



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Uso de Drogas na Adolescência: Associações com Sexo, Práticas Parentais,
Autoeficácia e Perspectiva de Tempo Futuro**

Nayara David Mendes Alcanfor Agapito Khouri

Brasília-DF

Setembro de 2016



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Uso de Drogas na Adolescência: Associações com Sexo, Práticas Parentais,
Autoeficácia e Perspectiva de Tempo Futuro**

Nayara David Mendes Alcanfor Agapito Khouri

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
da Universidade de Brasília como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: **Profa. Dra. Sheila Giardini Murta**

Brasília-DF

Setembro de 2016

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Sheila Giardini Murta - Presidente
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Prof.^a Dra. Fabiana Vieira Gauy - Membro Titular
Instituto Brasiliense de Terapia Cognitiva

Prof.^a Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Membro Titular
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Prof.^a Dra. Zila van der Meer Sanchez – Membro Suplente
Universidade Federal de São Paulo

Agradecimentos

Quero agradecer a várias pessoas pela ajuda, companhia, colaboração ou torcida neste processo, sendo algumas muito anteriores a esta dissertação. Não foi fácil chegar até aqui e só foi possível graças a todo o apoio encontrado pelo caminho.

À minha orientadora *Sheila Murta*, que já era uma grande inspiração desde aulas e disciplinas anteriores a esse desafio. Quero agradecer por ter me concedido um voto de confiança, acolhendo-me como sua orientanda em um momento decisivo do mestrado. Nos últimos sete meses de trabalho intenso foi sempre positiva e carinhosa em suas orientações, atenuando as dificuldades e apontando soluções. Obrigada por sempre acreditar e confiar em mim!

Aos professores que me auxiliaram na parte estatística, Prof. Dr. *Fabio Iglesias* e, em especial, ao Prof. *Luís Gustavo Vinha*, “o mágico do SPSS”, que foram parceiros nas orientações e nas análises dos dados. Certamente eu não teria chegado tão longe sem esse apoio.

Aos colegas do *Grupo de Estudo em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo da Vida – GEPPSVida* e do *Grupo projeto de Avaliação do Programa Famílias Fortes* por contribuírem tanto com meu trabalho, mesmo com minha recente chegada ao grupo. Obrigada pela acolhida carinhosa, pelo apoio, trocas acadêmicas e parceria na coleta e construção do banco de dados. Obrigada em especial para Adriano Sampaio, Larissa Nobre-Sandoval, Viviane Rocha, Ana Aparecida Miranda, Filipe Lima, Danielle Farias, Cristineide Leandro-França, Juliane Aires, Mariana Ribeiro, Karina Duailibe e Gabriele Krystine Silva.

Às professoras doutoras, membros da minha banca de defesa, *Fabiana Gauy*, *Eliane Seidl* e *Zila Sanchez*, pela disponibilidade e por todas as contribuições que sei que transformarão meu olhar sobre esse trabalho.

Ao professor *Áderson Costa Jr.* por ter possibilitado meu ingresso no mestrado.

Aos meus colegas da *UnB*, que acrescentaram a esse período de trabalho momentos de alegria, leveza e descoberta de novas amizades.

Aos meus amigos e a minha família que nos momentos de desespero me tranquilizaram e auxiliaram no que e quando foi preciso.

Ao meu esposo *Jamil*, pelo incentivo e apoio incondicional às minhas escolhas e decisões. Obrigada pela paciência e pela compreensão nos períodos de mau humor e de ansiedade pelas demandas do mestrado.

Ao meu amigo *Jonas Carvalho*, por sempre acreditar em mim, por partilhar as angústias, por me auxiliar a encontrar soluções para as encruzilhadas e pedras dessa estrada. Obrigada por acrescentar tanta alegria e carinho nessa caminhada.

À *Naraina Tavares*, querida amiga que tanto contribui com sua experiência acadêmica, conhecimento, livros, apontamentos, mas, sobretudo, com seu incentivo e carinho constantes.

A todos vocês, muito obrigada!

Resumo

A utilização das drogas lícitas e ilícitas ocorre entre indivíduos de várias idades, porém a adolescência representa o período de maior experimentação, e, conseqüentemente, vivencia os prejuízos advindos desse crescimento do consumo. É possível delimitar fatores de risco e proteção ao uso de drogas nos diferentes ambientes da população adolescente, com destaque para o ambiente familiar, as diferenças entre os sexos, a autoeficácia e a perspectiva de tempo futuro. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo geral investigar associações entre uso de drogas, sexo, práticas parentais, autoeficácia e perspectiva de tempo futuro. Buscou-se aporte na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, de corte transversal e de caráter correlacional. Participaram do estudo 698 alunos da rede pública de ensino, com idade entre 10 e 15 anos, de ambos os sexos, provenientes de oito escolas do Distrito Federal e uma escola de Goiânia, GO. Os participantes responderam ao “Questionário sobre saúde e vida escolar”, contendo questões sobre características sociodemográficas, padrão de uso de drogas (álcool, cigarro, inalantes, maconha, cocaína e crack/merla), práticas parentais, autoeficácia e planos para o futuro. Os dados foram analisados pelo software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows versão 22, com técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. Do total de participantes, 381 eram meninas (54,6%), com média etária de 12,72 anos ($DP = 1,17$). Os dados indicaram que a média de idade para o primeiro consumo de álcool foi de 11,58 anos ($DP = 1,98$), quase metade da amostra (47,6%) já havia experimentado bebida alcóolica, os inalantes foram a segunda droga de maior prevalência para uso na vida (19,5%), seguidos pelo tabaco (11%), maconha (6,5%), cocaína (0,9%) e crack/merla (0,4%). Para a associação entre uso de drogas e sexo, houve uma tendência dos meninos consumirem mais, apesar de haver associação significativa apenas para uso de cigarro na vida ($p = 0,028$), não confirmando dados de estudos anteriores. Práticas parentais foram avaliadas por seis subescalas: cobrança de responsabilidade ($M = 4,34$), apoio emocional ($M = 3,93$), incentivo à autonomia ($M = 3,25$), controle punitivo ($M = 3,33$), intrusividade ($M = 2,47$) e supervisão do comportamento ($M = 4,06$). As associações com uso de drogas foram significativas, principalmente, para apoio emocional, intrusividade (associação negativa) e supervisão do comportamento, o que, em parte, confirma descrições da literatura acerca de fatores de proteção associados à dimensão da responsividade. As três medidas de autoeficácia - autoeficácia para aprendizagem autorregulada, eficácia autoassertiva e autoeficácia para conseguir suporte parental alcançaram valores acima da média ($M = 3,73$; $M = 3,91$; $M = 3,49$, respectivamente). Houve uma tendência de associação negativa entre autoeficácia ligada à assertividade e o uso de drogas e associações significativas entre o uso de drogas, autoeficácia para conseguir suporte parental e autoeficácia para aprendizagem autorregulada, o que foi convergente com outros estudos. Dentre os planos para o futuro, a maioria (71,5%) referiu desejo em fazer faculdade após a conclusão do ensino médio. Não foram encontradas associações significativas entre perspectiva de tempo futuro e uso de álcool, mas para outras drogas sim, o que confirma apenas parte das afirmações de outros estudos e sugere um aumento da tolerância para o uso de álcool. Os resultados confirmaram o papel importante que as práticas parentais, a autoeficácia e a perspectiva de tempo futuro podem desempenhar enquanto fatores de proteção ao uso de drogas, e, portanto, estas variáveis deveriam ser trabalhadas em contextos educacionais e de saúde ligados à população infanto-juvenil.

Palavras chave: uso de drogas; sexo; práticas parentais; autoeficácia; perspectiva de tempo futuro.

Abstract

The use of illicit and legal drugs occurs in individuals of several ages. However, the period of adolescence represents the major experimentations and, thereafter, experiences the losses of the growing usage. Thus, it is possible to set out the risk and protective factors of drugs using in different youth environments, especially the family environment, the gender differences, self-efficacy and the future time perspective. In this sense, the study aims to investigate the associations between the use of drugs, gender, parenting practices, self-efficacy and future time perspective. It's based on the Social Learning theory exposed by Bandura. This is a quantitative, cross-sectional and co relational research. The participants were 698 students from eight public schools from the Federal District of Brazil, between 10 and 15 years old, males and females. One School is from Goiania, the capital city of Goiás. Participants responded to the "*Questionário sobre saúde e vida escolar*", which contains questions about sociodemographic characteristics, pattern of drug use (alcohol, tobacco, inhalants, marijuana, cocaine and crack/merle), parenting practices, self-efficacy and future planning. Data were analyzed by SPSS software (Statistical Package for Social Sciences) for windows version 22, by statistical techniques (descriptive and inferential). 381 were girls (54.6%), with age group of 12.72 years old ($DP= 1.17$). The average age of first alcohol consumption was 11.58 years old ($DP= 1,98$), almost half of the sample (47.6%) has experienced alcoholic drinks, inhalants were the second drug of major prevalence (19.5%), followed by tobacco (11%), marijuana (6.5%), cocaine (0.9%) and crack/merle (0.4%). In the association of the use of drugs and gender, there was a tendency of boy consuming more, despite a significant association with tobacco in life ($p=0.028$), in contrast with previous studies. Parenting practices were assessed by six subscales: Responsibility billing ($M=4.34$), emotional support ($M=3.93$), encouraging autonomy ($M=3.25$), punitive control ($M=3.33$), intrusiveness ($M=2.47$) and conduct oversight ($M=4.06$). The associations with the use of drugs were significant, mostly in the emotional support, intrusiveness (negative association) and conduct oversight, which in part, confirms the literature about the protective factors associated with the responsiveness dimension. The three measures for self-efficacy – self efficacy for self-regulating learning, self assertive efficacy and self-efficacy to get parental support achieved scores above average ($M=3.73$; $M= 3.91$; $M=3.49$, respectively). There was a tendency of negative association between self assertive efficacy and the use of drugs and significant associations between the use of drugs, self-efficacy to get parental support and self-efficacy for self-regulating learning, which converged with previous studies. For futures plans, most of the sample (71.5%) showed the desire of getting to college after concluding their basic studies. There were no significant associations between the future perspective and the use of alcohol, but, indeed, for other kinds, which confirm part of previous study conclusions and suggest an increased tolerance of the use of alcohol. Results confirmed the important role that parenting practices, self-efficacy and future time perspective can develop as protective factors for the use of drugs. Ergo, these variables can be applied in educational and health contexts related to youth populations.

Key-words: use of drugs; gender; parenting practices; self-efficacy; future time perspective.

Sumário

CAPITULO 1. Introdução	1
CAPÍTULO 2. Revisão da Literatura	5
A Política das Drogas no Brasil	5
Epidemiologia	12
Adolescência e drogas: riscos e consequências negativas	15
Conceito Geral de Fatores de Risco e Proteção	28
Fatores de Risco e Proteção para o Uso de Drogas	30
Comunidade	31
Escola	32
Pares	33
Família	35
Fatores Individuais	43
Sexo	43
Características de Personalidade, Psicopatologias e Envolvimento Religioso ..	45
Habilidades Sociais	46
Perspectiva de Tempo Futuro	49
Autoeficácia	51
CAPÍTULO 3. Justificativa, Objetivos e Questões Norteadoras	57
Justificativa	57
Questões de Estudo	59
Objetivos	59
Objetivo Geral	59
Objetivos Específicos	59
CAPÍTULO 4. Método	61
Delineamento do Estudo	61
Participantes	61
Instrumento	61
Padrão de uso de drogas e características sociodemográficas	62
Práticas parentais	62
Autoeficácia	63
Procedimento de Coleta de Dados	64
Análise de Dados	65
CAPÍTULO 5. Resultados	67

Características da Amostra	67
Padrão do Uso de Drogas	68
Álcool	68
Cigarro	70
Drogas Ilícitas	70
Práticas Parentais	72
Autoeficácia	72
Planos para o Futuro	73
Associações com o Uso de Drogas	74
Sexo e Uso de Drogas	74
Sexo e álcool	74
Sexo e Cigarro	75
Sexo e Drogas Ilícitas	75
Práticas Parentais e Uso de Drogas	76
Práticas Parentais e Álcool	76
Práticas Parentais e Cigarro	80
Práticas Parentais e Drogas Ilícitas	82
Autoeficácia e Uso de Drogas	85
Autoeficácia e Álcool	85
Autoeficácia e Cigarro	87
Autoeficácia e Drogas Ilícitas	88
Planos para o Futuro e Uso de Drogas	90
Planos futuros e Álcool	90
Planos para Futuro e Cigarro	91
Planos para Futuro e Drogas Ilícitas	92
CAPÍTULO 6. Discussão	95
Aspectos Sociodemográficos da Amostra	95
Drogas	97
Sexo e Drogas	98
Práticas Parentais e Drogas	100
Autoeficácia e Drogas	105
Perspectiva de Tempo Futuro e Drogas	107
Limitações do Estudo	109
Implicações para a Prática Profissional	110
Sugestões de Pesquisa Futura	110

Referências	112
Anexo A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	123
Anexo B Questionário sobre Saúde e Vida Escolar	125

Lista de Tabelas

Tabela 1 Dados sociodemográficos da amostra global (N = 698).....	67
Tabela 2 Distribuição dos participantes de acordo com o consumo de bebida alcóolica...	69
Tabela 3 Distribuição dos participantes de acordo com o uso de cigarro	70
Tabela 4 Distribuição dos participantes de acordo com o uso de drogas ilícitas	70
Tabela 5 Média e desvio padrão das escalas de práticas parentais.....	72
Tabela 6 Média e desvio padrão das escalas de autoeficácia	73
Tabela 7 Distribuição dos participantes de acordo com os planos para futuro	73
Tabela 8 Associação entre consumo de álcool e sexo	74
Tabela 9 Associação entre uso de cigarro e sexo	75
Tabela 10 Associação entre uso drogas ilícitas e sexo	76
Tabela 11 Associação entre uso de álcool e práticas parentais	77
Tabela 12 Associação entre binge alcóolico e práticas parentais	79
Tabela 13 Associação entre uso de cigarro e práticas parentais.....	81
Tabela 14 Associação entre uso de inalantes e práticas parentais	83
Tabela 15 Associação entre uso de maconha e práticas parentais.....	84
Tabela 16 Associação entre uso de álcool e autoeficácia	86
Tabela 17 Associação entre ocorrência de binge alcóolico e autoeficácia.....	86
Tabela 18 Associação entre uso de cigarro e autoeficácia	87
Tabela 19 Associação entre uso de inalantes e autoeficácia.....	88
Tabela 20 Associação entre uso de maconha e autoeficácia	89
Tabela 21 Associação entre uso de álcool e planos para o futuro	90
Tabela 22 Associação entre binge alcóolico e planos para o futuro.....	91
Tabela 23 Associação entre uso de cigarro e planos para o futuro.....	92
Tabela 24 Associação entre uso de inalantes e planos para o futuro.....	92

Tabela 25 Associação entre uso de maconha e planos para o futuro.....	93
Tabela 26 Associações significativas positivas (+) e negativas (-) entre as variáveis	94

..

CAPITULO 1

Introdução

A utilização das drogas lícitas e ilícitas ocorre desde a adolescência até a velhice e, no caso do Brasil, notadamente por meio do consumo de álcool, fumo e maconha (Schenker & Minayo, 2005). Dados de pesquisa apontam que a adolescência representa o período de maior experimentação e uso de álcool, tabaco e outras drogas, e, conseqüentemente, vivencia os prejuízos advindos desse aumento do consumo, sendo também, por essa razão, alvo da maioria dos estudos e programas de prevenção, em áreas como a psicologia e saúde pública (Carlini et al., 2010; Connell, Gilreath, Aklin, & Brex, 2010; Romer, Duckworth, Sznitman, & Park, 2010). A adolescência é marcada por grandes mudanças biológicas, psicológicas e comportamentais, incluindo maturação física e puberdade; a consolidação da formação da identidade e individuação; maior independência e responsabilidade; além de crescente interação social com pares, incluindo a de natureza sexual. Acompanhando as intensas mudanças dessa fase do desenvolvimento, estudos internacionais apontam o aumento de 2 a 3 vezes na morbidade e mortalidade, quando comparada à infância e à idade adulta, sendo que as principais causas de morte estão relacionadas com o envolvimento em comportamentos de risco, dentre eles o uso de drogas (Hammond, Mayes, & Potenza, 2014).

O uso de qualquer substância psicoativa aumenta a chance de haver prejuízos de naturezas diversas a quem a consome, e por vezes a terceiros, como acidentes de trânsito, por exemplo, mas não necessariamente irá culminar na dependência química. Existe um *continuum* entre o uso e a dependência de substâncias psicoativas, que leva em consideração a frequência e a intensidade do consumo. As distinções não são muito nítidas, mas considera-se como uso o ato de experimentar ou consumir esporadicamente ou de forma episódica qualquer substância psicoativa não acarretando prejuízos ao usuário por conta disto. O abuso, ou consumo nocivo, envolve repetidas complicações clínicas ou psicossociais para o

sujeito, porém, essa situação é restrita ao período de consumo. Há um risco importante de evolução para dependência, entretanto, são possíveis tanto a redução ou abandono do consumo, quanto a persistência do abuso por longo período (Cordeiro, 2013; Ribeiro & Rezende, 2013).

Na dependência ocorre perda do controle da utilização da droga, caracterizado por um padrão de consumo compulsivo da substância psicoativa. Em geral, o padrão de consumo está voltado para o alívio de sintomas provocados pela abstinência, sendo que o indivíduo passa a abandonar ou negligenciar atividades e compromissos sociais em função do uso. Soma-se a esse padrão de consumo a tolerância, caracterizada pelo aumento crescente das doses para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses menores, e a síndrome de abstinência, quando surgem sinais e sintomas, de intensidade variável, devido à redução ou não ingestão da substância psicoativa (Ribeiro & Rezende, 2013).

Para tentar compreender o fenômeno das drogas entre os adolescentes e correlacionar fatores de proteção, principalmente os envolvidos no contexto familiar, buscou-se base em aportes teórico-metodológicos que dialogam com esse complexo fenômeno, que abarca relações em contextos de diferentes níveis: individual, social e político, sendo dada ênfase no nível individual. Isso porque acredita-se que o padrão de comportamento, crenças e relacionamentos interpessoais de cada sujeito age diretamente em seu processo de saúde e doença, uma vez que geram um estilo de vida nem sempre voltado para promoção da saúde. A teoria selecionada para esse propósito foi a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977), atualmente chamada de Teoria da Cognição Social (TCS), que parte do pressuposto de que o ambiente, as características individuais e o comportamento situacional de uma pessoa determinam-se reciprocamente e que o comportamento é um fenômeno dinâmico em evolução. Assim, a TCS explica o comportamento humano em termos de uma interação mútua e contínua entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais. Além

disso, a aprendizagem, que deve ser sempre compreendida em um contexto social, pode se dar tanto por experiências diretas, quanto por observação, e é capaz de explicar a aquisição e manutenção do comportamento humano, que nesse processo de causalção triádica, é influenciado tanto por consequências externas, como por expectativas e processos autorregulatórios internos (Beck, 1997; Borges & Barletta, 2015; Friedberg & McClure, 2004; Hall, Lindzey, & Campbell, 2000).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo amplo descrever as relações entre as variáveis uso de drogas, sexo, práticas parentais, autoeficácia e perspectiva de tempo futuro. Tal empreendimento tem potencial para fornecer pistas a uma reflexão sobre a promoção da saúde e para oferecer subsídios para a ampliação das ações direcionadas ao desenvolvimento de algumas habilidades individuais, estimuladas no contexto familiar, principalmente, visando o aumento da participação dos pais, ou responsáveis, como protagonistas na prevenção ao uso de drogas entre adolescentes. Este trabalho faz parte um projeto maior (Murta et al., 2015), que resulta de um Termo de Cooperação entre a Fundação Universidade de Brasília e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas para execução do projeto de pesquisa Avaliação de Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes (2016 a 2018). Este programa foi adotado pelo Ministério da Saúde (MS) - Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas, em 2013, sofreu adaptações em 2014, e foi implementado em oito cidades brasileiras, com perspectiva de expansão. O objetivo principal do Programa Famílias Fortes é prevenir o abuso de álcool e drogas em crianças e adolescentes por meio do fortalecimento de vínculos familiares, projetos de vida e protagonismo juvenil. O estudo tratado nessa dissertação faz uso da segunda amostra utilizada na fase de validação do instrumento, correspondendo, especificamente, à fase posterior ao processo de preparação, avaliação dos desfechos

primários e secundários, processos de validação semântica e aplicação em uma amostra de poucas dezenas.

A dissertação está organizada em seis capítulos. No primeiro capítulo, faz-se uma apresentação do estudo como um todo, com uma breve contextualização teórica e a proposta a ser investigada. O capítulo 2 corresponde a uma revisão da literatura, contendo um panorama sobre a política das drogas no Brasil, a epidemiologia do uso de drogas na atualidade, alguns modelos explicativos para o aumento do interesse pelas drogas na adolescência e as possíveis consequências do uso indevido de drogas. Também discute-se fatores de risco e proteção, de uma maneira geral e, a seguir, encontram-se os fatores de risco e proteção específicos para abuso de drogas, incluindo os diferentes contextos envolvidos: a comunidade, a escola, os pares, a família e os fatores individuais. Além disso, são apresentados os conceitos de perspectiva de tempo futuro e autoeficácia e suas relações com o uso de drogas, lícitas e ilícitas. No capítulo 3 apresenta-se a justificativa do trabalho e os objetivos, geral e específicos, que nortearam a pesquisa, além das questões de estudo. O Capítulo 4 descreve o método, incluindo o delineamento do estudo, o instrumento utilizado na investigação, os procedimentos de coleta de dados, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes e a forma como os dados foram analisados. Em seguida, no capítulo 5, estão os resultados da pesquisa, que contemplam as características sociodemográficas da amostra, a descrição do padrão de uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas e as relações entre o uso das drogas e sexo, práticas parentais, autoeficácia e planos para o futuro. A discussão dos dados com a literatura está exposta no capítulo 6, bem como as implicações, limitações e sugestão de possíveis agendas futuras de pesquisa. Por último estão as referências usadas na dissertação e os anexos.

CAPÍTULO 2

Revisão da Literatura

A Política das Drogas no Brasil

No Brasil, a discussão dos efeitos adversos do uso indevido das drogas e o planejamento estratégico para seu controle foi intensificado em 1998, com a participação do país na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, dedicada a enfrentar o problema mundial da droga, quando o país aderiu aos "Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas" estabelecidos pelos Estados membros, e reestruturou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Droga (SISNAD), com regulamentação vigente dada pelo Decreto n.º 5.912 de 2006 (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], 2003, 2010). Entretanto, a política brasileira demonstra interesse pelo fenômeno das drogas há vários anos, mudando o foco de entendimento e atuação ao longo do tempo. Em 1914, o Brasil aderiu à Conferência Internacional do Ópio, passando a tratar o viciado como doente, similar às pessoas contagiadas pela febre amarela e varíola. Na década de 1930, a toxicomania passou a ser considerada uma doença de notificação compulsória e a fiscalização às substâncias tóxicas se tornou mais rigorosa, com a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e a aprovação da lei específica para punir os atos de plantar, cultivar e colher substâncias consideradas proibidas, além de tornar mais exigente a internação quando fosse comprovada a necessidade de tratamento do enfermo. Em 1940, o Código Penal Brasileiro passou a tratar do tema drogas no capítulo relacionado aos crimes contra a saúde pública e na década de 1960 a legislação repressiva sobre drogas passou a ser aplicada sobre qualquer substância capaz de determinar dependência física ou psíquica, mesmo que não considerada entorpecente. A partir da Constituição de 1988, o enfoque sobre a questão da "guerra às drogas" se deu mais plenamente, quando o crime de tráfico de entorpecentes e drogas afins foi equiparado aos crimes hediondos. Apenas em 2006, com a

reestruturação do SISNAD, mais atenção passou a ser dada a modelos de descriminalização do usuário de drogas e de prevenção ao uso de drogas em geral (Dias, 2012).

O SISNAD orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, com foco das ações voltadas para os municípios, visando ampliar a consciência social sobre o problema das drogas e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas no país. Nesse sentido, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), órgão responsável por coordenar e integrar as ações do governo relativas à redução da demanda por drogas, o Departamento de Polícia Federal (DPF) e outros agentes do SISNAD, elaboraram a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, de maneira a conduzir as ações de forma planejada e articulada (SENAD, 2003).

A PNAD possui alguns pressupostos básicos, que foram sendo adaptados à realidade brasileira ao longo dos anos, sendo que em 2003 os destaques no âmbito da saúde pública eram: (a) a busca pelo ideal de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; (b) reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada; (c) reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado; (d) priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade; (e) incentivar, por intermédio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias e ações integradas nos setores de educação, saúde e segurança pública, com apoio de outros órgãos, visando a planejar e executar medidas em todos os campos do problema relacionado com as drogas; (f) orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos,

levando em consideração os “determinantes de saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social, nível educacional, condições ocupacionais ou de emprego, meio ambiente físico, funcionamento orgânico (biológico), herança genética, habilidades sociais, práticas de saúde pessoal, desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde; e (g) experimentar de forma pragmática e sem preconceitos novos meios de reduzir danos, com fundamento em resultados científicos comprovados (SENAD, 2003).

Ao longo da evolução histórica da política nacional sobre drogas, o Brasil vem demonstrando mudanças no paradigma que norteia suas ações, promovendo adequações em seus princípios básicos. Por exemplo, ao invés de buscar o ideal de uma sociedade livre do uso de drogas, a versão da PNAD 2005 passa a almejar o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. No âmbito das inovações científicas, até 2003 se propunha experimentar novos meios para reduzir danos, já em 2005 esse pressuposto foi ampliado para pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial dos dependentes, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados (SENAD, 2010). Podemos observar também uma diminuição no foco repressivo e maior interesse no fortalecimento da prevenção do uso de álcool e outras drogas, com ênfase em crianças, adolescentes e jovens. O mais recente Plano Plurianual (PPA 2016-2019) traz inovações focadas na redução do impacto social das drogas, priorizando os segmentos mais expostos a suas consequências, seja pela posição em seu ciclo de vida, como as crianças e os adolescentes, seja por se encontrarem em situação de maior vulnerabilidade social. Foram definidos como principais objetivos: prevenir e retardar o uso de drogas lícitas e ilícitas, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; ofertar cuidado e ações de reinserção social para as pessoas que têm

problemas com álcool e outras drogas e apoiar as famílias para lidar com essa temática (Ministério do Planejamento, 2015).

Vinculado à SENAD existe o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), órgão que possui a missão de reunir e centralizar informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, produzindo e divulgando informações. A partir de suas instâncias responsáveis, e com o objetivo de promover um diagnóstico situacional do país, em 2009 o Brasil produziu seu primeiro, e único, relatório sobre drogas. O documento disponibiliza aos componentes do SISNAD, à população em geral e à comunidade internacional, os dados mais abrangentes e relevantes sobre a situação nacional do consumo de drogas e suas consequências, bem como as ações empreendidas para reduzir a sua oferta no Brasil. O relatório foi construído com o objetivo de dotar o país de uma fonte unificada de informações, para orientar o foco da atenção para os principais aspectos do problema, e facilitar a avaliação do impacto das drogas sobre a sociedade. O governo federal reuniu todos os dados relativos ao problema das drogas, até então dispersos, entre os anos de 2001 e 2007, para permitir uma análise de forma sistemática de todas as informações, e assim, consolidar um diagnóstico amplo da situação de demanda e oferta de drogas no país (Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009).

O Brasil tem buscado nortear suas ações em conformidade com a recomendação da Organização Mundial de Saúde, que organizou um documento apontando diretrizes para a prevenção através de estratégias para fortalecimento dos fatores de proteção, com foco no desenvolvimento de habilidades de vida como: aumento da capacidade, especialmente em crianças e adolescentes para gerenciarem as suas emoções, desenvolvimento da criatividade e pensamento crítico, autonomia para a resolução de problemas e tomadas de decisão mais assertivas. Ainda nessa mesma perspectiva, há a indicação que o fortalecimento dos vínculos familiares é um importante fator de proteção para a prevenção do comportamento de risco

para o abuso prejudicial de álcool e outras drogas, em especial, entre o público adolescente. O governo federal está focando suas ações junto às escolas e às famílias, com o intuito de prevenir o uso de álcool e outras drogas por crianças, adolescentes e jovens e diminuir as chances de uso problemático na vida adulta. Como a vulnerabilidade social aprofunda as consequências negativas das drogas, o cuidado com as pessoas que tem problemas dessa natureza impõe a necessidade de forte articulação entre as ofertas de saúde, assistência social, moradia e geração de trabalho e renda (Ministério do Planejamento, 2015).

No âmbito da prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas, desde 2013 o Brasil vem aplicando três projetos adaptados que obtiveram êxito comprovado internacionalmente e que desenvolvem ações com vistas à melhoria dos vínculos familiares e comunitários, promoção da saúde mental e ampliação de habilidades de vida de jovens e suas famílias. O primeiro deles é o “Famílias Fortes”, citado na apresentação do trabalho, adaptado do programa *Strengthening Families Program*, para jovens de 10 a 14 anos e seus responsáveis, sendo implementado em equipamentos da assistência social. O “Elos”, adaptado do programa *Good Behavior Games*, é aplicado a crianças de 06 a 10 anos e implementado em escolas públicas municipais. O terceiro é denominado “#Tamojunto”, adaptado do programa *Unplugged*, para jovens de 13 e 14 anos, sendo implementado em escolas públicas estaduais e municipais (SENAD, 2016).

Seguindo a perspectiva de implementar ações para melhorar a vida daqueles que sofrem com as drogas e de suas famílias, tentando oferecer cuidados de saúde e apoio social, fortalecendo a evolução na visão do combate às drogas da política brasileira, com foco nas pessoas, e não nas drogas, foi criado em 2011 o programa “Crack, é possível vencer”, com o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas. O programa inclui a criação de enfermarias especializadas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS); a estruturação da rede de cuidados *Conte Com a Gente*, para auxiliar os

dependentes químicos e seus familiares na superação da dependência e na reinserção social; a criação de consultórios temáticos usados na rua, nos locais em que há maior incidência de consumo de crack, com atendimentos volantes e funcionamento 24 horas, 7 dias por semana dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) (<http://www.justica.gov.br/noticias/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>). Existem no país, atualmente, mais de duas dezenas de iniciativas que seguem conceitos que destacam promoção da saúde e da qualidade de vida do cidadão no contexto das drogas. Dentre elas está o programa “De braços abertos”, da prefeitura de São Paulo, que parte do pressuposto de que o uso de drogas é mais um entre vários elementos presentes em um contexto extremo de exclusão e vulnerabilidade social. Lançado em janeiro de 2014, e até a data do levantamento, com 453 beneficiados, na região conhecida como “cracolândia” o programa envolve mais de oito secretarias do município, e executa ações de cuidado, acolhimento, moradia e tratamento de usuários de drogas, além de assistência médica, assistência social, projetos de empregabilidade, formação e qualificação. O objetivo é proporcionar, através de uma rede de serviços articulados, um projeto de saúde, com abordagens integrais que estimulem a autonomia em cada indivíduo, para além da sua experiência com a droga. Os participantes recebem oportunidade de trabalho, salário e moradia, com baixos níveis de formalidades e exigências, sendo a vontade manifesta e o comprometimento os únicos requisitos para participação, independente do uso ou não de drogas. Ainda não há dados estatísticos de redução do consumo de drogas. Porém, gestores, agentes da ponta e comerciantes locais afirmam que os efeitos positivos são visíveis “a olho nu”. Também os relatos dos próprios beneficiários, sobre uma percepção de mudanças positivas geradas em suas vidas, são reportados constantemente por todos os agentes envolvidos no trabalho de campo (Carvalho & Pellegrino, 2015).

Outra maneira de abordar o uso de drogas é através da perspectiva da Redução de Danos (RD), que foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil em 1989, na tentativa de reduzir os altos índices de transmissão de HIV relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. A partir de 2003, as ações de RD deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornaram uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. Entretanto, o movimento da RD demonstra dificuldade de se manter ativo frente às discontinuidades e instabilidades das políticas de financiamento. A RD é um método construído pelos próprios usuários de drogas, que passam a ser corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Se constitui como uma estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas, dentro de arranjos de cogestão do cuidado, tendo como um dos principais desafios a construção de redes de produção de saúde que incluam os serviços de atenção do próprio Sistema Único de Saúde, Emergências Hospitalares e internações breves, Postos de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Caps-ad (Passos & Souza, 2011).

No modelo de RD os usuários de drogas são introduzidos em redes locais de gestão comum, nas quais o consumo de drogas é constantemente ressignificado por acordos coletivos. A proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si. Muitas vezes, os redutores de danos propõem determinadas regras de conduta como, por exemplo, substituir crack por maconha, ou substituir a via injetável pela inalável. O protagonismo dos usuários pode caminhar de uma dimensão mais individual para uma dimensão mais coletiva, passando de um cuidado de si para um cuidado do outro, dependendo dos dispositivos que os usuários de drogas passam a integrar. Esses podem ser colaboradores no território, podem fazer parte

da gestão das associações, podem ser redutores de danos, ou podem simplesmente cuidar de si. Na experiência de gestão da RD muitos abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidos e quando há a percepção de que o governo de uma associação, por exemplo, e o governo de si são instâncias que se distinguem, porém não se separam (Passos & Souza, 2011).

Pode-se observar que os objetivos nacionais das políticas públicas são ambiciosos com relação ao uso e abuso de drogas, mas têm mostrado adaptações alinhadas com inovações científicas e mudanças no paradigma, o que culmina em ações mais humanistas. A política parece estar desenhada de maneira a abarcar os cuidados com a pessoa envolvida no contexto das drogas de maneira global, seja enquanto proteção às vulnerabilidades ou em relação às complicações pelo uso indevido. Quando a legislação é transposta para a prática, nem sempre temos uma aplicação ideal e, conseqüentemente, resultados alinhados com os objetivos esperados, mas como as ações propostas devem se basear em pesquisas científicas, diálogo com vários setores da sociedade, e avaliações das intervenções, a perspectiva de um processo em construção e aperfeiçoamento traz um panorama positivo, que necessita de grande envolvimento social, não só ações governamentais, já que proteger crianças e adolescentes é, ou deveria ser, um desejo, e obrigação daqueles que convivem com pessoas nessa fase da vida, o que posteriormente se reflete na sociedade como um todo.

Epidemiologia

Segundo dados do Relatório Mundial sobre Drogas da ONU (UNODC, 2015) estima-se que quase 250 milhões de pessoas entre as idades de 15 e 64 anos fez uso de pelo menos uma droga ilícita em 2013. Isto corresponde a uma prevalência global de 5,2%, o que sugere que o uso de drogas manteve-se estável nos últimos três anos, embora o número estimado de usuários de drogas tenha aumentado em 6 milhões, entre os anos de 2011 e 2013, devido ao aumento da população mundial. Deste total, estima-se que 27 milhões de pessoas, ou

0,6% da população com idade entre 15-64 anos, sofrem do consumo problemático de drogas. Os dados apontam um crescimento no uso de maconha, desde 2009, enquanto o uso de opioides, incluindo o consumo de heroína, ópio e uso não terapêutico de medicações a base de opioides, estabilizou em níveis elevados. No entanto, o uso geral de cocaína e anfetaminas diminuiu, apesar de ser um reflexo mais das tendências Americana e Europeia.

No Brasil, o VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras (Carlini et al., 2010), traça um panorama da realidade de consumo de drogas lícitas e ilícitas, em nosso país. O estudo foi composto por uma amostra de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular, com predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos (42,1%), e aponta que o primeiro consumo de álcool dá-se, em média, aos 13 anos. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano (consumo de droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (Duarte et al., 2009) entrevistou 3007 pessoas, sendo 2.346 com mais de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos, em 143 municípios brasileiros, e descobriu que a maior incidência de beber pesado frequente (pelo menos uma vez por semana e no mínimo cinco doses em cada ocasião) está nas regiões Nordeste e Sul do país, sendo o Sul a região que apresenta a menor taxa de abstinência entre todas as regiões brasileiras. As bebidas mais consumidas por brasileiros adultos dos dois gêneros, de qualquer idade e região do país, são cerveja ou chope e vinho. A média das idades do início de consumo foi 13,9 anos para os adolescentes, o que está de acordo com (Carlini et al., 2010), e 15,3 anos para os jovens adultos. Quanto ao início do consumo regular, a média das idades dos adolescentes foi 14,6 anos e dos adultos jovens, 17,3 anos, o que sugere um início de consumo cada vez mais

precoce. Embora no Brasil seja proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, quase 35% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por ano, sem diferença significativa entre os gêneros, e quando consideramos o comportamento regular de *binge* (consumo em uma só ocasião de 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais para mulheres) esse número sobe para 45% nos últimos 12 meses.

Com relação às outras drogas usadas no Brasil, a idade de primeiro contato dá-se, em média, entre os 14 e 15 anos, sendo o crack e cocaína as que são consumidas mais tardiamente. Do total desta amostra, 25,5% dos estudantes referiram ter feito uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiram uso no último ano e 5,5% referiram uso pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa. O total de estudantes com relato de pelo menos um uso no último ano, foi de 9,9% para a rede pública e 13,6% na rede particular. As drogas mais consumidas, depois do álcool e tabaco, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%) (Carlini et al., 2010).

Pasucha e Oliveira (2014) e Zappe (2014) fizeram revisões sistemáticas da literatura sobre o uso de drogas entre escolares do ensino médio nos estados brasileiros, entre 2002 e 2012, e sobre os estudos empíricos com o mesmo foco, a partir do ano de 2002, respectivamente. Ambos os estudos descobriram que as substâncias psicoativas mais utilizadas são o álcool e o tabaco, seguidos dos solventes e a maconha, o que está em consonância com os achados de Carlini et al. (2010). A prevalência do consumo de álcool variou de 26,9% a 64,7% entre os estudos com adolescentes escolares. Quanto ao uso de cigarro, a prevalência de experimentação variou de 24,2% a 32,6% e a variação para o consumo foi de 6,3% a 31,2%. A experimentação de drogas ilícitas variou de 6,9% a 12,2% e o consumo variou de 12% a 32% dentre as pesquisas levantadas.

Um estudo norte-americano sobre uso e abuso de álcool e drogas ilícitas entre os adolescentes, publicado no ano de 2012, revelou que a idade para o primeiro uso de álcool coincide com a idade para o primeiro uso de drogas ilícitas, 14 anos. Ao final da adolescência, 78,2% dos adolescentes norte-americanos tinham consumido álcool, 47,1% tinham atingido níveis de consumo regular, ou seja, tinham bebido pelo menos 12 vezes em um ano. Apesar do grande consumo de álcool, o estudo apontou taxas maiores para o abuso de drogas (8,9%) do que o abuso de álcool (6,5 %) entre os adolescentes, dados que contrariam estudos anteriores. Em uma pesquisa europeia, com 2460 adolescentes, com idades entre 15 e 16 anos, na Estônia, conduzida por Vorobjov, Saatvi e Kull (2014), mais da metade (55%) dos respondentes havia se embriagado pelo menos uma vez durante a vida, sem diferenças entre meninos e meninas, e a maconha foi a droga ilícita mais prevalente, com diferença significativa entre os sexos, 30% para eles e 19% para elas. O risco de abuso de drogas, principalmente de maconha, entre os adolescentes usuários dos dois países é preocupante, considerando as altas taxas de consumo e recentes descobertas que mostram um ressurgimento do uso de maconha entre na população norte-americana, sugerindo o aumento da tolerância para o uso de drogas ilícitas naquela cultura, que exercer forte influência sobre as demais (Swendsen et al., 2012).

Adolescência e drogas: riscos e consequências negativas

Diversos estudos têm buscado compreender as questões associadas à adoção de comportamentos de risco na adolescência, investigando sua prevalência, ocorrência e os fatores de risco e proteção. Alves, Zappe e Dell'Aglio (2015) enumeram estudos com jovens brasileiros, que apontam os comportamentos de risco mais prevalentes, onde se destacam a alimentação não saudável, prática de atividade sexual não preventiva, nível insuficiente de atividade física, uso de álcool e maconha e conduta perigosa no trânsito, como o excesso de velocidade. A maioria dos adolescentes envolveram-se em mais de dois comportamentos de

risco simultaneamente; aqueles com maior uso do álcool ou maconha apresentaram maior probabilidade em ter iniciação sexual precoce. Geralmente, a motivação para tais atitudes estava ligada à proximidade de amigos com comportamento semelhante e à consequente aceitação por parte deles.

Uma das grandes preocupações relativas ao envolvimento com drogas entre jovens recai no medo do desenvolvimento de uma dependência. Conforme citado anteriormente, não há definição nítida sobre as diferenças entre uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, mas considera-se que existe um *continuum*, com variações da frequência e intensidade do consumo, sendo que o uso, ou ato de experimentar ou consumir esporadicamente, não acarretaria prejuízos ao sujeito (Cordeiro, 2013; Ribeiro & Rezende, 2013). Seguindo a tendência de falta de definição nítida entre os padrões de consumo de drogas, a última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM 5] (2015) não separa abuso de dependência, oferece apenas critérios para conceituar transtorno por uso de substância, que podem variar de leve a grave, sendo o limiar para o diagnóstico de transtorno a presença de dois ou mais critérios. A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias, segundo o DSM 5, consiste na presença de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais decorrentes do uso contínuo da mesma, ligados a problemas significativos relacionados ao uso. Como condições gerais para o diagnóstico estão: o baixo controle (consumo da substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que o pretendido; fracasso em reduzir ou descontinuar o consumo; muito tempo envolvido na busca, uso e recuperação dos efeitos da substância); deterioração social (fracasso em cumprir as principais obrigações, manutenção do consumo apesar de recorrentes problemas interpessoais e sociais, redução do repertório social para consumo da substância); fissura (desejo ou necessidade intensos de usar a droga); uso

arriscado (presença de risco à integridade física) e critérios farmacológicos (presença de tolerância e abstinência) (American Psychiatric Association, 2015).

Alguns autores, como Behrendt et al. (2012), apontam uma sequência de consumo que começa com o álcool, cigarro, e posteriormente evolui para maconha, e outras drogas. Em sua pesquisa longitudinal, com 3021 adolescentes e jovens adultos da Alemanha, esses autores encontraram dados que comprovam que quase todos os usuários de maconha tinham experiência prévia de álcool (99,6%) e nicotina (94,7%), sendo que, em geral, o primeiro consumo de maconha ocorreu dentro de três anos após a utilização do álcool e nicotina, para 40 a 50% da amostra. Além disso, uma idade mais precoce do primeiro consumo de álcool foi associada a um maior risco para consumo de maconha, especialmente para experimentação precoce de maconha, que por sua vez, quando associado à presença de transtornos externalizantes ou transtornos por uso de substâncias nos pais, se configurou como risco para transtorno por uso da maconha. Os dados sugerem que o uso de álcool e da nicotina podem promover um papel de sensibilização cruzada para outras drogas, ou pode gerar um desejo de experimentar a sensação de intoxicação relacionada a outras substâncias. Tais achados devem ser interpretados com cuidado, pois os dados apresentados não permitem uma generalização da ideia de “escalada” para uso de outras drogas, já que nem todos que ingeriram álcool e/ ou tabaco consumiram outras drogas.

Apesar do grande foco no combate ao uso de drogas e na preocupação com o desenvolvimento de uma dependência química, ou transtorno por uso de drogas, existem teorias que discutem a dependência como exceção entre aqueles que fazem uso de drogas. Mesmo a definição de toxicod dependência, e as melhores formas de responder a ela, têm variado significativamente ao longo do tempo, e possui potencial para continuar a ser múltipla e gerar contestações. A amplitude do conceito se deve ao fato de envolver diversas substâncias (álcool, heroína, tabaco, etc.), outras questões como raça e gênero, a variação de

políticas (com a criminalização de algumas substâncias, por exemplo) e culturas em diferentes tempos e lugares (patologização do uso problemático no século XX, por exemplo) (Fraser, 2015).

Um destes teóricos é Hart (2013), que argumenta que os efeitos das drogas sobre o comportamento e a fisiologia são determinados por uma complexa interação entre o usuário e seu meio. O uso problemático de drogas interfere nas grandes funções da vida, como trabalho e relacionamentos, porém o uso controlado, que é o mais frequente, pode ser prazeroso e não destrutivo. Os comportamentos disfuncionais dos usuários de drogas, tão temidos e combatidos, sempre foram explicados em função das drogas, entretanto deveriam ser considerados à luz de outros fatores sociais, como as leis relativas à toxicodependência, que muitas vezes pune de maneira inadequada o usuário de drogas e o condena a um contexto de menos oportunidades e maior exclusão social, o que gera um círculo vicioso, que o empurra novamente para as drogas. Apesar do estereótipo que liga o uso abusivo a outras formas de comportamentos problemáticos, segundo o autor, a persistência em comportamentos com conhecidas consequências negativas, ou mesmo a apresentação de comportamento compulsivo, não é exclusividade de dependentes químicos. Em sua história pessoal, o envolvimento em comportamentos delinquentes, e até o uso de drogas, sempre esteve ligado à necessidade de ser aceito pelo grupo de pares e à carência socioeconômica, e não à compulsão por qualquer substância.

Em pesquisas laboratoriais com animais, Hart (2013) observou que o comportamento de dependência obedece a regras similares às de outros comportamentos. O empenho de um animal para obter recompensas na forma de alimento ou drogas era quase idêntico, sendo que com fácil acesso e poucas alternativas os animais ingeriam muito alimento doce/gordurosos ou usavam cocaína/ heroína. Por outro lado, quanto mais tiveram que lutar por alguma recompensa, menos tendiam a buscá-la. Tal padrão, segundo o autor, pode ser

generalizado para os homens, sendo a variação das escolhas dependente da presença de reforços concorrentes. Mesmo após a instalação da dependência física, quando há presença de sintomas de abstinência (náuseas, vômitos, diarreia, dores e forte mal-estar), a própria dependência física não é o principal motivo do uso continuado de drogas. Em suas experiências com humanos dependentes, as reações à cocaína eram muito semelhantes às de outras experiências de reforço, o que levou o autor a concluir que pessoas viciadas não são sensíveis a apenas um tipo de prazer, como se acredita. Embora a dependência possa estreitar o foco e reduzir a capacidade de sentir prazer em experiências alheias às drogas, ela não transforma a pessoa em um ser incapaz de reagir a toda uma série de incentivos. Em sua pesquisa com usuários de cocaína, após experimentar uma amostra da dose de cocaína do dia, os sujeitos tinham que escolher entre uma recompensa em dinheiro ou uma dose da droga. Os resultados mostraram que a escolha da droga estava vinculada ao tamanho da dose ofertada, ou seja, quando havia disponibilidade de doses maiores de cocaína, os usuários quase sempre a escolhiam, no entanto, os participantes ofereciam resistência a doses mais baixas, demonstrando que mesmo pessoas viciadas são capazes de fazer escolhas racionais.

Assim, para Hart (2013), o comportamento quanto ao uso de drogas, em todos os níveis, é passível de mudança como qualquer outro. Um dos problemas está na carência socioeconômica, pois em muitos contextos há poucos reforços concorrentes, além de existir doenças mentais não tratadas, o que compromete a escolha dos indivíduos. A dependência, como a maioria das outras doenças, é um distúrbio decorrente da falta de oportunidades iguais, o que se agrava quando não há acesso a dietas saudáveis e acompanhamento médico. A oferta de reforços alternativos, tais como oportunidades de emprego, educação de qualidade, atividades sociais saudáveis, ligadas a esportes e envolvimento comunitário, por exemplo, seria o caminho para melhorar a incidência da dependência química, com foco na promoção de habilidades para a integração das pessoas à sociedade e engajamento em

atividades produtivas, e não apenas na eliminação de certas drogas com a aplicação seletiva das leis sobre elas.

Além dos fatores psicossociais envolvidos no uso de drogas e comportamentos de risco em geral, algumas descobertas da neurociência sobre o desenvolvimento cerebral lançam luz sobre porque tais comportamentos aumentam durante a adolescência, e não durante a infância ou idade adulta. Compreender as bases neurobiológicas da dependência, segundo pesquisadores das neurociências, pode facilitar a identificação de adolescentes que estão em risco para o desenvolvimento de transtorno por uso de substâncias e suas consequências para a saúde, além de possibilitar a promoção do desenvolvimento de estratégias de tratamento e prevenção eficazes, contribuindo para iniciativas políticas de saúde pública relevantes para este período do desenvolvimento humano. Mais de um modelo biológico pode explicar o uso de substâncias nocivas, transtornos aditivos e vulnerabilidade a dependência, sendo que a maioria deles são complementares e estudam as diferentes facetas do comportamento na dependência, envolvendo especialmente os circuitos dopaminérgicos (Hammond et al., 2014). De maneira geral, os modelos apontam para uma mudança na morfologia do cérebro, na arquitetura das fibras, e na bioquímica, ocorrendo durante a adolescência. Por exemplo, estudos sobre a morfologia do desenvolvimento neurológico indicam que o volume de massa cinzenta e a espessura cortical seguem uma curva parabólica invertida ao longo da vida, com pico ocorrendo no início da adolescência (idades 12-14 anos), seguido por um declínio. Por outro lado, o volume e densidade da substância branca, em particular nas regiões fronto-parietal, aumentam durante toda a adolescência (Conrod & Nikolaou, 2016; Hammond et al., 2014).

Uma das justificativas para o aumento do envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco seria devido ao aumento da liberação de dopamina nos centros de recompensa subcorticais durante a adolescência, o que incentiva a atração por experiências

novas, emocionantes e recompensas imediatas. Assim, esse aumento na busca de sensações, que aumenta durante a adolescência, antes de diminuir no início da idade adulta, coloca os sujeitos dessa faixa etária mais vulneráveis a uma ampla gama de comportamentos de risco, dentre eles o uso de drogas. Outra hipótese reside no fato de que a maturação do córtex frontal não está completa até a terceira década de vida, e como resultado, os adolescentes não têm controle frontal suficiente para controlar impulsos, tais como comportamentos visando a busca por sensação (Hammond et al., 2014; Romer et al., 2010). Em uma pesquisa transversal, com 900 jovens, de 14 a 22 anos, Romer et al. (2010) examinou a busca de sensações, o atraso de gratificação, a perspectiva de tempo futuro e o uso de drogas, comparando os resultados dos sujeitos de diferentes idades. Os dados apontaram para um aumento na busca por sensações, seguido de queda, no intervalo etário pesquisado, enquanto que para a capacidade de adiar gratificação, houve uma tendência menos significativa de crescimento. Para a medida de perspectiva de tempo futuro, a idade foi relacionada ao seu aumento gradual, sugerindo que a maturação do cérebro também pode desempenhar um papel neste processo. Assim, os autores acreditam ter fortes evidências de que o aumento do uso de drogas na adolescência está relacionado a um aumento na busca de sensação e que, a desistência do uso de drogas está relacionada com o declínio na busca de sensação, o que ocorre mais tarde na adolescência, devido a mudanças no cérebro dos sujeitos.

De maneira geral, os estudos da neurociência sobre drogas na adolescência, sugerem que há um típico aumento do interesse por novidades e busca de sensações, que torna o jovem mais sensível a estímulos emocionais e mais propenso a tomar decisões de risco, o que se deve ao desenvolvimento gradual do sistema de autorregulação, que é inerente a essa fase do desenvolvimento (Alves et al., 2015). Entretanto, apesar do crescente número de estudos sugerindo modelos de desenvolvimento neurobiológicos ligando alguns comportamentos típicos da adolescência, como busca de sensações, impulsividade e tomada

de decisões arriscadas ao desenvolvimento de certas estruturas e conexões cerebrais, pesquisadores admitem a necessidade de mais estudos, principalmente longitudinais, para afirmar, de maneira confiável, a ligação entre as mudanças cerebrais e os comportamentos de risco entre os adolescentes (Conrod & Nikolaou, 2016; Hammond et al., 2014).

Na tentativa de compreender o comportamento humano sob diversas óticas, com especial interesse na relação entre fatores ambientais e estrutura biológica/ genética dos indivíduos, encontra-se a epigenética, termo usado para descrever a interação dinâmica entre genes e meio ambiente, o que leva a variações no fenótipo. A relação entre a qualidade do ambiente social precoce e os perigos, ou resiliência, para subsequentes resultados fisiológicos, neurobiológicos e comportamentais tem sido explorada em estudos longitudinais, tanto em seres humanos quanto em modelos animais. Exemplos clássicos dessas associações podem ser encontrados na literatura sobre o apego mãe-bebê, sendo a relação de apego segura capaz de prever uma resiliência de longo prazo para a saúde física e psicológica do indivíduo, em especial atuando na diminuição da responsividade ao stress, que pode estar ligada ao desenvolvimento de uma região do hipocampo. Estudos da base biológica destes efeitos se basearam principalmente em experimentos com roedores em que a qualidade do ambiente social precoce era manipulado, o que resultava em mudanças neuroendócrinas e comportamentais. Um achado comum que emerge destes estudos indica que as mudanças ambientais podem induzir variações na expressão de genes, tanto no interior do cérebro quanto na periferia, sendo que tais variações podem persistir além da infância e serem observadas na idade adulta. Embora a exploração em humanos de regiões cerebrais específicas seja limitada pela inacessibilidade ao tecido cerebral, alguns estudos com análise de tecido do hipocampo de vítimas de suicídio com uma história de violência na infância têm mostrado alterações nos padrões de metilação do DNA desses sujeitos, o que reforça a relação entre ambiente e alteração genética (Champagne, 2010).

Além de estudos que tentam investigar como o ambiente modifica a genética do indivíduo, há aquelas que procuram compreender como a genética influencia nas escolhas e comportamentos dos sujeitos. Algumas pesquisas ligadas à epigenética procuram examinar a associação entre preditores genéticos e ambientais no uso precoce de álcool, tendo como um de seus pressupostos a variação genética de uma proteína transportadora de serotonina (5-HTT), mais especificamente o alelo 5-HTTLPR. A serotonina é um modulador importante da resposta ao estresse e um dos principais sistemas de neurotransmissão envolvidos no circuito de recompensa do cérebro, que é ativado em resposta à dependência de álcool e, o álcool, por sua vez, está associado à desregulação do sistema serotoninérgico. O genótipo do transportador de serotonina, 5-HTTLPR, pode ser relevante no desenvolvimento de transtornos por uso de álcool em contextos de adversidade, dado o papel da serotonina na modulação da reatividade ao *stress*. Em experimentos com primatas e com humanos foram encontradas interações entre o gene transportador de serotonina e o consumo de álcool, desde que experiências de estresse precoce estivessem presentes. Existem dados convergentes no sentido de que fatores genéticos e ambientais estejam envolvidos na etiologia dos transtornos por uso de álcool (Kaufman et al., 2007).

Neste sentido, Kaufman et al. (2007), conduziram um estudo longitudinal, com 127 crianças removidas do cuidado dos pais, devido a maus tratos ou negligência, com média de idade de 12,6 (grupo clínico), e 51 crianças de um grupo controle, acreditando que o uso precoce de álcool estaria associado à presença do alelo 5-HTTLPR, com maior risco de uso de álcool para as crianças vítimas de maus-tratos. Quando compararam os resultados dos dois grupos verificaram que as crianças do grupo clínico tinham mais pais com histórico de problemas por uso de álcool e drogas e as crianças possuíam mais critérios para diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de humor, transtorno opositivo desafiador e transtorno de conduta. Além disso, tiveram mais experiências com uso de álcool

e tabaco, sendo o primeiro contato com as substâncias, em média, dois anos antes das crianças do grupo controle. Para a medida da frequência do alelo 5-HTTLPR, não houve diferença significativa entre os grupos. Embora fique claro que as crianças do grupo clínico estejam em maior risco para transtorno por uso de álcool, nem todos os sujeitos desse grupo desenvolveram tais problema. Ao se considerar apenas a variável genética, os dados apontaram que havia maior vulnerabilidade para uso precoce de álcool entre as crianças com uma variação heterozigótica do 5-HTTLPR, sendo que para os sujeitos sem essa variação (11%) não houve relato de experimentação de álcool. Os autores acreditam que esta variante genética desempenha um papel na modulação de risco para transtornos por uso de álcool, especialmente quando na presença de estressores ambientais.

A base ideal para a criação de um bom conhecimento na área das drogas, deveria unir neurociências, forças sociais, políticas e econômicas, pois um dos riscos em se considerar apenas parte das descobertas da neurociência, pode ser a redução da capacidade reflexiva do adolescente, talvez devido à crença de que essa parcela da população está sendo guiada apenas por seu sistema de recompensa cerebral, o que pode gerar intervenções pouco efetivas. Por exemplo, Farrugia e Fraser (2016) chamam atenção para a seleção de recortes de informações científicas em campanhas contra o uso de drogas, onde, ao invés de encorajar o pensamento crítico sobre as drogas, o processo seleciona ativamente certas informações que projetam apenas cenários com as piores consequências do uso de substâncias psicoativas. O resultado, segundo as autoras, é uma grande lacuna entre as experiências locais com as drogas e as informações apresentadas, o que pode gerar ceticismo ou descrédito com relação às tais informações científicas e, assim, nenhuma aderência à proposta da campanha. O desafio de todos os envolvidos na produção e disseminação de informações sobre drogas se concentra em pensar o uso abusivo de substâncias, não apenas enquanto doença do cérebro, mas sim enquanto um modelo ecológico de compreensão,

levando em consideração a experiência individual, que muitas vezes pode ser mais confiável do que o conhecimento científico formal, além da necessidade de refletir sobre a ligação entre o saber científico e os interesses políticos e imperativos de financiamento (Fraser, 2015).

Os modelos que focalizam os fatores biológicos com determinantes no comportamento necessitam vir acompanhados de uma visão crítica, para não gerarem um viés determinista que dificulta mudanças, pois podem fortalecer crenças, e naturalizar comportamentos do tipo “o jovem constrói sua identidade através de práticas de risco, como consumo excessivo de álcool”, ou reduzir ações de cuidados voltadas apenas à medicalização e/ ou promover a diminuição da autonomia e capacidade reflexiva dos adolescentes, já que possuem um cérebro com “funcionamento comprometido”. Entretanto, conhecer variações biológicas que permitam pensar em ações de promoção e prevenção de saúde coletiva de uma maneira mais específica pode trazer melhores resultados, como redução do abuso de álcool e drogas entre os adolescentes, já que as ações terão que levar em consideração que o “funcionamento cerebral dos adolescentes os impulsionam para os comportamentos de risco”, por exemplo. Conhecer o sujeito de maneira integral, social e biologicamente, parece ser o caminho mais acertado para se pensar em esforços direcionados à essa população, agregando tanto intervenções voltadas para as variáveis ambientais de cada realidade, quanto às características psicossociais e mudanças biológicas típicas da adolescência em geral.

As preocupações sobre o desejo juvenil de obter prazer com o uso de substâncias psicoativas estão ligadas ao risco que o adolescente corre de se tornar dependente, e assim comprometer a realização de tarefas e papéis sociais típicos do seu desenvolvimento, além de prejudicar a aquisição de competências necessárias para a passagem à vida adulta (Schenker & Minayo, 2005). Processos de desenvolvimento normativos podem ser substancialmente comprometidos pelo uso de substância em idades precoces, sendo que

quanto mais precoce o início do uso de substâncias psicoativas, maior o risco de os adolescentes desenvolverem comportamento de abuso. Um exemplo disto é o estudo de Swendsen et al. (2012), por exemplo, onde os adolescentes norte-americanos, tiveram aumento de 10 vezes no risco em se tornarem abusadores quando os usuários tinham entre 13 e 14 anos, isso porque os efeitos neurodegenerativos do uso precoce de substâncias pode levar à redução do controle comportamental, o que se configura como fator relevante para todos os tipos de transtornos por uso de substância (Behrendt et al., 2012; Hammond et al., 2014).

Além do risco de levar à dependência química, o envolvimento dos adolescentes com drogas possui grande potencial para gerar uma série de consequências negativas em múltiplos domínios da vida, como prejuízos nas funções cognitivas, no desempenho de habilidades sociais, conflitos interpessoais, infração juvenil, entre outros (Nardi, Jahn, & Dell’Aglío, 2014). Somam-se a esses fatores, os indicativos de que o uso de substâncias psicoativas aparece com frequência associado a outros comportamentos de risco. Diversas pesquisas identificam associação entre drogas, lícitas e ilícitas, comportamento sexual de risco, problemas com a lei, inatividade física, comportamento negligente no trânsito e comportamento antissocial. Essas associações podem somar mais de dois comportamentos de risco simultaneamente, incluindo a combinação de diferentes substâncias psicoativas (Zappe, 2014). Por exemplo, na interação entre drogas e violência, Gilbert et al. (2015) conduziram uma revisão sistemática da literatura, com estudos de metanálise, sobre os efeitos da violência baseada em gênero entre as mulheres e meninas que usam drogas, e levantaram dados sugestivos de que a relação entre violência baseada em gênero e uso de drogas é bidirecional e complexa. Entretanto, o levantamento evidenciou que o uso de drogas aumenta significativamente os riscos comportamentais e biológicos para HIV, além de elevarem entre 2 a 5 vezes a violência baseada em gênero, quando se compara com as

populações femininas em geral. Essa violência inclui violência por parceiro íntimo, agressão sexual por não-parceiros e tráfico, além de formas estruturais de rotina de violência de gênero por parte da polícia, guardas prisionais e cuidadores tutelares.

O relatório brasileiro sobre drogas (Duarte et al., 2009) traz uma sessão abrangendo as consequências do uso de drogas sobre a saúde e segurança públicas brasileiras, no período de 2001 a 2007. São descritos sete resultados negativos para os indivíduos em diferentes âmbitos. A primeira consequência apontada é a contaminação pelo vírus HIV em usuários de drogas injetáveis, com 13 anos ou mais, sendo que, os casos de Aids associados ao uso de drogas representam 8,6% do total de casos, e 80% desse total são de indivíduos do sexo masculino. Além disso, o relatório destaca as infecções por hepatites virais, B e C, com frequência de contaminação substancialmente maior entre indivíduos do sexo masculino, que responderam por cerca de 85% dos casos, para ambos os tipos de hepatite, B e C. Também as internações hospitalares decorrentes do uso de drogas, são consideradas consequência negativa relevante nesse universo, sendo os transtornos devidos ao uso de álcool os principais causadores de internações, correspondendo a aproximadamente 69% dos casos, seguidos das internações decorrentes do uso de múltiplas drogas, com cerca de 23% das internações, e de cocaína, que totaliza 5%. Novamente o sexo masculino é acometido com maior prevalência, correspondendo a 88% das internações. Seguindo como consequência negativa para o uso de drogas estão os óbitos por intoxicação ou transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, sendo que a maioria dos óbitos acometeu o sexo masculino, cerca de 87%. Para a população adulta, o uso de drogas pode acarretar ainda afastamentos e aposentadorias, sendo o álcool a substância com maior prevalência nesses casos, seguido pela cocaína, e a maior porcentagem acometida se dá para o sexo masculino. Outro dado relevante, e com grande impacto social, envolve os acidentes em rodovias federais associados ao uso de álcool, dentre os acidentes em que o

gênero do condutor foi registrado, cerca de 90% era de homens e 4% de mulheres, e quando se considerou o número de mortos a porcentagem de homens também foi maior. Como última consequência por uso de drogas para o indivíduo, o relatório aponta os crimes de posse e tráfico de drogas, que apresentou tendência de crescimento das taxas e maior acometimento também para o sexo masculino (Duarte et al., 2009).

Conceito Geral de Fatores de Risco e Proteção

A literatura aponta diversas variáveis que atuam como fatores de risco e proteção para o desenvolvimento saudável, inclusive para o uso de drogas entre os adolescentes. O conceito de fatores de risco e proteção pode ser aplicado a diferentes contextos, com implicações para a saúde, o desenvolvimento psicossocial, estresse, violência, uso de drogas, dentre outros. O que muitas vezes ocorre é uma associação entre os diferentes tipos de comportamento de risco, sendo que eles tendem a se manifestar como uma síndrome (Zappe & Dell' Aglio, 2016). De maneira geral, fatores de risco são condições que estão associadas a alta probabilidade de resultar em consequências negativas ou indesejáveis, já os fatores de proteção são variáveis que melhoram a resposta do indivíduo, diminuindo a probabilidade de ocorrência de problemas no desenvolvimento (Weber, Salvador, & Brandenburg, 2006). Uma definição mais abrangente leva em consideração a possibilidade de haver perda ou ganho, de aumentar ou diminuir as possíveis perdas ou os danos. Mais especificamente para definição de fatores de risco engloba-se as condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (Schenker & Minayo, 2005).

Baptista (2008) enumera alguns estudos que levantam os principais eventos estressores e seus impactos para crianças e adolescentes, que podem ser considerados fatores de risco para patologias e para o desenvolvimento saudável, além de impactar negativamente a qualidade de vida dessa população. As fontes de estresse estariam relacionadas (a) ao

ambiente familiar: morte de pais e/ou avós; abuso sexual e/ou físico; separação dos pais; frequentes brigas; reorganização familiar (entrada ou saída da convivência doméstica de membros da família) e nova gravidez; (b) ao ambiente escolar: mudança de escola ou de professor; novas atividades extracurriculares; repetência; (c) ao ambiente social: mudança de casa ou cidade; término de amizade importante; perda de emprego de um dos pais; ausência frequente dos pais devido ao trabalho; aniversário dos irmãos; e (d) à saúde: hospitalização por doença grave; ter amigos ou parentes com doença grave ou óbito; perda de um animal de estimação.

Voltando o olhar para os fatores protetivos, Rutter (1987), ao abordar as reações individuais ao estresse e às adversidades, apresenta a noção de que mecanismos de proteção seriam não o polo contrário da vulnerabilidade ou a evasão dos riscos, mas um envolvimento bem-sucedido com tais fatores existentes. Neste sentido, seriam mecanismos de proteção o reflexo da maneira pela qual as pessoas lidam com mudanças da vida e em seus comportamentos mediante circunstâncias estressantes. Esse processo implicaria em alterações na trajetória de vida, diminuindo a exposição ou envolvimento com os riscos, reduzindo a probabilidade de reações negativas em cadeia, promovendo a autoestima e autoeficácia, principalmente através da disponibilidade de relacionamentos pessoais de segurança e de apoio, além da realização bem-sucedida de tarefas típicas de cada fase da vida. O impacto dos fatores negativos estaria associado à presença, ou não, de fatores de proteção, que funcionariam como pilares para o desenvolvimento da resiliência. As relações com a família constantemente figuram como fator determinante no impacto dos eventos adversos. Assumpção Jr. e Kuczynski (2008) destacam os atributos temperamentais de adaptabilidade, as relações familiares adequadas, a rede de irmãos e o suporte comunitário positivo como fatores de proteção para doenças mentais na infância e adolescência.

Dentro dessa perspectiva de fatores de risco e proteção, observamos a presença do construto de resiliência, que refere-se a um conjunto de processos, individuais e relacionais (famílias, parentalidade e comunidade), que possibilitam o enfrentamento de situações adversas com conseqüente fortalecimento do indivíduo. Os estudos sobre resiliência se iniciaram, principalmente a partir da década de 1980, com dados de pesquisas sugerindo que haveriam sujeitos e famílias (enquanto unidade funcional) imunes a qualquer tipo de desordem, independente das circunstâncias. Outra expressão da resiliência seria a parental, definida como um processo dinâmico que permite aos pais desenvolverem relações protetoras e sensíveis às necessidades dos filhos, apesar de estarem inseridos em um ambiente desorganizado e de risco. Soma-se ao conceito de resiliência a dimensão comunitária, que afirma que a percepção de pertencimento a uma comunidade e a afinidade com seus valores integra a condição coletiva para superar desastres em maciço. Pode-se considerar a resiliência enquanto negociação entre indivíduos e seus ambientes, no sentido de obter recursos para superação de condições adversas e promoção de pessoas saudáveis (Yunes, 2015).

De maneira geral, as definições sobre fatores de risco englobam características, individuais ou do ambiente, que quando presentes, elevam a probabilidade de prejuízo, no presente ou no futuro, à saúde, ao desenvolvimento ou à qualidade de vida, aumentando a vulnerabilidade para o desenvolvimento de determinado agravo; enquanto para fatores de proteção englobam condições do indivíduo e do ambiente capazes de reduzir os efeitos das circunstâncias desfavoráveis e promover a resiliência.

Fatores de Risco e Proteção para o Uso de Drogas

De maneira específica, considerando-se a relação drogas e adolescência, é possível delimitar quais fatores funcionariam como risco, ou seja, aqueles que atuariam como

motivadores ou facilitadores do uso/abuso, e quais seriam os fatores de proteção, ou aqueles que protegeriam o adolescente contra abuso de drogas, mais prevalentes nos diferentes ambientes dessa população.

Comunidade

No envolvimento com a comunidade, os fatores de risco estão relacionados à sua desorganização, ligada à atividades criminosas e baixas condições de sobrevivência; facilidade de acesso às drogas; baixo apego ao bairro; à existência de leis e normas favoráveis ao uso de drogas; as frequentes mudanças dos jovens de residência e de escola, incluindo as transições de escolas de ensino fundamental para as de ensino médio; a pobreza extrema e a vulnerabilidade socioeconômica, que aqui atuariam como fator imperativo à necessidade dos pais em passar mais tempo fora de casa para garantir a renda familiar, e assim, estariam menos presentes e fornecendo menos apoio à prole (Connell et al., 2010; Corrêa, 2014). Pasuch e Oliveira (2014) fizeram uma revisão sistemática da literatura, a fim de conhecer a prevalência do uso de drogas entre estudantes do ensino médio nas diferentes regiões do Brasil e apontam estudos indicativos de que a disponibilidade e a presença de drogas na comunidade de convivência atuam como facilitadoras no uso de drogas pelos adolescentes, uma vez que o excesso de oferta naturaliza o acesso. Quando a facilidade de oferta se junta à desorganização social e aos outros elementos predisponentes no âmbito familiar e institucional, produz-se uma sintonia de fatores de risco para o consumo de drogas.

A comunidade também pode exercer um papel de proteção quando existem oportunidades para o envolvimento pró-social, ou seja, quando existem centros esportivos, grupos de trabalho voluntário, organizações promotoras de trabalhos voltados ao desenvolvimento de valores e resgate de vínculos saudáveis, a existência de confiança em adultos moradores da comunidade, a quem os adolescentes podem recorrer quando precisarem de ajuda ou orientação (Corrêa, 2014).

Escola

A escola desempenha um papel essencial no processo de formação de jovens enquanto cidadãos plenos e enquanto fator de proteção para o uso de drogas. A promoção de ambientes saudáveis na educação e um bom relacionamento com a escola podem assumir um papel preventivo, tornando a escola fonte de apoio social e afetivo para o jovem, minorando processos de vulnerabilidade e contribuindo para a promoção da resiliência, competência pessoal e otimismo (Marques & Dell’Aglío, 2013). Outros fatores de proteção ligados ao ambiente escolar se associam a oportunidades de participar ativamente na construção do ambiente escolar e ao estabelecimento de relações positivas entre alunos e professores, sendo as trocas afetivas e a socialização mais relevantes para o sucesso do adolescente do que as condições físicas da escola. O estabelecimento de relações de apego seguras dentro da escola e o cumprimento das tarefas com sucesso é importante para a manutenção da autoestima e da autoeficácia dos alunos, o que atua como fatores de proteção para o uso de drogas (Corrêa, 2014; Marques & Dell’Aglío, 2013; Schenker & Minayo, 2005).

Além disso, os elogios, o reconhecimento do esforço dos alunos pelos professores e o sentimento de segurança no ambiente escolar, também se configuram como importantes fatores de proteção, apego escolar e resiliência. A presença de um clima de confiança gera emoções positivas, que por sua vez conduzem à exploração, à descoberta e à maestria, tida aqui como o esforço em não desistir antes de tentar e enfrentar a sensação de desamparo gerada por sair da zona de conforto daquilo que se considera seguro e familiar. Assim, percepções positivas quanto à escola geralmente estão ligadas a um sentimento de pertencimento ao ambiente educacional, satisfação em estar na instituição e confiança nos professores e colegas (Corrêa, 2014; Marques, & Dell’Aglío, 2013). Dessa forma, investir no apego saudável com a escola ou na conectividade, que é a maneira como os adolescentes

estabelecem seus relacionamentos afetivos no ambiente educacional, investem em suas tarefas e atividades, se torna um importante fator de proteção. Monahan, Oesterle e Hawkins (2010) afirmam que jovens que se sentem conectados com a escola estão menos propensos a se engajarem em comportamentos delinquentes, consumir álcool ou drogas, iniciar a vida sexual precocemente, além de diminuir os riscos para problemas ligados a saúde mental, tais como sintomas depressivos, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio.

No contexto escolar os principais fatores de risco incidem sobre alunos com baixo comprometimento com a escola, evidenciado pelas frequentes faltas e abandono escolar (absenteísmo); fracasso escolar; ausência de relações interpessoais positivas ou a existência de relações negativas, caracterizadas pelo desrespeito e a discriminação; a insuficiência no aproveitamento e a falta de compromisso com o sentido da educação; a intensa vontade de ser independente, combinada com o pouco interesse de investir na realização pessoal (Schenker & Minayo, 2005). Em seu estudo exploratório Pasucha e Oliveira (2014) também reforçam a existência dos fatores de risco ligados ao ambiente da escola, indicando que classe social, escolaridade, vínculo com a escola e a ocorrência de reprovações escolares estiveram mais associadas ao consumo de tabaco e drogas ilícitas, estando o consumo ilícito intimamente associado ao prejuízo no desempenho escolar e na permanência na escola. Alunos que faltavam às aulas sem avisar aos pais tiveram mais hábito de fumar, beber e experimentar drogas, e quanto mais dias faltam às aulas, mais aumentavam as chances de uso (Malta et al., 2011).

Pares

A relação que os adolescentes estabelecem com os pares, é outro fator de grande impacto para o uso, ou não, de substâncias psicoativas. Adolescentes que querem começar ou aumentar o uso de drogas procuram por colegas com valores e hábitos semelhantes (Pasucha & Oliveira, 2014). Por outro lado, perceber a desaprovação dos pares com relação

ao uso de drogas exerce uma potencial influência positiva, entretanto, o uso de substâncias pelos pares está entre os maiores fatores de risco para uso dessas substâncias psicoativas entre os adolescentes (Connell et al., 2010). Os amigos ainda influenciam através do fornecimento de reforçadores/ recompensas pelo uso da droga, especialmente quando a influência dos amigos é maior que a dos pais, o que piora quando há o envolvimento com gangues (Corrêa, 2014). Uma pesquisa com 1236 adolescentes ingleses, com média de idade de 14,6 anos, sobre os padrões de uso de substâncias e seus preditores, apontou o envolvimento com pares como tendo um dos efeitos mais consistentes na relação com uso de drogas. Não possuir nenhum amigo que usasse qualquer tipo de substância psicoativa foi verdadeiro para 66% dos não usuários, comparado com apenas 18% dos experimentadores de álcool, 2% dos usuários ocasionais de múltiplas substâncias e apenas 1% dos usuários frequentes de múltiplas substâncias (Connell et al., 2010). Na pesquisa de Nardi et al. (2014), com adolescentes em privação de liberdade, a maioria (88,8%) possuía algum amigo usuário de drogas.

A influência dos pares é significativa para outros comportamentos de risco, não só para o uso de drogas. Em um estudo experimental, Gardner e Steinberg (2005) submeteram 103 adolescentes (13 a 16 anos); 105 jovens (18 a 22 anos) e 95 adultos (mais de 24 anos) a diferentes questionários e jogos eletrônicos, na presença de pares ou individualmente, com intenção de examinar se os adolescentes, em relação aos adultos, estão mais propensos a assumir riscos quando seus pares estão presentes. Foram examinados os efeitos diferenciais da presença de colegas no comportamento de risco, na preferência por riscos e na tomada de decisão arriscada entre adolescentes. Os estudiosos concluíram que da adolescência para idade adulta há um declínio significativo nos comportamentos de risco e nas decisões arriscadas. Em algumas situações os indivíduos podem tomar mais decisões de risco e se comportar de maneira arriscada quando estão entre pares, entretanto, esse efeito foi mais

acentuado entre adolescentes. Em suma, perceberam que os adolescentes são mais suscetíveis à influência dos seus pares em situações de risco. Outro dado aponta para a diferença entre os gêneros, os meninos pesavam mais os benefícios das atividades de risco do que as consequências negativas, em relação às meninas.

Família

O contato precoce dos adolescentes com substâncias psicoativas foi percebido devido, principalmente, ao fácil acesso e à presença frequente dessas drogas nas residências. Dentre as influências que aumentam o risco de uso de drogas por adolescentes destacam-se as atitudes e comportamentos dos pais, e outros membros da família, relacionados com drogas, assim como a história de uso e abuso de substâncias pelos pais (Connell et al., 2010). Diversos artigos, trazidos por Pasucha e Oliveira (2014), abordam que a primeira experimentação com álcool e tabaco ocorre na própria casa, oferecidos pelos familiares. Zappe (2014) também aponta que uma das características encontradas entre os estudantes que fazem uso de bebida alcoólica é possuir um familiar que faz uso excessivo de álcool. A autora descreve um estudo realizado com colegas e universitários paulistas onde aproximadamente 30% dos estudantes que bebiam possuíam algum parente com problemas relacionados à bebida.

Na pesquisa de Cerutti, Ramos e Argimon (2015), com uma amostra de 487 adolescentes, de um município do interior do Rio Grande do Sul, de escolas particulares e públicas, os dados revelaram que o álcool é a substância mais usada entre os participantes, e se o adolescente possuir algum parente que ingere bebida alcoólica diariamente, ele tem maior possibilidade de abusar e desenvolver o alcoolismo. Além disso, se já fez uso ou é usuário de alguma droga ilícita, tem grande chance de ser alcoolista. No que diz respeito ao uso de maconha, os dados apontaram que o participante do sexo masculino tem mais chances de ser dependente da substância e, se já experimentou ou faz uso de alguma outra droga

ilícita, apresenta maior possibilidade de abusar e ser dependente. Entretanto, se o usuário tiver um pai controlador, tem mais chance de não ser dependente da droga. Neste estudo o controle do pai também foi um fator protetor para a experimentação do tabaco. Já para a figura materna, os dados apontaram que uma mãe pouco afetiva tem maior chance de ter um filho dependente do tabaco e um fraco vínculo entre a mãe e o filho prediz traços de personalidade no filho que favorecem o uso de drogas. Práticas parentais que envolvem maus tratos foi um fator preditor para intoxicação por drogas psicoativas e relato de relacionamento negativo com a mãe foi preditor para uso precoce de álcool, segunda a investigação de Kaufman et al. (2007). Assim, pode-se entender que as influências da família vão muito além do comportamento dos pais de usar, ou não, drogas. O distanciamento afetivo dos pais ou uma permissividade maior, confundida por um excesso de afeto, e maus tratos, talvez confundindo com educação rígida, podem predizer um baixo controle do uso das substâncias e uma maior impulsividade na população adolescente.

Outro estudo brasileiro investigou, de forma qualitativa e descritiva, a percepção dos adolescentes acerca do álcool e outras drogas no âmbito familiar. A metodologia envolveu a realização de três encontros grupais com cinco adolescentes, entre 12 e 15 anos, vinculados a um centro de assistência social. Dentre os achados, os autores verificaram que a construção das crenças sobre álcool e drogas, e o maior contato desses adolescentes, aconteceram no seio da família e com os amigos. As construções sobre o tema se mostraram ambíguas, com definições de drogas como algo entre “o ruim e proibido”, mas que poderia também ser algo bom ou não causar danos. De maneira geral, todos referiram história familiar de problemas com o uso de substâncias psicoativas, e que o tema era tratado de forma obscura e velada, apesar de fazer parte da rotina da casa (Pereira et al., 2011).

Com relação às práticas parentais, existem pesquisas que focam nas relações entre essas práticas e uso de drogas, independentemente de qual figura assume a responsabilidade

pela educação da prole. Segundo o modelo teórico de Baumrind (1966) sobre os tipos de controle parental, práticas, ou estratégias educativas são definidas como estratégias de educação específicas utilizadas pelos pais em diferentes contextos, com o objetivo de suprimir comportamentos considerados inadequados ou de incentivar a ocorrência de comportamentos adequados. Já o conjunto das práticas educativas parentais, utilizadas com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos, e que cria um clima emocional em que se expressam os comportamentos dos pais, é definido como estilo parental (Gomide, 2006; Weber, Prado, Viezzer, & Brandenburg, 2004).

O conceito de estilo parental surgiu de estudos de observação de crianças em idade pré-escolar, onde Baumrind (1966) tentava identificar comportamentos dos pais associados a comportamentos competentes dos filhos e seus resultados mostraram que as crianças educadas por diferentes estilos de comportamento dos pais diferiam no grau de competência social. Assim, a autora propôs um modelo de classificação dos pais que leva em consideração o controle, a comunicação e o afeto: o autoritário (com maior controle, regras impostas e pouco apoio à criança); o permissivo (com pouco controle, poucas exigências e apoio forte); e o autoritativo (em que há controle e apoio, com regras fixas e incentivo à autonomia). Posteriormente Maccoby e Martin (1983) incluíram a ideia de duas dimensões nas práticas educativas dos pais, a exigência e a responsividade. A exigência parental inclui as atitudes que visam controlar e monitorar o comportamento dos filhos, impondo-lhes limites e estabelecendo regras. A responsividade refere-se às atitudes compreensivas do pais e que visam, por meio do apoio emocional e da boa comunicação, favorecer o desenvolvimento da autonomia dos filhos. A partir dessas dimensões houve o desdobramento do estilo permissivo, proposto por Baumrind (1966), em dois, o indulgente e o negligente, o que permitiu distinguir nas famílias que fazem uso de pouco controle uma variação do seu nível de responsividade. Assim, o modelo de Maccoby e Martin (1983) define quatro tipos de

estilos parentais: autoritativo, ou com autoridade (pais muito exigentes e envolvidos afetivamente com os filhos); negligente (pouco controle e pouco afeto); indulgente (muito afeto, mas estabelecem pouco controle) e autoritário (muita exigência e pouco afeto) (Cassoni, 2013; Weber et al., 2006).

Alguns autores, como Teixeira, Oliveira e Wottrich (2006), argumentam sobre a necessidade de se incluir outras dimensões de práticas parentais, capazes de contemplar mais experiências cotidianas de adolescentes brasileiros, e assim, refletir mais fielmente as práticas educativas adotadas pelos pais em nossa cultura. Os autores destacam a intrusividade (falta de respeito, por parte dos pais, e intromissão em aspectos da privacidade e intimidade dos adolescentes), apoio emocional (atitudes e comportamentos dos pais que demonstram disponibilidade para com os filhos, fazendo-os sentirem-se seguros emocionalmente), controle punitivo (atitudes e comportamentos dos pais que demonstram o exercício da autoridade através de práticas punitivas e da imposição de ideias e valores, embora as consequências da punição possam não ser abusivas), incentivo à autonomia (refere-se a atitudes e comportamentos dos pais que visam facilitar a conquista de independência psicológica dos adolescentes no âmbito das ideias e da tomada de decisões), supervisão do comportamento (atitudes e comportamentos dos pais que demonstram a supervisão dos comportamentos dos filhos buscando conhecer suas atividades ao invés de impor restrições explícitas) e cobrança de responsabilidade (refere-se a atitudes e comportamentos dos pais que buscam fazer com que o adolescente se conforme às regras sociais e tenha responsabilidade por aquilo que faz), como práticas que impactam diferentemente o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, e, por essa razão, merecem ser incluídas em um processo de avaliação de práticas parentais. Em seu estudo, os autores relatam que as práticas de controle punitivo e intrusividade mostraram-se negativamente correlacionadas com autoestima, autoeficácia e abertura emocional. No entanto, a supervisão

do comportamento, que também representa um controle dos pais sobre os filhos, não foi correlacionada com essas variáveis emocionais dos jovens. Já para cobrança de responsabilidade, estímulo à autonomia e apoio emocional foi encontrado um padrão de correlações positivas com autoestima, autoeficácia e abertura emocional, o que indica que estas variáveis estão associadas entre si, e além disso, tais práticas também estão relacionadas com a responsividade, que têm repercussões importantes no âmbito do desenvolvimento das competências interpessoais.

No contexto das drogas e práticas parentais, estudos têm encontrado repetidamente uma relação inversa entre o conhecimento dos pais sobre o paradeiro de seu filho, e uso de drogas por adolescentes. As principais práticas educativas negativas, ligadas ao risco do envolvimento dos adolescentes com substâncias psicoativas são, principalmente, falhar em estabelecer expectativas claras para o comportamento dos filhos; não monitorar o comportamento suficientemente; recompensar pouco e de forma inconsistente o comportamento desejável e punir excessiva e inconsistentemente o comportamento indesejável. Somam-se a esses fatores, a gestão exageradamente autoritária ou punitiva e a existência de conflitos familiares frequentes. As práticas parentais que podem ser destacadas como fatores de proteção envolvem clara desaprovação dos pais em relação ao uso de substâncias, estabelecer regras e limites claros e coerentes, monitorar o seu cumprimento, supervisionar o comportamento dos filhos, autoridade exercida com equilíbrio, modelos parentais saudáveis de comportamento, atividades de diversão ou de tomada de decisão em família, nas quais o indivíduo participa ativamente, percepção de apoio (por exemplo, percepção de confiança, compreensão, justiça e orgulho), possibilidade de pedir ajuda para os familiares, receber elogios e reconhecimento pelas próprias conquistas e a comunicação frequente entre os membros da família (Connell et al., 2010; Corrêa, 2014; Paiva & Ronzani, 2009; Wagner et al., 2010).

Em revisões sistemáticas da literatura sobre estilo parental e o uso de drogas, Becona et al. (2012), Paiva e Ronzani (2009) encontraram dados convergentes sobre a associação entre o estilo parental negligente e uso de substâncias e um estilo com autoridade, ou autoritativo, relacionado à menor utilização de substâncias psicoativas, legais e ilegais. Com relação aos estilos autoritário, indulgente e permissivo, os estudos publicados não permitiram concluir uma associação clara com maior ou menor uso de substâncias, o que pode ser devido ao fato de tais estilos parentais serem altamente dependentes da cultura. Partindo do princípio de que o estilo parental autoritativo protegeria os adolescentes do uso de drogas, e o estilo negligente seria um fator de risco, Weber et al. (2004), encontraram um panorama preocupante em seu estudo. Em uma amostra de 239 sujeitos brasileiros, entre 9 e 12 anos, e seus pais, encontrou a maioria dos pais agindo de forma considerada inadequada com seus filhos, com 45,4% de pais negligentes, 10,1% de autoritários e 11,8% de indulgentes, ou seja, 67,3% de pais não adotavam um estilo parental autoritativo, indicado como fator de proteção para uso de drogas.

Outro aspecto relevante sobre as influências familiares no uso de drogas estão as características da configuração familiar. Ao se analisar o perfil de um grupo de adolescentes em privação de liberdade, ou seja, aqueles que já se envolveram com riscos e sofrem graves consequências psicossociais, Nardi et al. (2014) constataram que mais da metade morava com a mãe (69,2%), porém apenas 28,7% deles moravam com o pai e 12,6% tinham a presença do padrasto, indicando que muitos deles viviam em famílias monoparentais, além disso, a maioria dos adolescentes tem algum familiar e algum amigo usuário de drogas. A mudança na configuração das famílias ao longo dos últimos anos ocorre de maneira generalizada em nossa cultura. O resultado do censo brasileiro de 2010 retrata que do total de domicílios, 65,3% eram formados por um casal de sexo diferente, e ao consideramos pai, mãe e filhos do casal esse número cai para 44,6% das famílias brasileiras. Percebe-se que

34,7% dos domicílios brasileiros é constituído por famílias não tradicionais, e mesmo nas famílias tradicionais onde há filhos, 8,4% possui prole de outros relacionamentos. Os netos dos responsáveis estavam presentes em 4,7% dos domicílios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2011).

Sobre os possíveis impactos da configuração familiar no uso de drogas por adolescentes, Wagner et al. (2010) citam estudos que apontam que adolescentes que possuem um arranjo familiar não tradicional, ou seja, diferente daquele com dois pais biológicos, relatam mais uso de substâncias psicoativas do que aqueles que vivem com ambos os pais. Viver em famílias com arranjos não tradicionais foi associado positivamente ao aumento das taxas de consumo de cigarros por dia, iniciação do tabagismo e elevados índices de sintomas característicos de abuso e dependência de substâncias, segundo critérios do DSM-IV. Várias explicações têm sido oferecidas para este fenômeno, dentre elas está a de que a presença de um único responsável diminui a capacidade de fornecer supervisão consistente o que acarreta menor acompanhamento de seus filhos, de modo que os jovens de famílias monoparentais têm mais oportunidades de experimentar e fazer uso de substâncias psicoativas, além de apresentar outros comportamentos delinquentes, em comparação com jovens de famílias com pai e mãe.

Entretanto, em seu trabalho de pesquisa longitudinal, os últimos autores obtiveram resultados conflitantes com os dados anteriormente levantados por eles. Em seu estudo com 1433 estudantes hispânicos/ latinos, com idade média de 14 anos, de escolas públicas de Los Angeles, EUA, a maioria (74%) relatou viver com ambos os pais, 15% relataram viver com uma mãe solteira, 2% com pai solteiro e 8% com nenhum dos pais. Viver com nenhum dos pais foi a única variável da estrutura familiar com resultados significativos para uso de drogas. As outras variáveis da estrutura familiar não tiveram um efeito direto sobre o uso de drogas, porém foram associados com características do funcionamento familiar. Viver com

apenas um dos pais estava associado com menos monitoramento e menos coesão familiar, sendo o baixo monitoramento, a única variável do funcionamento familiar associada com o uso de drogas no follow-up (Wagner et al., 2010).

No estudo observacional de Malta et al. (2011), com 60.973 escolares do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das 26 capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, os autores encontraram que 31,9% dos adolescentes residiam apenas com a mãe e 4,6% viviam apenas com o pai. Essa configuração indicou influência no comportamento de uso de drogas, pois, segundo os autores, residir com ambos os pais teve efeito protetor nos hábitos de fumar, beber e usar drogas. Além disto, a supervisão familiar também foi importante na prevenção destes hábitos. Práticas familiares, como fazer pelo menos uma refeição com pais ou responsáveis, cinco ou mais vezes por semana, e o fato de os pais ou responsáveis saberem o que os adolescentes fazem no tempo livre, nos últimos 30 dias, tiveram efeito protetor para o adolescente. Em uma revisão de literatura, Becona et al. (2012) encontraram indícios de que jovens de famílias com ambos os pais e de famílias monoparentais estariam menos propensos a usar álcool e outras substâncias, quando comparados a jovens de famílias adotivas. Em outra pesquisa, Trigueiros e Gonçalves (2015) utilizaram uma amostra de 588 sujeitos, entre 12 e 20 anos, de ambos os sexos, e as análises apontaram que 19% da amostra possuía família monoparental, porém a maioria dos consumidores de drogas vivia em um agregado familiar tradicional.

Pode-se observar muitos dados conflitantes acerca das influências da constituição familiar sobre o fenômeno das drogas. As diferentes pesquisas sugerem preocupação sobre possíveis implicações para as famílias monoparentais, principalmente quanto ao aumento da vulnerabilidade social e sobrecarga de papéis para a manutenção das funções que o grupo familiar assume, possivelmente impactando no nível de supervisão dos adolescentes, o que

tem influência mais direta sobre o uso de drogas. Fica evidente a necessidade de mais pesquisas nesse campo.

Fatores Individuais

Sexo

Guimarães, Hochgraf, Brasiliano e Ingberman (2009) conduziram uma revisão sistemática da literatura, com um recorte de gênero, sobre os aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas e descobriram que, em geral, o universo familiar dessa população é disfuncional, sendo que as meninas relatam maior índice de conflito familiar e reagem mais ao estresse emocional decorrente de brigas/discussões com os pais, ou a família em geral, quando comparadas aos meninos. O uso de ansiolíticos e hipnóticos entre as adolescentes mostrou-se extremamente vinculado ao uso desses medicamentos pelos pais, principalmente pelas mães, no caso das meninas. O mesmo vale para o uso de tabaco. Para meninas com pais separados, criadas somente pela mãe, ter uma boa relação com irmãs mais velhas parece diminuir o risco de envolvimento com drogas na adolescência, desde que essa irmã não faça uso de drogas.

Na revisão sistemática conduzida por Becona et al. (2012), alguns estudos apontaram variações nos efeitos dos estilos parentais sobre o uso da substância dependendo da coincidência, ou falta de coincidência, do sexo entre pais e filhos. Um dos dados aponta que para meninas, ter uma mãe com estilo parental autoritativo estava relacionado com níveis mais elevados de autocontrole, que é um fator de proteção contra uso de álcool. Os achados de Wagner et al. (2010) descrevem que o sexo feminino foi significativamente associado com maior acompanhamento dos pais e menos coesão familiar, o que pode se justificar por uma possível percepção das adolescentes de vigilância reforçada, o que pode potencializar algum ressentimento e conflitos dentro da família. Maior exigência de ambos os pais com as filhas, quando comparadas aos filhos também foi encontrada na pesquisa de Weber et al.

(2004). Já para as práticas parentais ligadas à aceitação das exigências dos filhos não foi encontrada diferença significativa entre os gêneros.

As diferenças entre os gêneros permeiam tanto as práticas parentais, quanto o envolvimento dos adolescentes com drogas. Dois estudos, um inglês e um brasileiro, apontam as diferenças de consumo entre os gêneros. Connell et al. (2010), trabalharam com 1236 sujeitos, com média de idade de 14,6 anos, de 10 escolas públicas inglesas, e verificaram que 43% dos garotos eram experimentadores de álcool contra 57% das garotas, entretanto, os meninos que se envolviam em níveis de uso de álcool semelhantes aos das meninas tendiam a fazê-lo dentro do contexto de uso ocasional de múltiplas substâncias. Entre as adolescentes do sexo feminino houve maior prevalência do uso de medicamentos de prescrição sem receita médica, quando comparadas aos adolescentes do sexo masculino. No estudo brasileiro, Malta et al. (2011), encontraram que, do total de 60.973 escolares do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas, meninas entre 13 a 15 anos tiveram maiores chances de consumirem regularmente álcool, e meninos tiveram maiores chances de usarem outras drogas, além disso, estudar em escola pública apresentou menor associação com uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Outro fator que chama a atenção é a maior supervisão para adolescentes do sexo feminino e piores consequências relativas ao uso de drogas acometendo o sexo masculino, que gozaria de maior liberdade, entretanto sofre mais consequências, com grande diferença na prevalência, conforme apontado por Duarte et al. (2009). Os dados apontam para a necessidade de se analisar as influências culturais e sociais nas práticas parentais para ambos os sexos e se pensar em ações que possam proteger com equidade os adolescentes.

Características de Personalidade, Psicopatologias e Envolvimento Religioso

Além do gênero, outras características individuais podem colocar o jovem em situação de risco para o uso de drogas. Dentre elas estão o nível pela busca por sensações e novidade, que seria uma tendência à atividade exploratória e à excitação frente a novos estímulos, comumente associadas a características de personalidade como impulsividade, curiosidade e distração; e a rebeldia, aqui tida como forte necessidade de independência e oposição às normas (Corrêa, 2014). Por outro lado, a busca por novidades e desafios às regras, nessa fase da vida, pode ser considerada um paradoxo, já que também podem favorecer o desenvolvimento psicossocial, à medida que a experimentação de riscos facilita as relações entre os pares e contribui para o desenvolvimento da autonomia (Zappe, 2014). Somam-se às características individuais a imaturidade; o comportamento desafiador; e a existência de crenças e valores favoráveis ao uso, incluindo a manifestação da intenção de fazer uso de drogas quando adulto (Corrêa, 2014; Swendsen et al., 2012). Por outro lado, perceber o uso de substâncias como mais prejudicial para a sua saúde, e ter conhecimento das consequências e formas de proteção colocam os adolescentes menos propensos a iniciar o uso (Connell et al., 2010; Zappe, 2014).

Sintomas psicopatológicos também podem atuar como fatores individuais que predis põem a riscos, sendo que muitos estudos têm avaliado essa relação entre comportamento de risco e sintomas psicopatológicos (Zappe, 2014). Quando abordamos a questão de transtornos por uso de substâncias psicoativas e transtorno mental várias pesquisas têm sido conduzidas ao longo dos últimos 30 anos; estima-se em 22,5% de prevalência para a associação entre transtorno mental e uso de substância. As principais comorbidades associadas ao uso de drogas são a esquizofrenia, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos do humor, transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade e transtornos da alimentação (Diehl & Souza, 2013). Adolescentes com sintomas

depressivos têm demonstrado uma consistência positiva e uma relação prospectiva com o início e a frequência de uso de substâncias, em geral, com o uso de cigarro e maconha, de maneira mais estrita (Connell et al., 2010).

O envolvimento religioso também se configura como fator de risco e proteção para uso de drogas. Quando está associado ao aumento do sentimento de culpa ou vergonha, à dependência e à inibição da criatividade, pode ser considerado fator de risco para o uso de drogas (Corrêa, 2014). Por outro lado, o envolvimento religioso possui um potencial preventivo, uma vez que está associado a aspectos positivos, como a esperança, a autoestima e o otimismo. A participação em grupos religiosos envolve fatores de proteção tanto individuais quanto comunitários, pois tende a fortalecer as redes de apoio social, auxiliar no ativismo comunitário e no engajamento em trabalhos voluntários, além de oferecer um código moral que impacta positivamente sobre o envolvimento em comportamentos de risco. (Corrêa, 2014; Zappe, 2014). Em um estudo norte-americano com meninas delinquentes institucionalizadas, entre 11 e 19 anos, a utilização de estratégia de enfrentamento religioso foi associada a um menor uso de substâncias psicoativas (Robertson, Xu, & Stripling, 2010).

Habilidades Sociais

O resultado de diferentes estudos tem demonstrado que um repertório adequado de habilidades sociais pode funcionar como fator individual protetor, uma vez que prejuízos nessas habilidades, principalmente dificuldade para rejeitar pedidos, expressar desagrado e discordância, podem levar os indivíduos a adotarem estratégias de enfrentamento disfuncionais, dificultando a resolução de problemas e as interações sociais, o que impacta diretamente na qualidade de vida e contribui para o surgimento de problemas típicos dessa fase do desenvolvimento, como o uso de drogas (Olaz, Medrano, & Cabanillas, 2011).

A aquisição de comportamentos sociais deriva de aprendizagem ao longo da vida, sendo o período da adolescência quando ocorrem as maiores demandas, devido à transição para novos grupos e contextos sociais, quando os comportamentos presentes nas interações deveriam contribuir para uma maior competência social. Estudos da década de 1980 já identificavam déficits entre estudantes universitários brasileiros, nas habilidades de recusar pedidos, discordar, contra-argumentar e defender suas próprias ideias. Tais déficits de habilidades sociais afetariam diretamente a qualidade de vida de jovens e adolescentes, pois estão diretamente ligados a problemas de timidez, ansiedade social, dificuldade na resolução de problemas, abuso de substâncias, fracasso escolar, transtorno de déficit de atenção e depressão (Olaz et al., 2011).

A promoção das habilidades sociais tem demonstrado efeitos positivos sobre as capacidades dos jovens não só para protegê-los do abuso de substâncias, mas também na construção de habilidades para adotar comportamentos saudáveis e fazer escolhas seguras de relacionamentos. Autoconfiança social, relacionamentos sociais positivos e assertividade são considerados necessários para uma transição bem sucedida para a vida adulta. Por outro lado, habilidades sociais deficitárias podem resultar em falta de comunicação ou isolamento social, porque os outros consideram seu comportamento estranho e impróprio. Tais inabilidades na comunicação com colegas e professores pode se manifestar como mecanismos destrutivos de enfrentamento, tais como comportamento antissocial, incluindo o uso de drogas (Vorobjov et al., 2014).

Em um estudo correlacional entre o uso de drogas e o nível das habilidades sociais, com 2460 estudantes de 15 e 16 anos, na Estônia, Vorobjov et al. (2014), descobriram que adolescentes com baixas habilidades sociais apresentaram maior uso na vida de todos os tipos de drogas, quando comparados com pares com altos níveis de habilidades sociais. Mais especificamente, alunos com habilidades sociais baixas foram significativamente mais

propensos a serem fumantes diários (37%) do que aqueles que têm maiores habilidades sociais (24%). Também, os alunos com menores habilidades sociais tendiam a ter começado a fumar mais jovens e a fazerem mais uso de maconha do que alunos com maiores habilidades sociais. Com relação ao álcool, habilidades sociais estiveram relacionadas principalmente com a frequência de uso, mas não com a experimentação do álcool. Os dados da pesquisa sugeriram ainda que, por volta dos 13-16 anos, o papel da família parece se tornar menos significativo do que as habilidades sociais pessