por estudos que o contextualize, considerando suas peculiaridades, dimensão, influências e riscos. Justificar os investimentos necessários para intervenções mais eficazes faz-se de inestimável importância considerando a magnitude do problema e a urgência de intervenções.

Para o pesquisador, como trabalhador da área de vigilância em saúde, torna-se imprescindível investigar qual a magnitude dos efeitos da exposição de adolescentes ao uso de drogas ao residirem numa região fronteiriça com o Paraguai. As características de cidade de pequeno porte, de economia basicamente rural e localização fronteiriça instigam o pesquisador a investigar a prevalência de uso nesta região e assim favorecer uma atuação profissional que resulte em ações preventivas mais eficazes.

A necessidade deste tipo de estudo torna-se óbvia para trabalhadores da atenção primária, pois o uso na vida demonstra o quanto o acesso às drogas é fácil e também quanto determinada droga permeia a vida destes adolescentes<sup>43</sup>. Desta maneira, sendo o

pesquisador um trabalhador da atenção primária em saúde, o contato diário com esta população desperta a necessidade do estudo favorecendo o enfrentamento deste cenário. O conhecimento produzido pelo inquérito se mostra uma excelente ferramenta de trabalho já que possibilita a qualificação de ações que antes contava apenas com a boa vontade e empatia dos profissionais.

Na rotina diária do trabalho nos serviços de saúde, mostra-se cada vez mais frequente a procura por alternativas de atendimento por parte de familiares, educadores e mesmo jovens em busca de auxílio. O trabalhador percebe com o passar dos anos esta demanda crescer e não encontra suporte para uma atuação mais eficaz dentro das ações já oferecidas. O inquérito de prevalência vem oferecer ao trabalhador o conhecimento do consumo entre os adolescentes e avaliar se as ações desempenhadas adequadamente estão sendo dirigidas as faixas etárias em maior risco. Esta estratégia auxilia o pesquisador em sua prática profissional, pois possibilita o planejamento das ações voltadas a prevenção deste agravo, direcionadas ao seguimento de maior risco, assim como a formulação de estratégias de enfrentamento.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas na população de estudantes do primeiro ano do ensino médio no município de Glória de Dourados, MS, no ano de 2012.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, MS, no ano de 2012 quanto a aspectos sociodemográficos, autoestima, desempenho escolar e relacionamento com a família.
- Caracterizar os hábitos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, MS, no ano de 2012.
- Caracterizar a distribuição do uso de álcool, tabaco e outras drogas segundo sexo, cor da pele, faixa etária, estrutura familiar, estrato socioeconômico e autoestima entre os estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, MS, no ano de 2012.
- Identificar fatores sociodemográficos, psicológicos e socioculturais associados ao uso de drogas entre os estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, MS, no ano de 2012.

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1 Local de estudo

O município de Glória de Dourados, local escolhido para a presente pesquisa, localiza-se na faixa de fronteira com o Paraguai, na região Centro-Oeste, ao sudoeste do Estado de Mato Grosso do Sul, distante cerca de 270 km da capital do Estado. Possui uma área de 491,75 km<sup>2</sup> e uma população de 9.928 habitantes, sendo aproximadamente 2.009 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos<sup>45</sup>. Sua economia está centrada basicamente na pecuária de corte e leiteira, suinocultura e avicultura distribuída em pequenas e médias propriedades rurais. As atividades industriais e de comércio são incipientes.

A faixa de fronteira brasileira compreende uma área de 15.719 km e abrange 588 municípios de 11 Unidades da Federação, sendo elas: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina. Esta área representa 27% do território brasileiro e reúne uma população estimada em dez milhões de habitantes, fazendo fronteira com dez países da América do Sul<sup>5</sup>.

O presente estudo seccional foi conduzido na população de estudantes do primeiro ano do ensino médio, de ambos os sexos, matriculados nos turnos diurno e noturno das três escolas que possuem tal série do município de Glória de Dourados/MS. As escolas localizam-se na zona urbana, sendo apenas uma na zona rural.

### 5.2 Instrumento

Para realização do estudo foi empregado questionário anônimo e autoaplicado contendo 78 questões semiestruturadas. A aplicação foi realizada pela pesquisadora, em sala de aula e de maneira coletiva, sem a presença do professor.

O questionário (Anexo A) para a coleta dos dados incluiu os seguintes blocos de questões:

- Primeiro bloco (questões 1-10): perfil sociodemográfico: informações sobre idade, sexo, cor da pele, religião, escolaridade dos pais/responsáveis, bens materiais da família, atividades de lazer, esportivas e religiosas frequentadas pelo adolescente.

A partir das informações de nível educacional dos pais/responsáveis e dos bens materiais da casa obteve-se o estrato socioeconômico empregando o Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>46</sup>.

- Segundo bloco (questões 11-21): composto por questões referentes à visão do indivíduo sobre si mesmo, autoestima, expectativas para seu futuro e suas experiências de vida.

Foi empregada a escala da autoestima de Rosenberg<sup>47</sup> adaptada por Avanci et al<sup>48</sup>. A autoestima consiste na avaliação que o indivíduo faz de si mesmo e expressa uma atitude de aprovação ou de repulsa de si. É uma escala do tipo Likert, constituída por dez questões fechadas, com as seguintes opções de resposta: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente, onde cada item de resposta varia de 1 a 4 pontos. Na obtenção do escore foram somados os pontos obtidos nas questões. A seguir, a autoestima foi categorizada em baixa, média e alta de acordo com o escore de pontuação, sendo que quanto maior o escore, maior o nível da autoestima<sup>48</sup>.

- Terceiro bloco (questões 22-66): dados relacionados ao uso de substâncias lícitas e ilícitas. Permitiram mensurar o uso de drogas na vida e no último mês.

Tais informações foram obtidas a partir do questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adaptado no Brasil por Carlini-Cotrin e Barbosa<sup>49</sup>. A experiência com o uso de drogas lícitas e ilícitas foi abordada quanto à frequência de uso, idade de primeiro uso, local de consumo e consequências do uso, dentre outros fatores. Este bloco incluiu também uma questão relacionada ao acesso do adolescente a algumas drogas. Nesta questão o adolescente pode informar qual grau de dificuldades teria se desejasse adquirir drogas como maconha, cocaína, crack, LSD, heroína, solventes, benzo diazepínicos, anfetaminas, anticolinérgicos e anabolizantes. Esta foi uma questão fechada com as seguintes opções de resposta: improvável/impossível, muito difícil, razoável/difícil, razoável/fácil, muito fácil e não sabe.

- Quarto bloco (questões 67-69): composto por questões que abordavam aspectos da vida escolar. Este bloco foi constituído por três questões referentes à relação do aluno com a escola e abordaram a autoavaliação do aluno quanto às notas e participação na vida escolar, relacionamento com professores e frequência escolar.
- Quinto bloco (questões 70-78): abordou aspectos do relacionamento do adolescente com sua família. Neste bloco as questões buscaram avaliar o relacionamento entre os pais e destes com o adolescente, a visão do

adolescente sobre sua relação com a sua família, diálogo, respeito e o monitoramento dos pais sobre os lugares que os filhos frequentam.

### **5.3 Estudo Piloto**

Foi realizado estudo piloto com estudantes do Curso Tecnologia em Produção Sucroalcooleira oferecido pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Foram convidados a participar todos os alunos do primeiro ano de graduação do curso presentes no dia da aplicação do questionário. O objetivo deste estudo piloto foi revisar as questões que poderiam gerar dúvidas nos participantes além de verificar o tempo despendido para a aplicação do questionário.

### **5.4 Coleta de Dados**

O trabalho de campo foi realizado no período de 26 de março a 17 de abril de 2012. Inicialmente, foi realizado contato com a Supervisora de Gestão Escolar e posteriormente com cada diretor de escola a fim de esclarecer os assuntos pertinentes à pesquisa e obter o consentimento para sua execução. Durante os primeiros contatos com representantes das escolas no município, houve receptividade por parte de alguns e desconfiança por parte de outros. Com os esclarecimentos dos objetivos e metodologia da pesquisa, os questionamentos passaram a ser direcionados para a contribuição do pesquisador e de seu trabalho no combate a dependência de drogas na escola. Ao final, nenhuma escola se recusou a participar da pesquisa.

Para a obtenção da autorização para participação dos alunos foram realizadas visitas em sala de aula para esclarecimento e distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os quais foram assinados pelos pais ou responsáveis, no caso dos menores de dezoito anos. Para aqueles que retornaram o TCLE assinado pelos pais/responsáveis foi entregue o Termo de Assentimento no qual o aluno afirmava a sua anuência em participar do estudo.

Os questionários foram aplicados de maneira coletiva e por meio de autopreenchimento. Com a finalidade de reduzir as perdas, a pesquisadora retornou várias vezes às salas de aula no intuito de recolher a documentação necessária dos alunos e aplicar o questionário aos alunos faltosos.

## **5.5 Processamento e Análise dos Dados**

Inicialmente, realizou-se a análise exploratória dos dados por meio de medidas-resumo como: médias, desvio padrão, frequência absoluta e relativa e do cruzamento de variáveis.

A seguir, com o intuito de verificar a presença de associação entre as variáveis dependentes e independentes para posterior realização de modelagem empregaram-se os testes qui quadrado e Exato de Fisher. Este último foi utilizado nas situações em que ocorreu violação dos pressupostos para uso do teste qui quadrado. Todas as variáveis cujo p-valor foi inferior a 0,25 nesta primeira etapa foram consideradas para a construção dos modelos.

O processo de modelagem envolveu o uso de modelo de regressão logística. As variáveis cujos p-valores na análise bivariada foram inferiores a 0,25 foram inseridas uma a uma no modelo. Variáveis cujos p-valores foram inferiores a 0,05 foram mantidas no modelo final. Na comparação de modelos empregou-se a razão de verossimilhanças.

- Variáveis dependentes: uso de álcool no último mês, uso de tabaco na vida, uso de inalantes na vida e droga agregada (crack, LSD e maconha).

- Variáveis independentes: sexo, idade, cor da pele, religião, escolaridade dos pais, classificação econômica, experiências do adolescente com drogas, atividades frequentadas pelo adolescente, práticas de esporte e trabalho, interesse escolar e relacionamento com professores, autoestima, expectativas para o futuro e relacionamento com familiares.

## **5.6 Considerações Éticas**

O Estudo foi submetido à Superintendência Estadual de Educação de Glória de Dourados/MS e também ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) sob parecer n. 264/2011. Também a direção das escolas e pais ou responsáveis dos alunos envolvidos foram solicitados a assinar um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), conforme preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normaliza as pesquisas com seres humanos. Os alunos também foram solicitados a assinar um Termo de Assentimento (Anexo E), confirmando seu desejo em participar do estudo.

Os participantes foram convidados a participar voluntariamente, sendo-lhes assegurado a não obrigatoriedade e o total anonimato. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, da utilização e aplicação do instrumento

elaborado para colher suas opiniões e informações a respeito da temática em estudo. Assegurou-se também aos participantes a sua retirada do estudo a qualquer momento que julgassem necessário. Informou-se quanto ao sigilo em relação às informações e aos participantes. Os participantes foram informados que poderiam elaborar todas as perguntas que julguem necessárias, antes, durante e depois da pesquisa.

## 6. RESULTADOS

Do total de 142 alunos matriculados nas turmas de primeiro ano do ensino médio do município de Glória de Dourados no ano de 2012, 121 alunos frequentavam as aulas e foram convidados a participarem do estudo. Após apresentação de documentos exigidos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento) ficaram aptos a participar da pesquisa 98 alunos. Dois alunos foram excluídos da pesquisa por encontrarem-se fora da faixa etária (10-19 anos), sendo 96 o número final de participantes na pesquisa.

Do universo pesquisado, 52,1% eram alunos da escola A (4 turmas), 14,9% da escola B (1 turma) e 12,4% da escola C (1 turma). Com relação ao turno de estudo, a maioria, ou seja, três turmas frequentavam aulas no período diurno (93,8%) e somente uma turma no noturno (6,3%). Observa-se na Tabela 1 que a maior perda ocorreu na Escola A (24,1%). Em relação ao turno (Tabela 2), verificou-se maior perda de participantes entre aqueles que cursam o primeiro ano do ensino médio no período noturno (45,5%).

Tabela 1: Percentual de perdas de participantes segundo escola. Glória de Dourados, 2012

<b>Escola</b>	<b>Total de alunos cursando o 1º. ano do ensino médio</b>	<b>Total de alunos pesquisados</b>	<b>Perda (%)</b>
A	83	63	24,1
B	19	18	5,3
C	19	15	21,1
Total	121	96	20,7

Tabela 2: Perdas de participantes segundo turno, Glória de Dourados, 2012.

<b>Turno</b>	<b>Total de alunos cursando o 1º. ano do ensino médio</b>	<b>Total de alunos pesquisados</b>	<b>Perda (%)</b>
Matutino	48	34	29,2
Vespertino	62	56	9,7
Noturno	11	6	45,5
Total	121	96	20,7

## 6.1 Perfil dos alunos

O maior percentual de estudantes, 70,8% (68 alunos), era do sexo feminino. Com relação à idade, a maioria se concentrou dos 13 aos 15 anos, o que representa 66,3% dos participantes (63 estudantes). A distribuição dos alunos segundo a raça/cor mostra que 47,4% (45 estudantes) dos participantes da pesquisa se autodeclararam pardos, seguidos pela cor branca com 43,2% (41 estudantes). Com relação à religião, 86,5% dos estudantes (83 estudantes) referiram ter uma religião (Tabela 3). Destes 87,8% se declararam católicos, seguidos dos evangélicos (11,0%).

Tabela 3: Perfil demográfico dos estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, 2012.

Variável	n	%
Faixa etária		
13-15 anos	63	66,3
16-19 anos	32	33,7
Sexo		
Feminino	68	70,8
Masculino	28	29,2
Cor da pele		
Branca	41	43,2
Preta	5	5,3
Parda	45	47,3
Amarela/indígena	4	4,2
Religião		
Sim	83	86,5
Não	13	13,5

Com relação à estrutura familiar, mais da metade dos participantes (58,3%) referiram viver com pai e mãe, enquanto que os que referiram viver somente com um dos dois progenitores foram 16,7%. Quanto a possuir irmãos, 63,2% refere possuir irmãos filhos do mesmo pai e mãe, seguidos por 31,6% que possuem irmãos de diferentes casamentos dos pais (Tabela 4).

O percentual de estudantes cujos pais não possuem nenhum grau de instrução ou possuem o ensino fundamental incompleto representa 28,7%. No outro extremo, a proporção de escolares cujo pai possuía o ensino superior completo representa 10,6%. Com relação às mães, os estudantes cujas mães não possuem nenhum grau de instrução ou possuem o primeiro grau incompleto é de 20,8%. Os que referem que a mãe possui o ensino superior completo representam 19,4%. Para os alunos que referem não saber a

escolaridade dos pais, os que não sabem a escolaridade do pai são 20,9% e os que não sabem a escolaridade da mãe são 15,1% (Tabela 4).

Com relação ao trabalho, 25% dos estudantes referiram trabalhar sendo destes, 13,5% recebiam salário.

Na classificação social segundo a ABEP, a maioria dos estudantes é da classe C (54,2%), seguidos pela classe B com (39,7%). A menor prevalência verificada na pesquisa ficou com a classe D (Tabela 4).

Tabela 4: Características das famílias dos estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados, 2012.

Variável	n	%
<b>Estrutura Familiar</b>		
Pai e mãe	56	58,3
Pai e madrasta / mãe e padrasto	15	15,6
Pai ou mãe	16	16,7
Avós, esposo, outros parentes	9	9,4
<b>Irmãos</b>		
Não tem	5	5,2
Sim, todos dos mesmos pais	60	63,2
Sim, de diferentes casamentos	30	31,6
<b>Escolaridade pai</b>		
Não sabe ler e escrever/fundamental incompleto	27	28,7
Fundamental completo/médio incompleto	23	24,5
Médio completo/superior incompleto	15	16,0
Superior completo	10	10,6
Não sabe	19	20,2
<b>Escolaridade mãe</b>		
Não sabe ler e escrever/fundamental incompleto	20	21,5
Fundamental completo/médio incompleto	13	13,9
Médio completo/superior incompleto	28	30,1
Superior completo	18	19,4
Não sabe	14	15,1
<b>Estrato econômico (ABEP)</b>		
A	3	3,6
B	33	39,8
C	45	54,2
D	2	2,4

Quanto às expectativas para o futuro, 92,7% e 97,9% dos estudantes pesquisados referem acreditar que vão terminar os estudos e encontrar um emprego, respectivamente. Os que acreditam que vão progredir no trabalho são 87,4% (Tabela 5). Referente à autoestima, a pesquisa levantou que a maior parte dos alunos apresentou

nível médio de autoestima (34,7%), seguidos pela autoestima baixa e alta, ambas com 32,6%.

Tabela 5: Autoestima e expectativas quanto ao futuro de estudantes do ensino médio de Glória de Dourados, 2012

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Autoestima</b>		
Baixa	31	32,6
Média	33	34,7
Alta	31	32,6
<b>Terminar os estudos</b>		
Sim	89	92,7
Talvez	6	6,3
Não	0	-
Não soube responder	1	1,0
<b>Achar um emprego</b>		
Sim	93	97,9
Talvez	2	2,1
Não	0	-
Não soube responder	0	-
<b>Progredir no trabalho</b>		
Sim	83	87,4
Talvez	10	10,5
Não	0	-
Não soube responder	2	2,1

As questões relacionadas a aspectos da vida escolar demonstraram que 66,7% dos participantes da pesquisa referiram ter notas ótimas ou boas e 33,3% acreditam ter notas regulares ou fracas. Em relação à participação na escola, 71% acreditam que sua participação seja ótima ou boa e 29,1% regular ou fraca. No que diz respeito às faltas, 39,8% disseram que nos últimos 30 dias não tiveram faltas, 46,2% disseram ter faltado de 1 a 3 dias e 14% mais de 4 dias.

O relacionamento com os professores é bom para 88,2% e 11,8% o considera regular. Nenhum aluno respondeu que seu relacionamento é ruim.

As questões que abordam o relacionamento com a família demonstram que 76,3% dos alunos referiram ter um bom relacionamento com o pai e 17,2% referiram relacionamento regular ou ruim. Seis alunos informaram não ter pai (6,5%). Com a mãe, 91,4% referiram ter um relacionamento bom e 8,6% regular ou ruim. Com os irmãos, 63% referiram ter relacionamento bom e 31,6% referiram ter um relacionamento regular

ou ruim. O relacionamento entre os pais é bom para 68,8% dos participantes da pesquisa e 10,8% acham o relacionamento entre seus pais regular ou ruim.

A opinião dos alunos sobre seus pais indica que 25,0% acham seu pai autoritário, 63,0% moderado e 12,0% liberal. Sobre as mães, 22,6% acham sua mãe autoritária, 60,2% moderada e 17,2% liberal.

Quando perguntados sobre a sua contribuição para o diálogo em família, 81,3% acham que muito contribuem para isso, 16,5% acham que pouco contribuem e 2,2% nada contribuem.

Sobre os assuntos abordados em família, percebe-se que 59,3% conversam sobre sexo com a família, sobre drogas 74,4% e sobre amizades 90,1%.

A respeito do controle dos pais em relação aos lugares frequentados pelos adolescentes bem como os horários de retorno, 80,6% dos alunos responderam que os pais sabem a hora de retorno. Os que voltam para casa quando quiserem são 10,9% e 6,5% nunca saem sem os pais.

Quanto ao controle dos pais sobre os lugares que os estudantes frequentam, para 89,2% dos alunos os pais sempre ou quase sempre sabem aonde seus filhos vão.

## **6.2 Uso de drogas pelos estudantes**

### *6.2.1 Álcool e Tabaco*

No bloco das questões referentes às experiências dos estudantes adolescentes com drogas, 87,2% dos participantes referiram já terem experimentado bebida alcoólica em algum momento da vida. Destes, 45,7% referiram ter consumido bebida alcoólica no ultimo mês. A idade em que estes estudantes consumiram bebida alcoólica pela primeira vez foi, para a maioria deles, dos 13 aos 14 anos de vida (61,3%), chamando a atenção os 24,9% que experimentaram com idade inferior a 13 anos. Um aluno relatou ter experimentado bebida alcoólica aos cinco anos de idade.

Sobre embriaguez na vida, 18,5% dos escolares responderam que já se embriagaram alguma vez e 6,6% se embriagaram nos 30 dias que antecederam a pesquisa.

A maioria dos estudantes, 25,3%, referiu não recordar o local de primeiro consumo, enquanto que 22,8% referiram ter consumido bebida alcoólica pela primeira vez na própria casa, seguidos por bar, baile ou boate, com 21,7%. Percentual de 30,4% dos estudantes referiu que os locais mais frequentes de consumo de álcool são bares,

bailes e boates, 20,7% referiram a casa de amigos e 19,6% o próprio domicílio. Este consumo ocorre preferencialmente acompanhado de amigos (46,9%).

No que diz respeito às consequências do consumo de bebidas alcoólicas, 19,3% admitiram que o consumo teve como consequências brigas, acidentes, dirigir embriagado, faltas na escola, entre outros.

A cerveja foi o tipo de bebida mais consumido pelos estudantes de Glória de Dourados (29,7%) seguido por vodka (13,2%) e vinho (12,1%). Os que referiram não costumar beber representaram 39,6%.

Quando questionados se já compraram pessoalmente bebida alcoólica, 71,3% referiram que jamais haviam comprado bebida alcoólica. O consumo excessivo de bebida alcoólica por membros da família indicou que para mais da metade dos estudantes (52,7%) havia excesso no consumo de bebida alcoólica por membro da família. Entre os que mais excediam no consumo, segundo os estudantes, foram pai (20%) e outros membros da família (25,3%).

Quanto ao consumo de tabaco, os resultados da pesquisa indicam que 18,8% dos estudantes já fumaram alguma vez. No último mês, 7,3% dos estudantes fumaram. A idade de maior experimentação foi dos 13 aos 16 anos com 72,8%. Chama a atenção que 27,3% fumaram pela primeira vez antes dos 12 anos de idade.

A análise bivariada variáveis consumo de álcool e de tabaco com as categorias das variáveis sexo, idade, cor da pele, autoestima, estrutura familiar e classe social podem ser observadas na Tabela 6. Verifica-se da tabela que para a variável uso de álcool alguma vez na vida, respectivamente, 86,4% das meninas e 89,3% dos meninos relataram já tê-lo feito (Tabela 6).

Para o consumo de álcool segundo a faixa etária, dos alunos de 13-15 anos 85,5% já experimentaram álcool e na faixa etária de 16 anos ou mais 90,3% já experimentaram. Quanto ao consumo segundo a cor da pele, entre os de cor da pele branca, 90,2% já usaram e entre os de pele parda 84,1% e preta 75,0% (Tabela 6).

Em relação ao consumo segundo classificação na escala de autoestima, dos que foram classificados como de autoestima baixa 93,1% já consumiram bebida alcoólica, enquanto que 80,6% daqueles com autoestima alta relataram tal fato (Tabela 6).

Para o consumo segundo estrutura familiar, dos que vivem com o pai e mãe, 83,6% referiram já ter consumido bebida alcoólica e dentre os que vivem com somente um dos progenitores 100% já experimentaram. Com relação à classe social, 100% dos alunos da classe A assim como da classe D já consumiram bebida alcoólica (Tabela 6).

Tabela 6: Uso na vida de álcool e tabaco pelos adolescentes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados no ano de 2012, de acordo com as características de sexo, faixa etária, cor da pele, autoestima, estrutura familiar e estrato social.

Variável	Bebida alcoólica		Tabaco	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	57	86,4	14	20,6
Masculino	25	89,3	4	14,3
Idade				
13-15	53	85,5	8	12,7
16 ou mais	28	90,3	10	31,3
Cor da pele				
Branca	37	90,2	5	12,2
Preta	3	75,0	2	40,0
Parda	37	84,1	11	24,4
Amarela / indígena	4	100,0	0	0,0
Autoestima				
Baixa	27	93,1	8	25,8
Média	29	87,9	7	21,2
Alta	25	80,6	3	9,7
Estrutura familiar				
Pai e mãe	46	83,6	7	12,5
Pai e madrasta ou mãe e padrasto	14	93,3	5	33,3
Pai ou mãe somente	15	100,0	3	18,8
Outros parentes	7	77,8	3	33,3
Estrato social				
A	2	100,0	0	0,0
B	29	87,9	6	18,2
C	36	83,7	10	22,2
D	3	100,0	0	0,0

Quando analisado o uso de cigarro para as mesmas variáveis, observou-se que entre as meninas 20,6% já experimentaram cigarro e entre os meninos, 14,3%. Entre os estudantes de 13 a 15 anos, 12,7% já experimentaram e entre os acima de 16 anos, 31,3%. Para a categoria cor da pele, dos que se declararam de cor branca 12,2% já fumaram e dos de pele parda 24,4%. Os alunos que apresentaram autoestima baixa, 25,8% já fumaram contra 9,7% daqueles com alta autoestima.

A análise do uso de cigarro segundo estrutura familiar demonstrou que 12,5% dos que vivem com pai e mãe já fumaram e 18,8% dos que vivem com apenas um dos progenitores relataram tal consumo.

Quanto ao consumo segundo estrato social observou-se que 18,2% dos alunos classificados como da classe B já fumaram e 22,2% da classe C indicaram já ter fumado.

Após a análise descritiva ajustou-se modelos de regressão logística com a finalidade de verificar quais fatores estavam associados ao uso de álcool e tabaco. Foram usadas como variáveis dependentes: *uso de álcool no último mês* e *uso de tabaco na vida*. Foram incluídas como variáveis explanatórias (demográficas, autoestima e de relacionamento familiar e na escola) todas as características que se mostraram associadas aos desfechos na análise bivariada.

Não foi ajustado modelo de regressão logística para a variável *uso de álcool na vida* uma vez que nenhuma das variáveis explanatórias se mostrou associada a ela na análise bivariada. Em virtude da baixa frequência do evento fumo no último mês (7 alunos; 7,3%) não se ajustou modelo para esta variável.

Na tabela 7 pode-se observar o resultado do modelo final para a variável *uso de álcool no último mês*. Observou-se associação com apenas três variáveis: notas escolares (desempenho), autoestima e idade. Assim, verifica-se da tabela que os alunos com desempenho ótimo ou bom (aferido por meio das notas escolares) representou um fator associado ao uso de álcool no último mês (RC = 0,103; p-valor=0,001). A variável autoestima foi considerada fator associado ao consumo de álcool no último mês. Assim, o grupo de alunos classificado como tendo baixa ou média autoestima apresentou chance aumentada (RC=3,217; p-valor=0,028) de ter relatado consumo de álcool no último mês.

Tabela 7: Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso de álcool no último mês por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012.

Descrição	$\beta$	Erro padrão	p-valor	RC	IC 95%
Intercepto	-0,405	0,625	0,518	-	-
Notas (ótimo/bom)	-2,268	0,695	0,001	0,103	0,027 – 0,404
Autoestima (baixa/média)	1,168	0,531	0,028	3,217	1,136 – 9,110
Idade (13 a 15 anos)	1,479	0,695	0,033	4,387	1,123 – 17,140

Na tabela 8 verifica-se o resultado do modelo final para a variável *uso de tabaco na vida* controlado pela variável idade. Observou-se associação entre a resposta e as variáveis: *notas escolares*, *retorno para casa definido* e *pais sabem onde e com quem o adolescente está*. Assim, os alunos que se autoperceberam como tendo um desempenho

escolar ótimo ou bom, aferido por meio das notas, possuem chance diminuída de terem relatado consumo de tabaco na vida (RC=0,129; p-valor=0,024). Verificou-se menor chance de consumo de tabaco entre aqueles adolescentes cujos pais, de alguma forma, estabelecem ou combinam com os filhos o horário de retorno quando estes saem com os amigos (RC=0,008; p-valor=0,000). Da mesma forma, o fato dos pais saberem onde e com quem o adolescente está, quando este sai de casa, também significou um fator associado ao consumo de tabaco na vida (RC=0,055; p-valor=0,004).

Tabela 8: Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso na vida de tabaco por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012.

Variável	$\beta$	Erro padrão	p-valor	RC	IC 95%
Intercepto	5,546	1,582	0,000	-	-
Notas (ótimo/bom)	-2,050	0,860	0,017	0,129	0,024 – 0,695
Retorno definido	-4,857	1,316	0,000	0,008	0,001 – 0,103
Pais sabem onde e com quem está (sempre/ muitas vezes)	-2,903	0,998	0,004	0,055	0,008 – 0,388
Idade (13 a 15 anos)	0,990	0,934	0,289	2,691	0,431 – 16,794

### 6.6.2 Outras drogas

Os dados levantados pela pesquisa sobre o uso de maconha evidenciam que 6,4% (6 alunos) já experimentaram a droga alguma vez na vida. O uso no último mês foi de 1,1% (1 estudante). Dois estudantes informaram já ter experimentado crack (2,1%).

O percentual de escolares que já cheiraram alguma substância para sentir barato (lança perfume, loló, cola, gasolina, benzina, acetona e outros) foi de 17,9%, com uso no último mês de 5,2%. Quanto à idade de primeiro consumo, a maioria (71,5%) referiu tê-lo feito até os 13 anos de idade.

O percentual de estudantes que referiram ter usado LSD alguma vez na vida foi de 3,1% (3 alunos). O uso de anabolizantes foi relatado por seis estudantes (6,3%). O uso de bebida energética associada ao álcool foi mencionado por 35,4% (34 estudantes).

Quando questionados quanto ao grau de dificuldades que teriam caso quisessem adquirir drogas obteve-se as seguintes respostas: para maconha, 24% dos participantes achavam razoavelmente fácil ou muito fácil adquirir a droga e 53,1% achava muito difícil, razoavelmente difícil ou impossível adquirir a droga.

Para a cocaína, 16,8% achavam muito fácil ou razoavelmente fácil adquirir a droga e 56,9% achavam impossível, muito difícil ou razoavelmente difícil. Os que não souberam opinar foram 26,3%.

A pesquisa demonstrou que 13,5% dos alunos referiram ser muito fácil ou razoavelmente fácil adquirir crack, enquanto que 57,3% acreditavam ser muito difícil, razoavelmente difícil ou impossível. Não souberam opinar 29,2%.

Para LSD, anfetaminas e anabolizantes 7,3%, 13,7% e 22,3%, respectivamente, acreditavam ser muito fácil adquiri-los e 61,4%, 53,7%, 50% achavam muito difícil, razoavelmente difícil ou impossível adquiri-los. Não souberam opinar 31,3%, 32,6% e 27,7%, respectivamente.

Na Tabela 9 pode-se observar a análise bivariada das variáveis referentes ao consumo de maconha, inalantes e bebida energética com as variáveis sociodemográficas e autoestima.

Tabela 9: Uso na vida de maconha, inalantes e bebida energética pelos adolescentes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados no ano de 2012, de acordo com as características de sexo, faixa etária, cor da pele, autoestima, estrutura familiar e estrato social.

Variável	Maconha		Cheirou para sentir barato		Bebida energética	
	n	%	n	%	N	%
Sexo						
Feminino	5	7,6	10	14,7	22	32,4
Masculino	1	3,6	7	25,9	12	42,9
Idade						
13-15	2	3,3	10	15,9	19	30,2
16 ou mais	4	12,5	7	22,6	14	43,8
Cor da pele						
Branca	2	4,9	6	14,6	15	36,6
Preta	1	20,0	1	20,0	2	40,0
Parda	3	7,0	10	22,7	14	31,1
Amarela / indígena	0	0,0	0	0,0	2	50,0
Autoestima						
Baixa	4	12,9	6	20,0	11	35,5
Média	2	6,3	7	21,2	12	36,4
Alta	0	0,0	4	12,9	11	35,5
Estrutura familiar						
Pai e mãe	4	7,4	9	16,4	15	26,8
Pai e madrasta/ mãe e padrasto	1	6,7	3	20,0	8	53,3
Pai ou mãe somente	1	6,3	2	12,5	9	56,3
Outros parentes	0	0,0	3	33,3	2	22,2
Estrato social						
A	0	0,0	0	0,0	0	0,0
B	3	6,8	8	17,8	14	31,1
C	2	6,3	6	18,8	11	33,3
D	1	33,3	0	0,0	3	100,0

Para a maconha, a análise do uso alguma vez na vida em relação às mesmas variáveis indica que dentre as meninas 7,6% já experimentaram e dentre os meninos 3,6%. Na faixa etária de 13 a 15 anos 3,3% já usaram e nos maiores de 16 anos, 12,5%. Para a cor da pele, os que afirmaram já ter feito uso de maconha na vida entre os que se declararam brancos foi de 4,9% e de 20% para os de pele preta (Tabela 9).

Na escala de autoestima, 12,9% dos alunos classificados como baixa autoestima informaram já ter feito uso de maconha. Dentre aqueles com alta autoestima, nenhum aluno relatou ter usado maconha.

Para a estrutura familiar, os que vivem com o pai e mãe 7,4% referiram que usaram maconha, dos que vivem com pai e madrasta ou mãe e padrasto 6,7% informaram ter consumido (Tabela 9).

Para classe econômica, 6,8% dos alunos da classe C, já usaram maconha, da classe B foram 6,3%, da classe D, 33,3%. Os alunos da classe A, 100% declararam que nunca usaram a droga.

A distribuição da frequência do uso de solventes ou outro inalante para sentir “barato” em relação ao sexo demonstra que 14,7% das meninas e 25,9% dos meninos, já cheiraram alguma destas substâncias. Com relação à idade, dos alunos de 16 anos e mais, 22,6% referiram já ter cheirado pra sentir “barato”.

A análise segundo cor da pele demonstra que das pessoas de pele parda 22,7% já cheiraram e dos de pele preta, 20,0%. Em relação à autoestima, verificou-se que 20,0% dos alunos classificados como baixa autoestima informaram já ter cheirado contra 12,9% daqueles com alta autoestima (Tabela 9).

A estrutura familiar demonstra que para os que vivem com outros parentes 33,3% já cheiraram, enquanto que a prevalência para quem vive com pai e madrasta ou mãe e padrasto foi de 20%. Para quem vive com pai e mãe foi de 16,4%.

Segundo a classificação econômica, verificou-se que 18,8% e 17,8%, respectivamente, dos indivíduos da classe B e C já cheiraram.

O consumo de bebida energética associada ao álcool demonstra que entre os meninos 42,9% já usaram e entre as meninas 32,4%. Com relação à faixa etária, 43,8% dos alunos de 16 anos ou mais já usaram bebidas energéticas associadas ao álcool e 30,2% dos alunos na faixa de 13 a 15 anos.

A análise segundo cor da pele mostrou que 40,0% dentre aqueles de cor preta relatam já ter consumido bebida energética associada ao álcool (Tabela 9).

Com relação aos indivíduos com autoestima média 36,4% já usaram bebida energética associada ao álcool e para os de autoestima alta e baixa ambos apresentaram 35,5% de frequência.

Quanto à estrutura familiar, observou-se que 56,3% dos alunos que vivem com apenas um dos pais mencionou essa associação entre álcool e bebida energética. (Tabela 9). Verifica-se da Tabela 9 que 33,3% dos alunos da classe B, 31,1% da classe C e todos os da classe D (100%) referiram já ter feito uso dessa combinação.

Em relação ao uso de drogas ilícitas, foram ajustados modelos empregando as seguintes variáveis desfecho: *já cheirou algum produto para sentir barato* (uso na vida) e *drogas agregadas* (maconha, crack e LSD).

Da tabela 10 observam-se os resultados do modelo final, selecionado para a variável desfecho *já cheirou para sentir barato* controlada pela variável idade. Observou-se que aqueles alunos que tem o horário de retorno definido ou combinado

pelos pais apresentou menor chance de já ter inalado substâncias para sentir barato (RC=0,089; p-valor=0,009). A prática de esportes também se mostrou associada com o desfecho. Assim, a prática de esportes representou um fator associado ao consumo de tais substâncias (RC=12,524; p=0,039). Em relação à prática de esportes, contudo, chama a atenção a amplitude do intervalo de confiança de 95%.

Tabela 10: Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso alguma vez na vida de inalantes por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012.

Descrição	$\beta$	Erro padrão	p-valor	RC	IC 95%
Intercepto	-1,569	1,114	0,159	-	-
Retorno definido	-2,415	0,930	0,009	0,089	0,014 – 0,553
Prática de esporte	2,506	1,216	0,039	12,254	1,130 – 132,929
Idade (13 a 15 anos)	-0,002	0,660	0,997	0,998	0,274 – 3,637

Em relação à variável *drogas agregadas* (maconha + crack + LSD) seus resultados podem ser visualizados na Tabela 11. Verifica-se da tabela que os alunos com poucas faltas (até 3 dias) apresentam chance diminuída de ter feito uso de maconha e/ou crack e/ou LSD (RC=0,088; p-valor = 0,033).

Tabela 11: Estimativas dos coeficientes de regressão ( $\beta$ ), erros padrão, p-valor, razão de chances (RC) do uso alguma vez na vida de maconha e/ou crack e/ou LSD por estudantes do primeiro ano do ensino médio em Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012.

Descrição	$\beta$	Erro padrão	p-valor	RC	IC 95%
Intercepto	-0,811	0,601	0,177	-	-
Faltas a escola (até 3 dias)	-1,534	0,719	0,033	0,088	0,053 – 0,884

## 7. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados (MS) quanto a aspectos sócio demográficos, autoestima, desempenho escolar, relacionamento com a família e hábitos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas lícitas e ilícitas.

A adesão dos estudantes ao estudo apresentou diferenças importantes. A maior adesão ocorreu na escola B, sendo que o maior contingente de estudantes do município faz parte da escola A. Tal resultado pode ser explicado pela influência positiva da identificação do professor em relação ao tema da pesquisa, durante o primeiro contato com a turma, o que pode ter despertado o interesse dos alunos.

Quanto ao perfil dos participantes da pesquisa, a grande maioria foi do sexo feminino (70,8%) o que pode ainda ser explicado pelo maior número de alunos do sexo feminino frequentando as aulas. A faixa etária predominante no estudo foi composta por estudantes de 13-15 anos, demonstrando que a maioria se encontrava na série adequada para a idade. Quanto à raça/cor o maior número de estudantes se autodeclararam pardos e referiram residir com pai e mãe.

Constatou-se que o álcool foi a droga mais usada na vida pelos adolescentes (87,2%), seguida pelo cigarro (18,8%). O resultado para uso de álcool na vida foi semelhante ao encontrado por Baus, Kupek e Pires na cidade de Florianópolis-SC abrangendo alunos do primeiro e segundo graus de uma escola pública (86,8%)<sup>50</sup>.

Estudo realizado com estudantes de escola pública no município de Timóteo (MG) encontrou 41,5% e 23,3% de uso de álcool e de cigarro na vida, respectivamente<sup>51</sup>. Outro estudo, realizado com estudantes de escolas públicas e privadas do município de Assis (SP) quando comparado ao presente trabalho, demonstrou prevalência inferior para uso na vida de álcool (68,9%) e superior para o uso de cigarro (22,7%)<sup>52</sup>.

O dado sobre o consumo de álcool entre adolescentes demonstrou-se de grande relevância uma vez que se assemelha ao encontrado em grandes cidades do país e pode estar associado a uma maior exposição a riscos. O cigarro, o álcool e as drogas ilícitas devem ser considerados de risco a saúde uma vez que o fumo, a longo prazo, é o responsável pelo maior número de doenças e de anos de vida perdidos que todas as outras drogas juntas. O álcool é responsável por mais da metade das mortes de jovens em acidentes automobilísticos. A maconha interfere na memória e aprendizagem<sup>23</sup>. O compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis pode favorecer a transmissão

de doenças e o uso e abuso de substâncias psicoativas pode favorecer a transgressão de leis e normas de convivência social<sup>53</sup>.

O VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras realizado em 2010 revelou que o uso na vida de álcool entre os estudantes de Campo Grande foi de 65,5% entre o sexo masculino e 69,3% entre o sexo feminino. Quanto à faixa etária de maior uso na vida encontrou-se dos 16 aos 18 anos de vida, onde 85,8% dos adolescentes já usaram bebidas alcoólicas aos menos uma vez na vida<sup>3</sup>. Verificou ainda que 15,4% dos estudantes entrevistados relataram ter feito uso de bebidas energéticas associadas ao álcool. No presente estudo encontrou-se prevalência de 35,4% de uso de bebidas energéticas concomitantemente ao álcool.

Outros estudos encontraram associação significativa entre uso pesado de álcool e sexo masculino, consumo precoce, renda própria, tráfico de drogas, consumo com amigos, dentre outros<sup>54</sup>.

Estudo realizado com jovens infratores demonstrou que ao avaliar a relação entre primeiro uso de drogas e primeiro ato infracional entre tais jovens, os resultados mostram que o início do uso de álcool, cigarro e maconha precedem o uso de outras drogas e a prática de infrações<sup>55</sup>.

Os achados são preocupantes tanto para uso de álcool e cigarro na vida quanto para uso no último mês. O presente estudo encontrou percentagem de uso de álcool e cigarro no último mês de 45,7% e 7,3%, respectivamente. Os achados são superiores aos encontrados em estudo realizado por Baus, Kupek, Pires com estudantes de primeiro e segundo grau de escola pública de Florianópolis/SC, para uso frequente de álcool e inferior ao encontrado para uso de cigarro de 24,2% e 9%, respectivamente<sup>50</sup>.

O estudo realizado em Glória de Dourados encontrou importante consumo de álcool entre os adolescentes com tendência maior entre os meninos, o que também foi verificado no estudo realizado por Strauch, Pinheiro, Silva, Horta<sup>56</sup> em Pelotas (RS) com adolescentes de 11 a 15 anos. Apesar da maior prevalência de consumo em Glória de Dourados estar acima de 16 anos de idade, os dados demonstram relevante experimentação entre 13 e 15 anos de idade. A virada da pré-adolescência (10 a 12 anos) para a adolescência precoce (13 a 15 anos) é mais crítica, mais refratária a mudanças de hábito e mais expostas a substâncias etílicas. Na passagem para a adolescência (16 a 18 anos) esta percentagem quase duplica<sup>53</sup>.

Algumas razões tentam explicar a maior ocorrência de consumo de álcool na fase final da adolescência como maior autonomia, exploração da identidade, menor controle parental e grande envolvimento com grupo de pares<sup>57</sup>.

O bom desempenho escolar dos adolescentes e a baixa ou média autoestima demonstraram ser fatores associados ao uso de álcool no último mês.

O presente estudo demonstrou elevado uso experimental de cigarro (18,8%) com predomínio entre os adolescentes de baixa renda. Estudo realizado no Distrito Federal encontrou prevalência de 16,5% de experimentação entre os estudantes do ensino fundamental e médio<sup>58</sup>. Diferentemente ao encontrado em Glória de Dourados, levantamento realizado com estudantes de nível fundamental e médio das escolas urbanas de Santa Maria/RS, no ano de 1997 encontrou maior uso de cigarro entre estudantes de nível sócio econômico mais elevado<sup>59</sup>.

Uma vez que o consumo experimental de cigarro tenha sido maior entre estudantes de baixa renda, o dado pode ser explicado, dentre outros fatores, pelo determinante econômico já que grande parte do cigarro à venda na região provém do contrabando do Paraguai, podendo chegar ao consumidor com valores bem abaixo do mercado.

Quanto à prevalência de uso na vida de cigarro em relação ao sexo, os estudantes do sexo feminino de Glória de Dourados apresentaram prevalência superior ao sexo masculino (20,6% e 14,3%, respectivamente). Este resultado difere do encontrado no VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas que encontrou, para as escolas públicas do município de Campo Grande (MS), percentagem de uso na vida de cigarro de 21,8% entre estudantes do sexo masculino e 21,5% entre o sexo feminino<sup>3</sup>. Ainda neste levantamento, verificou-se que o maior uso na vida ocorreu entre os 16 e 18 anos de idade, com 34% dos adolescentes<sup>3</sup>.

O melhor desempenho escolar autodeclarado pelos estudantes demonstrou estar associado ao uso de tabaco na vida. A associação entre pior desempenho escolar e o uso de cigarro também pode ser encontrada no estudo realizado<sup>60</sup> em Pelotas, RS, com adolescentes da zona urbana e nos inquiridos no levantamento com adolescentes de Santa Maria/RS<sup>59</sup>. O maior controle dos pais sobre a vida dos filhos através do estabelecimento de horários ou sua combinação com o adolescente, além do conhecimento dos pais sobre onde e com quem o adolescente está demonstrou ser um fator associado ao consumo de tabaco na vida.

Para um grande número de jovens, e aqui se incluem os residentes em municípios de porte menor, o lazer é limitado a um reduzido leque de atividades. A falta

de opções de lazer pode vir em consequência da falta de recursos financeiros e investimentos públicos. Neste caso, considerando as escassas opções de lazer, a religião pode tomar o lugar de atividade de lazer e sociabilidade para muitos jovens<sup>53</sup>. Para um levantamento realizado com adolescentes e jovens adultos entre 16 e 24 anos que nunca haviam usado drogas e aqueles que fizeram uso abusivo, observou-se a religião como um fator de proteção importante<sup>61</sup>. Entre os inquiridos de Glória de Dourados, 86% declararam ter religião.

Na sequência de drogas mais usadas entre os escolares, a combinação entre bebidas energéticas e álcool aparece como a terceira mais usada, seguida por solventes/inalantes e maconha. Uma possível explicação para estes achados é que o adolescente é particularmente influenciado por modismos onde as propagandas e a repetição de comportamentos associados ao indivíduo adulto dirigem comportamentos de jovens. O desejo de pertencer a um grupo, a opinião de amigos, o modelo social que o adolescente está inserido, a facilidade de acesso às drogas, os modelos dos ídolos e um ambiente favorável para experimentar as drogas podem influenciar seu uso<sup>62</sup>.

Para o uso de solventes/inalantes, o resultado demonstrou que o controle dos pais através do estabelecimento ou combinação com os filhos de horários de retorno para casa teve papel de proteção ao uso na vida destas substâncias. Por outro lado, a prática de esporte esteve associada ao maior uso de solventes/inalantes na vida, sugerindo representar fator de risco para o uso entre os adolescentes investigados. Este dado deve ser avaliado com cautela considerando a amplitude do intervalo de confiança.

Com relação à classe social, a presente pesquisa mostrou maior vulnerabilidade para uso de álcool entre os estudantes dos dois extremos A e D. Sobre este dado, supõe-se que pode estar atrelado ao custo da bebida no município, que recebe bebidas contrabandeadas do Paraguai. Determinantes culturais onde festas de rodeio, bailes, boates e festas ao ar livre, nas quais os jovens se reúnem a beira de rodovias ou propriedades rurais para consumo de bebidas alcoólicas e ouvirem som automotivo em volumes elevados, podem promover o consumo de bebidas entre adolescentes por toda região.

Os dados levantados para uso na vida de maconha entre os estudantes em Glória de Dourados demonstraram semelhança ao encontrado por Guimarães et al<sup>52</sup> de 6,6% para uso na vida. Estudo realizado com estudantes de escolas públicas e privadas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul encontrou uso na vida de 10,7%<sup>63</sup>.

O reduzido número de faltas escolares demonstrou ser um fator associado ao uso de maconha, crack e LSD (variável agregada).

A relação entre maior idade e aumento do uso de drogas é um achado frequente nos estudos com adolescentes e se comprova também nesta pesquisa. Verificou-se entre álcool, tabaco, maconha, inalantes e energéticos que a experimentação foi maior na faixa etária de 16 a 19 anos em relação aos de 13 a 15 anos.

O resultado de uso na vida de anabolizantes pelos estudantes de Glória de Dourados foi superior ao encontrado em pesquisa realizada com alunos do ensino médio de escolas públicas e privadas no interior do Rio Grande do Sul que foi de 1,7%<sup>63</sup>. O VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras encontrou prevalência de uso na vida de anabolizantes de 1,4%<sup>3</sup>.

A análise do grau de dificuldade referida pelos estudantes em se adquirir algumas substâncias chama a atenção para maconha e anabolizantes onde 24% referem achar fácil ou razoavelmente fácil adquirir maconha e 22,3% adquirir anabolizantes.

Atualmente, observa-se na sociedade um cenário social que passa a ser regido por interesses econômicos através da precarização das relações de trabalho, desemprego e apelo consumista, o que cria a ditadura do ter como sinônimo de sucesso e *status*. Neste contexto, a ausência do Estado como agente social do bem estar, enfatiza a desproteção social, o que contribui para exclusão de direitos de cidadania. Este cenário por sua vez torna-se propício as atividades ilícitas, permitindo a chamada inclusão por meio da marginalidade<sup>64</sup>. O resultado disso é o tráfico e seu consequente mercado ilegal facilitando o acesso e o uso.

A média de anos de estudo para a população de 25 anos e mais de idade é um indicador que revela o *status* de escolaridade de uma sociedade<sup>65</sup>. Para este estudo os dados revelam que 20,8% das mães não possuem nenhum grau de instrução ou possui o primeiro grau incompleto, enquanto as que possuem o superior completo representam 19,4%. Tais dados mostram status de escolaridade superior ao observado pela pesquisa PeNSE<sup>65</sup> realizada com alunos do nono ano das capitais dos estados e Distrito Federal que revelou 25,9% das mães não tinham qualquer grau de ensino ou tinham somente o ensino fundamental incompleto, enquanto que as que possuíam o superior completo foi de 16,1%.

Melhor nível de escolaridade da mãe pode contribuir para maiores oportunidades de vida para crianças e adolescentes. Desta forma, poderão contribuir para o acúmulo de efeitos positivos de fatores de proteção que reduzem os fatores de risco negativos, e provavelmente irão alcançar e sustentar a saúde mental e bem estar ao longo da vida<sup>66</sup>.

A estrutura familiar dos estudantes de Glória de Dourados foi semelhante a encontrada na pesquisa PeNSE realizada com estudantes das capitais brasileiras e do Distrito Federal com 58,3% dos escolares vivendo com pai e mãe<sup>65</sup>.

Quanto ao conhecimento dos pais a respeito do tempo livre e da vida recreativa dos adolescentes assim como do horário de retorno para casa, verificou-se na presente pesquisa que para a maioria (89,2% e 80,6%, respectivamente) dos estudantes os pais sempre sabem aonde vão e os horários de retorno para casa. Para a pesquisa PeNSE, o conhecimento dos pais a respeito do tempo livre de seus filhos (o que fazem, aonde vão, suas amizades e horários de chegada) revelou que pouco mais da metade (55,8%) dos escolares declararam que seus pais sabem o que fazem em seu tempo livre nos últimos 30 dias. Mais da metade dos estudantes referiram terem faltado às aulas nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa, independente de ter ou não o consentimento dos pais ou responsáveis<sup>65</sup>. Resultado semelhante foi encontrado no presente levantamento onde mais da metade (60,2%) dos estudantes faltaram às aulas nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Adolescentes que vivem com apenas um dos progenitores ou com outros parentes apresentaram percentagem maior de experimentação de álcool, cigarro e inalantes. Resultado diferente foi observado para o uso de maconha e energéticos associados com álcool, onde os estudantes que residiam com pai e mãe apresentaram maior percentagem de experimentação. Estudo realizado na Nicarágua mostrou que a maior parte dos estudantes que usavam drogas provinha de núcleos familiares intactos, ou seja, compostos por pai e mãe, seguidos por aqueles que viviam apenas com a mãe<sup>67</sup>.

De acordo com WHO<sup>67</sup> o envolvimento de pais no desenvolvimento dos filhos, com interesse nos aspectos da vida de crianças e adolescentes pode influenciar positivamente em sua saúde mental. Desta forma, há evidências de que fatores sociais e econômicos favoráveis, relação amorosa e forte envolvimento nos cuidados com a criança são particularmente significantes na prevenção do uso de drogas entre adolescentes. Evidências acumuladas por pesquisas realizadas ao longo de 10 anos pela União Européia indicam que redução no *status* socioeconômico está associada com diminuição dos níveis de saúde mental e bem estar<sup>68</sup>.

A análise dos dados neste estudo deve ser feita com cautela considerando possível viés de informação. Motivos inibitivos como autocensura, desconfiança no responsável pela pesquisa, erro de memória podem ter influenciado para que os estudantes não tenham revelado o uso real de drogas, em especial as ilícitas.

É importante ressaltar as principais limitações do estudo: não é possível diagnosticar dependência e os usuários mais pesados de drogas provavelmente não estão frequentando a escola (apesar de a coleta ter ocorrido no mês de março, início do ano letivo) ou ainda estes podem estar entre os que se recusaram a participar do estudo.

Do total de alunos que potencialmente poderiam fazer parte da pesquisa a menor adesão ocorreu com a turma do período noturno, onde 45,5% não foram incluídas por não entrega do termo de autorização dos responsáveis legais ou por recusa em participar do estudo. Tal perda está acima da literatura consultada apesar do pesquisador ter retornado uma média de três vezes em cada turma para a coleta dos dados. O curso noturno somente é oferecido pela escola A, o que contribui para que uma maior porcentagem de perdas ocorra nesta escola e não permite a comparação do turno entre escolas. Estudo realizado em município do interior do Rio Grande do Sul com adolescentes de escolas públicas e privadas encontrou 30% de perda devido aos mesmos motivos<sup>63</sup>.

Fortalecer fatores de proteção na escola, no lar e na comunidade podem ter importante contribuição para reduzir os fatores de risco entre os vulneráveis, promovendo mudanças saudáveis e sucesso em suas vidas<sup>68</sup>.

A prevenção ainda é uma das formas mais eficazes de lidar com o uso e abuso de drogas uma vez que a prevenção deve se focar em intervenções amplas que envolvam o adolescente, a família, seu contexto socioeconômico e cultural. Deve enfatizar a orientação e mobilização de adolescentes, enfocando redução de danos, reabilitação e socialização destes jovens<sup>69</sup>.

Houve solicitações ao pesquisador de trabalhos direcionados a prevenção ao uso indevido de drogas voltadas ao corpo discente e docente das instituições. Conclui-se então que há uma carência relativamente grande de trabalhos de prevenção que envolvam não somente alunos e professores, mas também, pais, responsáveis e toda a comunidade<sup>43</sup>.

Tal demanda exige que profissionais sejam capacitados frequentemente para este trabalho a fim de atender a crescente demanda de dependentes químicos de cocaína e crack. Torna-se imprescindível a capacitação e treinamento teórico e emocional dos trabalhadores de saúde, que aborde e dissipe seus preconceitos e receios em relação ao usuário de drogas, para que possam lidar de forma desembaraçada e assertiva com a crescente demanda de dependentes de cocaína-crack nos mais diferentes serviços de saúde<sup>69</sup>.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo levantou o uso de drogas na vida e no último mês por estudantes do primeiro ano do ensino médio de Glória de Dourados e contou com a participação 96 alunos.

A pesquisa sobre o uso de drogas por adolescentes não se apresenta como tarefa fácil, pois envolve questões culturais, de gênero, fatores sociais e de ilegalidade, o que faz com que alguns alunos possam tender a ocultar experiências com drogas.

Observou-se que como outros estudos, dentre eles o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, álcool e tabaco foram as drogas de maior prevalência de uso na vida em todas as escolas. O crack também não apresentou destaque entre o grupo de estudantes pesquisados<sup>3</sup>.

Chamou à atenção a prevalência de uso na vida de energéticos associados com álcool e anabolizantes pela população de estudantes pesquisada sendo superior a encontrada no último levantamento nacional.

O significativo número de adolescentes deste estudo que fizeram uso de drogas torna de grande importância que medidas de investigação sobre outros aspectos de uso sejam tomadas.

Mostra-se necessário a realização sistemática de levantamentos que acompanhem a evolução do uso de drogas nesta região, o que servirá também como importante ferramenta que dispomos para dimensionar a magnitude da oferta de drogas na região.

## REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 2- Ferreira MMSRS, Torgal MCLFPR. Consumo de tabaco e álcool na adolescência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18(2).
- 3- Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino das 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID; 2010.
- 4- Ocampo AHT. A Saúde nas fronteiras: “uma proposta de bem-estar e desenvolvimento”. In Souza et al (org.). *A Saúde e a Inclusão Social nas Fronteiras*. Florianópolis: Boiteux, p. 149-153; 2008.
- 5- Brasil. Ministério da Integração Nacional. Faixa de Fronteira: Programa de promoção do desenvolvimento da faixa de fronteira - PDF. Brasília: Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais; 2009.
- 6- Pontes BMS. O Confronto entre Espaços de Liberdade e Confiança: O Território da Tríplice Fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai). *Revista de Geografia* 2009; 26(3):33-64.
- 7- Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saude Coletiva* 2005; 10(3):707-717.
- 8- Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene* 2009; 10(2):131-140.
- 9- Baptista MN, Baptista ASD, Dias RR. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol Cienc Prof* 2001; 21(2).
- 10- Souza RP. Adolescência: abordagem do adolescente. In: Duncan BB (Org.) et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 3 ed.; 2004.
- 11- Organização Mundial da Saúde. Problemas de salud de la adolescência. Ser. Inf. Técn., Genebra; 1965.
- 12- Rebolledo EAO, Medina NMO, Pillon SC. Factores de riesgo asociados al uso de drogas em estudantes adolescentes. *Rev Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12:369-375.

- 13- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. As drogas em destaque: Medir a prevalência e incidência do consumo de droga. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Lisboa: 2002. Disponível em <http://www.emcdda.org>. Acesso Nov 2010.
- 14- Del-Ciampo LA, Del-Ciampo LRL. Adolescência e imagem corporal. *Adolesc Saúde* 2010; 7(4):55-59.
- 15- Schepis TS, Adinoff B, Rao U. Neurobiological Processes in Adolescent Addictive Disorders *AM J Addict* 2008; 17(1):6-23.
- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 17- Roehrs H, Lenardt MH, Maftum MA. Cultura familiar e uso de drogas psicoativas. *Esc Anna Nery Rev de Enfermagem* 2008; 12(2):353-7.
- 18- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livreto Informativo Sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, 5 ed.; 2007.
- 19- Brasil. Ministério da Justiça. Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília: SENAD, 4 ed.; 2011.
- 20- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas: Leitura recomendada para alunos a partir da 6ª Série do Ensino Fundamental. São Paulo: Departamento de Psicobiologia da Unifesp; 2003.
- 21- Carlini EA, Nappo AS, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas Psicotrópicas – O que são e como agem. *Revista IMESC* 2001; 3:9-35.
- 22- Leslie K. Youth substance use and abuse: Challenges and strategies for identification and intervention. *CMAJ-Canadian Medical Association or its licensors* 2008; 178(2): 145-8.
- 23- Silber TJ, Souza RP. Uso e Abuso de Drogas na Adolescência: O que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolescência Latinoamericana* 1998; 1(3):148-172.
- 24- Batista IR, Reis MA. Farmacologia das substâncias psicoativas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R (Orgs). *Tratamentos farmacológicos para dependência química: Da evidencia científica a prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 25- Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 Suppl 2:S32-36.

- 26- Gorenstein C, Scavone C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. Rev Brasil de Psiquiatria 1999; 21(1): 64-73.
- 27- Ferigolo M, Medeiros FB, Barros HMT. “Êxtase”: Revisão farmacológica. Rev Saúde Pública 1998; 32(5):487-95.
- 28- Brasil. Ministério da Justiça. Informações sobre Drogas: Tipos de Drogas: Maconha. OBID. Senad. 2007.
- 29- Lise MLZ, Gama e Silva TS, Ferigolo M, Barros HMT. O abuso de esteróides anabólico-androgênicos em atletismo. Rev Assoc Med Bras 1999; 45(4):364-370.
- 30- Ferigolo M. LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico. Versão 1.0, 2008. Disponível em <http://vivavoz.ufcspa.edu.br/pdfs/LSD.pdf>. Acesso Jun 2012.
- 31- Newcomb MD, Bentler PM. Substance Use and Abuse Among Children and Teenagers. American Psychological Association 1989; 44(2):242-248.
- 32- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Classificação do uso de drogas psicotrópicas. São Paulo: Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo; 2005. Disponível em <http://200.144.91.102/cebridweb/go.aspx?cd=630&a=&disp=no>. Acesso Jul 2011.
- 33- Secretaría de Salud. Programa de atención a La salud de La adolescência. Primera edición, Mexico; 2002.
- 34- Soldera M, Dalgalarro P, Correia Filho HR, Silva CAM. Uso de Drogas psicotrópicas por estudantes: Prevalência e Fatores Sociais Associados. Rev Saúde Pública 2004; 38(2):277-83.
- 35- Brasil. Ministério da Justiça. A prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária. SENAD, Brasília; 2006. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327616.pdf>. Acesso Ago 2011.
- 36- Griffin KW, Scheier LM, Botvin GJ. Developmental trajectories of self-management skills and adolescent substance use. Health and Addictions/ Salud y Drogas 2009; 9(1):15-37.
- 37- Marques ACPR, Ribeiro M. (Orgs). Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde. São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria; 2006.
- 38- Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8:299-306.
- 39- Castilho JAGD, Cordeiro A. Percepção do risco associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas. Health and Addictions/Salud y Drogas 2009; 9(1):57-78.

- 40- Valverde PR, Rodriguez CM. Situacion Actual Del Consumo De Substâncias Em Los Adolescentes Espanoles: Tabaco, Alcohol, Cannabis Y Otras Drogas Ilegales. *Health and Addictions/Salud y Drogas* 2010; 10(2):13-36.
- 41- Heim J, Andrade AG. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2008; 35.
- 42- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. v. 01. 472 p.
- 43- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas psicotrópicas entre os estudantes do Ensino fundamental e Médio da Rede publica de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID, UNIFESP; 2004.
- 44- Moreira TC, Belmonte EL, Vieira FR, Noto AR, Ferigolo M, Barros HMT. A violência comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes: comparação entre sexos. *J Pediatra* 2008; 84(3):244-250.
- 45- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características da população. Amostras. IBGE Cidades@. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso Mai 2011.
- 46- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo; 2011. Disponível em <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>. Acesso Out 2011.
- 47- Rosemberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1989.
- 48- Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes. *Psicol Reflex Cri* 2007; 20(3):397-405.
- 49- Carlini-Cotrim BHRS, Barbosa MT. Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: Um manual de orientações gerais. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 1993.
- 50- Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(1):40-6.

- 51- Reis FC, Silva AA. Adolescência: Consumo de álcool e outras drogas. *Revista Enfermagem Integrada* 2009; 2(1):112-125.
- 52- Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, Kappann JI, Tosta Júnior LA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares do município de Assis, SP. *Rev Saúde Pública* 2004; 38 (1):130-2.
- 53- Abramovay M, Castro MG. *Drogas nas escolas: Versão resumida*. Brasília: UNESCO, Rede Pitágoras; 2005.
- 54- Matos AM, Carvalho RC, Costa MCO, Gomes KEPS, Santos LM. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):302-3.
- 55- Martins MC, Pillon SC. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(50):1112-1120.
- 56- Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescente: Estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4):647-55.
- 57- Rodrigues MC, Viegas CAA, Gomes EL, Morais JPMG, Zakir JCO. Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. *J. Brasileiro de Pneumologia* 2009; 35(10):986-991.
- 58- Pasqualotto AC, Pasqualotto GC, Santos RP, Segat FM, Guillande S, Benvegnú LA. Relação entre o adolescente e o tabaco: Estudo de fatores sócio demográficos de escolares em Santa Maria, RS. *Pediatria* 2002; 24(1/2):11-6.
- 59- Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(4):775-783.
- 60- Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde coletiva* 2004; 9(1):43-55.
- 61- Bolanos Gil HL, Melo DF, Ferriani MGC, Silva MAI. Opiniões de adolescentes estudantes sobre o consumo de drogas: Um estudo de caso em Lima, Perú. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16 (especial).
- 62- Sengik AS, Scortegagna SA. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora* 2008; 9(1):73-80.
- 63- Faria AAC, Barros VA. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. *Psicologia & Sociedade* 2011; 23(3):536-544.

- 64- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>. Acesso Jan 2012.
- 65- Rodríguez MCM, Tinoco MVM, Moreno PJP, Queija IS. Los adolescentes españoles y su salud: resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Universidad de Sevilla; 2005. Disponível em [http://www.hbsc.org/countries/downloads\\_countries/Spain/adoles\\_Resumen2005.pdf](http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/Spain/adoles_Resumen2005.pdf). Acesso Jun 2012.
- 66- Garcia JJ, Pillon SC, Santos MA. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes do ensino médio. Rev Lat-Am Enfermagem 2011; 19:753-51.
- 67- World Health Organization. Social cohesion for mental well-being among adolescents. In: Babloyan A. et al. Armenia: experiences of a country in transition. Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
- 68- Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: Uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. Esc. Anna Nery Rev Enferm 2008; 12(3):555-59.
- 69- Dualibi LMFB. Revisão sistemática: Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Tese de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, f. 86; 2010.



5d. Madrasta	1. SIM	2. NÃO
5e. Avós	1. SIM	2. NÃO
5f. Irmãos	1. SIM	2. NÃO
5g. Amigos/colegas	1. SIM	2. NÃO
5h. Marido/esposa	1. SIM	2. NÃO
5i. Moro sozinho	1. SIM	2. NÃO
5j. Outros parentes	1. SIM	2. NÃO

#### 6. VOCÊ TEM IRMÃOS?

1. NÃO TENHO
2. SIM. TODOS SÃO FILHOS DO MEU PAI E DA MINHA MÃE.
3. SIM. TENHO IRMÃOS DE DIFERENTES CASAMENTOS DO MEU PAI OU DA MINHA MÃE.

#### 7. QUAL A ESCOLARIDADE DOS SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS?

7a. Pai / Responsável	1. NÃO SABE LER E ESCREVER	6. SUPERIOR INCOMPLETO
	2. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	7. SUPERIOR COMPLETO
	3. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	8. NÃO SEI
	4. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	9. NÃO TENHO PAI/RESPONSÁVEL
	5. ENSINO MÉDIO COMPLETO.	
7b. Mãe / Responsável	1. NÃO SABE LER E ESCREVER	6. SUPERIOR INCOMPLETO
	2. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	7. SUPERIOR COMPLETO
	3. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	8. NÃO SEI
	4. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	9. NÃO TENHO PAI/RESPONSÁVEL
	5. ENSINO MÉDIO COMPLETO.	

#### 8. QUANTOS DE CADA ITEM ABAIXO A SUA CASA POSSUI? (SE NÃO TIVER, ANOTAR 0)

8a. TELEVISÃO (CORES)	_____ (QUANTIDADE)
8b. RÁDIO	_____ (QUANTIDADE)
8c. BANHEIRO	_____ (QUANTIDADE)
8d. AUTOMÓVEL	_____ (QUANTIDADE)
8e. MOTO	_____ (QUANTIDADE)
8f. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA	_____ (QUANTIDADE)
8g. MÁQUINA DE LAVAR ROUPAS	_____ (QUANTIDADE)
8h. VÍDEO CASSETE/DVD	_____ (QUANTIDADE)
8i. GELADEIRA SEM FREEZER GELADEIRA DUPLEX OU FREEZER	_____ (QUANTIDADE)
8j. GELADEIRA DUPLEX OU FREEZER	_____ (QUANTIDADE)

#### 9. VOCÊ TRABALHA ATUALMENTE?

1. SIM, RECEBENDO SALÁRIO/REMUNERAÇÃO
2. SIM, MAS NÃO RECEBO SALÁRIO/REMUNERAÇÃO
3. NÃO

#### 10. VOCÊ PRÁTICA ALGUM ESPORTE?

1. SIM. QUAL? \_\_\_\_\_ (ESCREVA POR EXTENSO)      2. NÃO

**AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM ABORDAM OS ASPECTOS DA SUA RELAÇÃO COM VOCÊ MESMO, COM SEU CORPO, COM SEUS SENTIMENTOS, SUAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA E SUAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO SEU FUTURO.**

**11. NO CONJUNTO, EU ESTOU SATISFEITO COMIGO.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**12. ÀS VEZES, EU ACHO QUE NÃO PRESTO PARA NADA.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**13. EU SINTO QUE EU TENHO VÁRIAS BOAS QUALIDADES**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**14. EU SOU CAPAZ DE FAZER COISAS TÃO BEM QUANTO A MAIORIA DAS PESSOAS.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**15. EU SINTO QUE NÃO TENHO MUITO DO QUE ME ORGULHAR.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**16. EU, COM CERTEZA, ME SINTO INÚTIL ÀS VEZES.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**17. EU SINTO QUE SOU UMA PESSOA DE VALOR, PELO MENOS DO MESMO NÍVEL QUE AS OUTRAS PESSOAS.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**18. EU GOSTARIA DE PODER TER MAIS RESPEITO POR MIM MESMO.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**19. NO GERAL, EU ESTOU INCLINADO A SENTIR QUE SOU UM FRACASSO.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**20. EU TENHO UMA ATITUDE POSITIVA COM RELAÇÃO A MIM MESMO.**

1. CONCORDO TOTALMENTE      2. CONCORDO      3. DISCORDO      4. DISCORDO TOTALMENTE

**21. VOCÊ ACHA QUE VAI CONSEGUIR:**

**21A. TERMINAR OS ESTUDOS**      1. SIM      2. TALVEZ      3. NÃO      4. NÃO SEI RESPONDER

**21B. ACHAR UM EMPREGO**      1. SIM      2. TALVEZ      3. NÃO      4. NÃO SEI RESPONDER

**O PROXIMO BLOCO SE REFERE AS SUAS EXPERIÊNCIAS COM ALGUMAS SUBSTÂNCIAS COMO ÁLCOOL, TABACO, ENTRE OUTRAS.**

**22. VOCÊ JÁ TOMOU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA? (CERVEJA, CHOPP, VINHO, PINGA, "CAIPIRINHA" APERITIVOS, SIDRA E OUTROS)**

1. SIM. 2. NÃO

**23. DE UM MÊS PARA CÁ VOCÊ JÁ TOMOU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA?**

1. SIM. 2. NÃO

**24. QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO TOMOU PELA PRIMEIRA VEZ BEBIDA ALCOÓLICA?**

1. NUNCA BEBI 2. EU TINHA \_\_\_\_\_ ANOS 3. NÃO LEMBRO

**25. CASO TENHA USADO, QUAL O TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE VOCÊ TOMOU POR ULTIMO?**

1. NUNCA BEBI 2. CERVEJA OU CHOPP 3. PINGA OU UÍSQUE OU VODCA OU CONHAQUE 4. LICOR  
5. SIDRA OU CHAMPANHE 6. VINHO 7. OUTROS \_\_\_\_\_ 8. NÃO LEMBRO

**26. QUANTOS COPOS VOCÊ TOMOU NESTA ULTIMA VEZ?**

1. NUNCA BEBI 2. SÓ UM GOLE 3. MENOS DE UM COPO 4. \_\_\_\_\_ COPO (S) 5. NÃO LEMBRO

**27. VOCÊ JÁ TOMOU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA ATÉ SE EMBRIAGAR ("PORRE")?**

1. SIM. 2. NÃO

**28. DE UM MÊS PARA CÁ VOCÊ TOMOU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA ATÉ SE EMBRIAGAR ("PORRE")?**

1. NÃO 2. SIM, DE 1 A 5 DIAS 3. SIM, DE 6 A 19 DIAS 4. SIM, EM 20 DIAS OU MAIS

**29. ONDE VOCÊ ESTAVA QUANDO EXPERIMENTOU BEBIDA ALCOÓLICA PELA PRIMEIRA VEZ?**

1. NUNCA BEBI 2. EM CASA 3. BAR/BAILE/BOATE 4. CASA DE AMIGOS/CONHECIDOS 5. NÃO LEMBRO

**30. QUEM LHE OFERECEU BEBIDA ALCOÓLICA PELA PRIMEIRA VEZ?**

1. NUNCA BEBI 2. FAMILIARES 3. AMIGOS 4. COMPREI SOZINHO 5. NÃO LEMBRO  
6. OUTROS \_\_\_\_\_

**31. QUAL BEBIDA ALCOÓLICA VOCÊ COSTUMA TOMAR COM MAIS FREQUÊNCIA? (ASSINALAR APENAS UMA AFIRMATIVA)**

1. NÃO COSTUMO BEBER 2. CERVEJA OU CHOPP 3. PINGA 4. UISQUE 5. VODCA  
6. CONHAQUE 7. SIDRA OU CHAMPANHE 8. LICOR 8. VINHO 10. OUTROS

**32. QUANTAS DOSES VOCÊ COSTUMA BEBER CADA VEZ?**

1. NÃO BEBO 2. \_\_\_\_\_ DOSES

OBS: 1 DOSE É IGUAL= 40 ML DE PINGA OU VODKA OU 85 ML DE VINHO DO PORTO OU LICORES  
140 ML DE VINHO DE MESA OU 340 ML (01 LATA) DE CERVEJA OU CHOPP

**33. ONDE VOCÊ COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS COM MAIS FREQUÊNCIA?**

1. NUNCA BEBI 2. EM CASA 3. BARES/BAILES/BOATES 4. CASA DE AMIGOS/PARENTES  
5. OUTROS \_\_\_\_\_

**34. COM QUEM VOCÊ COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS COM MAIS FREQUÊNCIA?**

1. NÃO COSTUMO BEBER      2. FAMILIARES      3. AMIGOS      4. SOZINHO      5. OUTROS \_\_\_\_\_

**35. VOCÊ JÁ COMPROU PESSOALMENTE ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA?**

1. SIM. ONDE \_\_\_\_\_      2. NÃO

**36. VOCÊ ACHA QUE ALGUÉM NA SUA FAMÍLIA BEBE DEMAIS? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)**

1. NÃO      2. PAI.      3. MÃE      4. IRMÃOS      5. OUTROS \_\_\_\_\_

**37. DEPOIS DE BEBER, VOCÊ JÁ: (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)**

1. NADA ACONTECEU      2. BRIGOU      3. SOFREU ACIDENTES (ATROPELAMENTOS, QUEDAS, ETC.)  
4. DIRIGIU      5. FALTOU A ESCOLA      6. FALTOU AO TRABALHO  
7. OUTROS \_\_\_\_\_  
8. NÃO BEBO

**38. VOCÊ JÁ FUMOU CIGARRO? (NÃO VALE MACONHA)**

1. SIM.      2. NÃO

**39. DE UM MÊS PARA CÁ VOCÊ FUMOU ALGUM CIGARRO?**

1. NÃO      2. SIM, FUMEI DE 1 A 5 DIAS      3. SIM, FUMEI DE 6 A 19 DIAS      4. SIM, FUMEI EM 20 DIAS OU MAIS

**40. QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO FUMOU PELA PRIMEIRA VEZ?**

1. NUNCA FUMEI CIGARRO      2. EU TINHA \_\_\_\_\_ ANOS      3. NÃO LEMBRO

**41. QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA?**

1. NÃO FUMO      2. DE 1 A 10 CIGARROS POR DIA      3. DE 11 A 20 CIGARROS POR DIA      4. MAIS DE 20 CIGARROS POR DIA

**42. A. VOCÊ JÁ EXPERIMENTOU MACONHA (OU HAXIXE)?**

1. SIM.      2. NÃO

**43. DE UM MÊS PARA CÁ VOCÊ USOU MACONHA?**

1. SIM.      2. NÃO

**44. QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO EXPERIMENTOU MACONHA PELA PRIMEIRA VEZ?**

1. NUNCA EXPERIMENTEI      2. EU TINHA \_\_\_\_\_ ANOS      3. NÃO LEMBRO

**45. QUANTOS BASEADOS/FININHOS GERALMENTE VOCÊ USOU EM CADA OCASIÃO?**

1. NÃO USO      2. \_\_\_\_\_ BASEADOS/FININHOS POR VEZ

**46. A. VOCÊ JÁ USOU COCAÍNA, MESCLADO, MERLA, BAZUCA OU PASTA DE COCA?**

1. SIM.      2. NÃO

**47. DE UM MÊS PARA CÁ VOCÊ USOU COCAÍNA, MESCLADO, MERLA, BAZUCA OU PASTA DE COCA?**

1. NÃO      2. SIM, USEI DE 1 A 5 DIAS      3. SIM, USEI DE 6 A 19 DIAS      4. SIM, USEI EM 20 DIAS OU MAIS

**48. QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO USOU COCAÍNA, MESCLADO, MERLA, BAZUCA OU PASTA DE COCA PRIMEIRA VEZ?**

1. NUNCA USEI    2. EU TINHA \_\_\_\_\_ ANOS    3. NÃO LEMBRO

**49. VOCÊ JÁ USOU CRACK?**

1. SIM.    2. NÃO

**50. DE UM MÊS PARA CÁ VOCÊ USOU CRACK?**

1. NÃO    2. SIM, DE 1 A 5 DIAS    3. SIM, DE 6 A 19 DIAS    4. SIM, EM 20 DIAS OU MAIS

**51. QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO USOU CRACK PELA PRIMEIRA VEZ?**

1. NUNCA USEI    2. EU TINHA \_\_\_\_\_ ANOS    3. NÃO LEMBRO

**52. QUANTAS PEDRAS GERALMENTE VOCÊ USOU EM CADA OCASIÃO?**

1. NUNCA USEI    2. \_\_\_\_\_ PEDRAS POR VEZ

**53. VOCÊ JÁ CHEIROU ALGUM PRODUTO PARA SENTIR UM “BARATO” QUALQUER (EXEMPLOS: LANÇAPERFUME, LOLÓ, COLA, GASOLINA, BENZINA, ACETONA, REMOVEDOR DE TINTA, TINER, AGUARRAZ, ÉTER, ESMALTE, TINTA. NÃO VALE COCAINA).**

1. SIM.    2. NÃO

**54. DE UM MÊS PARA CÁ JÁ CHEIROU ALGUM PRODUTO PARA SENTIR UM “BARATO” QUALQUER?**

1. SIM.    2. NÃO

**55. QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO CHEIROU ALGUM DESSES PRODUTOS PARA SENTIR UM “BARATO” QUALQUER PELA PRIMEIRA VEZ?**

1. NUNCA USEI    2. EU TINHA \_\_\_\_\_ ANOS    3. NÃO LEMBRO

**56. QUANDO VOCÊ CHEIROU ALGUM DESSES PRODUTOS ONDE VOCÊ OS CONSEGUIU? (EXEMPLOS: LANÇA PERFUME, LOLÓ, COLA, GASOLINA, ETC.).**

1. NUNCA CHEIREI    2. COMPREI    3. TINHA EM MINHA CASA    4. GANHEI DE AMIGOS  
5. NÃO LEMBRO    6. OUTROS \_\_\_\_\_

**57. ONDE VOCÊ ESTAVA QUANDO USOU ALGUM DESSES PRODUTOS PELA PRIMEIRA VEZ? (EXEMPLOS: LANÇA PERFUME, LOLÓ, COLA, GASOLINA, ETC.).**

1. NUNCA CHEIREI    2. EM MINHA CASA    3. BARES/BAILES/BOATES    4. CASA DE AMIGOS/CONHECIDOS  
5. NÃO LEMBRO

**58. VOCÊ JÁ USOU LSD (ÁCIDO), CHÁ DE COGUMELO, MESCLALINA, ÊXTASE, KETAMINA, PARA SENTIR ALGUM BARATO?**

1. NÃO    2. SIM. QUAL \_\_\_\_\_

**59. VOCÊ JÁ USOU ALGUMA BEBIDA ENERGÉTICA MISTURADA COM ÁLCOOL PARA SENTIR ALGUM “BARATO”? (RED BULL, FLASH POWER, FLYING HORSE, BAD BOY, BLUE ENERGY, ONLINE, VIPER)**

1. NÃO    2. SIM. QUAL \_\_\_\_\_

**60. VOCÊ JÁ USOU OU USA AGORA MEDICAMENTO ANABOLIZANTE PARA AUMENTAR SUA MUSCULATURA OU PARA DAR MAIS FORÇA? (ANDROLONE, ANABOLEX, DURABOLIM, EQUIPOISE, ANDROVIRON, PROMOBOLAN, DECADURABOLIN, DURATESTON, PARABOLAN).**

1. NÃO    2. SIM. QUAL \_\_\_\_\_

**61. QUEM LHE ACONSELHOU A USAR ESTE ANABOLIZANTE?**

1. NUNCA USEI    2. AMIGO DA ESCOLA    3. AMIGO DA ACADEMIA DE GINÁSTICA    4. PARENTE    5. NÃO LEMBRO

**62. EM QUE LUGAR VOCÊ COMPROU OU CONSEGUIU O ANABOLIZANTE?**

1. NUNCA USEI    2. FARMÁCIA    3. EM ACADEMIA    4. AMIGO/PARENTE    5. NÃO LEMBRO

**63. DAS DROGAS USADAS NESTE QUESTIONÁRIO VOCÊ JÁ USOU ALGUMA INJETANDO NA VEIA OU NO MÚSCULO?**

1. NÃO    2. SIM. QUAL \_\_\_\_\_

**64. VOCÊ CONHECE ALGUÉM QUE INJETA DROGAS?**

1. NÃO    2. SIM. QUAL \_\_\_\_\_

**65. VOCÊ JÁ OUVIU FALAR DE OUTRAS DROGAS NÃO CITADAS NESTE QUESTIONÁRIO E QUE AS PESSOAS USAM PARA SENTIR ALGUM “BARATO”?**

1. NÃO    2. SIM, OS NOMES DESSAS DROGAS SÃO \_\_\_\_\_

**66. Qual grau de dificuldade você teria se quisesse conseguir as seguintes drogas:**

Substância	Improvável impossível	Muito difícil	Razoável difícil	Razoável fácil	Muito fácil	Não sabe
Maconha	<input type="checkbox"/>					
Cocaína ou merla	<input type="checkbox"/>					
Crack	<input type="checkbox"/>					
LSD	<input type="checkbox"/>					
Heroína	<input type="checkbox"/>					
Solventes	<input type="checkbox"/>					
Benzodiazepínicos	<input type="checkbox"/>					
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>					
Anticolinérgicos	<input type="checkbox"/>					
Anabolizantes	<input type="checkbox"/>					

**AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM ABORDAM ALGUNS ASPECTOS DA SUA VIDA ESCOLAR.**

**67. QUE TIPO DE ALUNO VOCÊ É?**

**67a.** Em relação às notas escolares

1. ÓTIMO    2. BOM    3. REGULAR    4. FRACO

**67b.** Em relação a sua participação na escola (perguntar, fazer atividades, participar em grupos estudantis, artísticos, esportivos e grêmios).

1. ÓTIMO    2. BOM    3. REGULAR    4. FRACO

**68. COMO É O SEU RELACIONAMENTO COM OS SEUS PROFESSORES?**

1. BOM    2. REGULAR    3. RUIM

**69. QUANTOS DIAS VOCÊ NÃO VEIO À ESCOLA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?**

1. VIM TODOS OS DIAS    2. 1 A 3 DIAS    3. 4 A 8 DIAS    4. 9 OU MAIS DIAS

**O ÚLTIMO BLOCO DE QUESTÕES ABORDA ASPECTOS DO SEU RELACIONAMENTO COM SUA FAMÍLIA.**

**70. COMO É O SEU RELACIONAMENTO COM AS PESSOAS DA SUA FAMÍLIA?**

**70a.** Pai/Responsável

1. BOM    2. REGULAR    3. RUIM    4. NÃO TENHO PAI/RESPONSÁVEL

<b>70b. Mãe/Responsável</b>	1. BOM	2. REGULAR	3. RUIM	4. NÃO TENHO MÃE/RESPONSÁVEL
<b>70c. Irmãos</b>	1. BOM	2. REGULAR	3. RUIM	4. NÃO TENHO IRMÃOS

**71. COMO É O RELACIONAMENTO ENTRE SEUS PAIS?**

1. BOM    2. REGULAR    3. RUIM    4. NÃO VIVEM JUNTOS

**72. COMO VOCÊ ACHA QUE SEU PAI É?**

1. AUTORITÁRIO (MANDÃO)    2. MODERADO    3. LIBERAL (BOA PRAÇA)

**73. COMO VOCÊ ACHA QUE SUA MÃE É?**

1. AUTORITÁRIA    2. MODERADO    3. LIBERAL (BOA PRAÇA)

**74. EM SUA FAMÍLIA, VOCÊ CONTRIBUI PARA QUE AS PESSOAS POSSAM TER ENTRE ELAS:**

<b>74a. Diálogo</b>	1. MUITO	2. POUCO	3. NADA	4. NÃO TENHO FAMÍLIA
<b>74b. Respeito</b>	1. MUITO	2. POUCO	3. NADA	4. NÃO TENHO FAMÍLIA

**75. VOCÊ E SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS CONVERSAM ABERTAMENTE SOBRE:**

<b>75a. Sexo</b>	1. SIM	2. NÃO	3. NÃO TENHO PAIS OU RESPONSÁVEIS
<b>75b. Drogas</b>	1. SIM	2. NÃO	3. NÃO TENHO PAIS OU RESPONSÁVEIS
<b>75c. Suas amizades</b>	1. SIM	2. NÃO	3. NÃO TENHO PAIS OU RESPONSÁVEIS
<b>75d. Seus namoros</b>	1. SIM	2. NÃO	3. NÃO TENHO PAIS OU RESPONSÁVEIS

**76. QUANDO VOCÊ SAI DE CASA COM AMIGOS, GERALMENTE: (MARQUE APENAS UM ITEM)**

1. SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS DIZEM A VOCÊ A HORA DE VOLTAR PRA CASA
2. VOCÊ VOLTA PRA CASA A HORA QUE QUISER
3. VOCÊ E SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS COMBINAM A HORA DE VOCÊ VOLTAR PRA CASA
4. NUNCA SAIO SEM MEUS FAMILIARES
5. NÃO TENHO PAIS OU RESPONSÁVEIS

**77. QUANDO VOCÊ SAI DE CASA, COM QUE FREQUÊNCIA SEUS PAIS OU RESPONSÁVEIS SABEM AONDE VOCÊ VAI E COM QUEM VOCÊ ESTÁ?**

1. SEMPRE    2. MUITAS VEZES    3. POUCAS VEZES    4. NUNCA    5. NÃO TENHO PAIS OU RESPONSÁVEIS

**78. SE VOCÊ QUISER, pode usar as linhas abaixo para escrever alguma coisa que você ache importante sobre você e sobre sua vida:**

---



---



---



---



---

## **Anexo B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SUPERVISORA DE GESTÃO ESCOLAR.**



**Glória de Dourados, 13 de outubro de 2011.**

**ILMO (A). SR.  
Eliane Milani e Silva Rodrigues**

**Supervisora de Gestão Escolar**

Eu, Edmara Honorio dos Santos, venho por meio desta solicitar a autorização da Supervisora de Gestão Escolar para a realização da pesquisa **“PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE GLÓRIA DE DOURADOS”** nas escolas Estaduais no município de Glória de Dourados.

A pesquisa tem por objetivo conhecer a prevalência do uso de drogas entre os estudantes adolescentes matriculados na 1ª série do ensino médio de escolas Estaduais do município. Esta pesquisa pretende subsidiar informações importantes para o planejamento de ações para prevenção do uso de drogas entre adolescentes.

A participação no projeto envolve o autopreenchimento pelos alunos de um questionário sobre características sociodemográficas, consumo de drogas e comportamentos de risco. O preenchimento é anônimo e as informações prestadas serão utilizadas somente para os fins da pesquisa. As informações obtidas serão processadas e divulgadas em relatório impresso como requisito para obtenção do título de mestre em saúde pública.

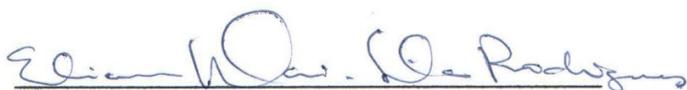
A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. A pesquisa não oferece riscos ao participante. Será solicitado aos diretores de escolas que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação da escola na pesquisa. Também será solicitado aos

pais/responsáveis dos alunos que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a participação do aluno.

Eu, Eliane Milani e Silva Rodrigues acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa "Prevalência do Uso de Drogas entre Estudantes Adolescentes da 1ª série do ensino médio da Rede Estadual de Ensino do Município de Glória de Dourados/MS". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

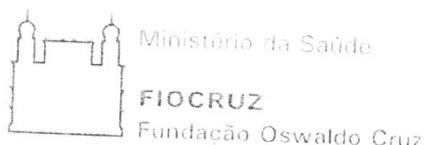
Concordo voluntariamente em consentir a participação da rede de ensino no município de Glória de Dourados, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo sem penalidades ou prejuízos.

Glória de Dourados, 13 de outubro de 2011.



Supervisora de Gestão Escolar

**Anexo C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
DIRETORES DE ESCOLAS.**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESCOLAS

Glória de Dourados, 9 de março de 2012.

ILMO (A). SR.  
Curca Duarte Nunes Moreira

Diretor (a) da escola Estadual Weimar Torres.

Eu, Edmara Honorio dos Santos, venho por meio desta solicitar a autorização da Diretor (a) da Escola Estadual Weimar Torres para a realização da pesquisa "PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE GLÓRIA DE DOURADOS/MS" nas escolas Estaduais no município de Glória de Dourados.

A pesquisa tem por objetivo conhecer a prevalência do uso de drogas entre os estudantes adolescentes matriculados na 1ª série do ensino médio de escolas Estaduais do município. Esta pesquisa pretende subsidiar informações importantes para o planejamento de ações para prevenção do uso de drogas entre adolescentes.

A participação no projeto envolve o autopreenchimento pelos alunos de um questionário sobre características sociodemográficas, consumo de drogas e comportamentos de risco. O preenchimento é anônimo e as informações prestadas serão utilizadas somente para os fins da pesquisa. As informações obtidas serão processadas e divulgadas em relatório impresso como requisito para obtenção do título de mestre em saúde pública.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. A pesquisa não oferece riscos ao participante. Será solicitado aos diretores de escolas que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação da escola na pesquisa. Também será solicitado aos

pais/responsáveis dos alunos que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a participação do aluno.

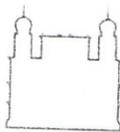
Eu, Áurea Duarte Nunes Moreira ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa "Prevalência do Uso de Drogas entre Estudantes Adolescentes da 1ª série do ensino médio da Rede Estadual de Ensino do Município de Glória de Dourados/MS". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em consentir a participação da rede de ensino no município de Glória de Dourados, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo sem penalidades ou prejuízos.

Glória de Dourados 09 de Março de 2012.

  
\_\_\_\_\_  
Diretor (a) da Escola

Dir. Áurea Duarte Nunes Moreira  
Res. Pº SED nº 2.746/11 de 28/11/2011  
D.O. 8.079 de 01/12/2011



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESCOLAS

Glória de Dourados, 23 de Setembro de 2012.

ILMO (A). SR.

Rosani Espindola Barros P.

Diretor (a) da escola Estadual Eufrosina Pinto

Eu, Edmara Honório dos Santos, venho por meio desta solicitar a autorização da Diretor (a) da Escola Estadual Eufrosina Pinto para a realização da pesquisa "PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE GLÓRIA DE DOURADOS/MS" nas escolas Estaduais no município de Glória de Dourados.

A pesquisa tem por objetivo conhecer a prevalência do uso de drogas entre os estudantes adolescentes matriculados na 1ª série do ensino médio de escolas Estaduais do município. Esta pesquisa pretende subsidiar informações importantes para o planejamento de ações para prevenção do uso de drogas entre adolescentes.

A participação no projeto envolve o autopreenchimento pelos alunos de um questionário sobre características sociodemográficas, consumo de drogas e comportamentos de risco. O preenchimento é anônimo e as informações prestadas serão utilizadas somente para os fins da pesquisa. As informações obtidas serão processadas e divulgadas em relatório impresso como requisito para obtenção do título de mestre em saúde pública.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. A pesquisa não oferece riscos ao participante. Será solicitado aos diretores de escolas que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação da escola na pesquisa. Também será solicitado aos

pais/responsáveis dos alunos que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a participação do aluno.

Eu, Rosani E. Barros Penze ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa "Prevalência do Uso de Drogas entre Estudantes Adolescentes da 1ª série do ensino médio da Rede Estadual de Ensino do Município de Glória de Dourados/MS". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em consentir a participação da rede de ensino no município de Glória de Dourados, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo sem penalidades ou prejuízos.

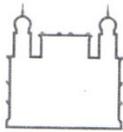
Glória de Dourados, 23 de Setembro de 2012.

Rosani E. Barros Penze

Diretor (a) da Escola

*Rosani E. Barros Penze*

Diretora  
Res. Pª SED nº 2.750/11 de 28/11/2011  
D.O. nº 8.079 de 01/12/2011



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESCOLAS

Glória de Dourados, 23 de Setembro de 2012.

ILMO (A). SR.

Aparecida Cristina Graça

Diretor (a) da escola Estadual Vania Medeiros Lopes

Eu, Edmara Honorio dos Santos, venho por meio desta solicitar a autorização da Diretor (a) da Escola Estadual Vania Medeiros Lopes para a realização da pesquisa "PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE GLÓRIA DE DOURADOS/MS" nas escolas Estaduais no município de Glória de Dourados.

A pesquisa tem por objetivo conhecer a prevalência do uso de drogas entre os estudantes adolescentes matriculados na 1ª série do ensino médio de escolas Estaduais do município. Esta pesquisa pretende subsidiar informações importantes para o planejamento de ações para prevenção do uso de drogas entre adolescentes.

A participação no projeto envolve o autopreenchimento pelos alunos de um questionário sobre características sociodemográficas, consumo de drogas e comportamentos de risco. O preenchimento é anônimo e as informações prestadas serão utilizadas somente para os fins da pesquisa. As informações obtidas serão processadas e divulgadas em relatório impresso como requisito para obtenção do título de mestre em saúde pública.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. A pesquisa não oferece riscos ao participante. Será solicitado aos diretores de escolas que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação da escola na pesquisa. Também será solicitado aos

**Anexo D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE: PAIS OU RESPONSÁVEIS**

**PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES ADOLESCENTES DE GLÓRIA DE DOURADOS/MS**

Caro responsável/representante legal:

Gostaríamos de obter seu consentimento para \_\_\_\_\_, participar como voluntário da pesquisa sobre "Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Gloria de Dourados/MS" que se refere a um projeto de Dissertação do Mestrado de Vigilância em Saúde nas Fronteiras da FIOCRUZ.

Os objetivos deste estudo são estimar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas na população adolescente no município de Glória de Dourados e desta forma conhecer o comportamento dos adolescentes frente a esse problema. Os resultados contribuirão para o planejamento de políticas de saúde mais eficazes frente a problemática do uso de drogas entre a população de adolescentes em nosso município.

Sua forma de participação consistirá em responder a um questionário anônimo de autopreenchimento, com sigilo garantido em todo o processo de execução da pesquisa, de maneira que tanto indivíduo quanto escola não poderão ser identificados.

Seu nome não será identificado em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de maneira a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Queremos deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em participar da pesquisa, se assim o preferir, sem penalização alguma.

Desde já agradecemos sua participação e nos colocamos a disposição para maiores informações.

Pesquisador: Edmara Honorio Santos

Endereço: ESF Vila Industrial

Rua Das Hortênsias, s/n, CEP 79730 000, Bairro Vila Industrial, Gloria de Dourados/MS, Fone: (67) 3466 1560

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do responsável ou representante legal), portador do RG nº \_\_\_\_\_, confirmo que fui informada a respeito dos objetivos da pesquisa, bem como a forma de participação. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para o (a)

\_\_\_\_\_ participar como voluntário nesta pesquisa.

Glória de Dourados/MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
(assinatura do responsável ou representante legal)

Eu, Edmara Honorio Santos, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Edmara Honorio Santos-Pesquisador responsável

## **Anexo E - TERMO DE ASSENTIMENTO**

### **TERMO DE ASSENTIMENTO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados/MS”.

Declaro que a pesquisadora Edmara Honorio Santos me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer.

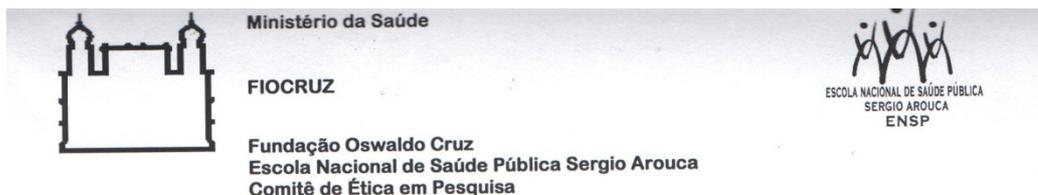
Compreendi que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não.

Desta forma, concordo livremente em participar da pesquisa.

Glória de Dourados, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

## Anexo F – PROTOCOLO DE PESQUISA



Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 264/11**  
**CAAE: 0281.0.031.000-11**

**Título do Projeto:** “Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes do município de Glória de Dourados/MS”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução?** Não

**Pesquisadora Responsável:** Edmara Honorio Santos

**Orientadora:** Liana Wernersbach Pinto

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 21 / 10 / 2011

**Data de apreciação:** 09 / 11 / 2011

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
Prof. Ângela Esher  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP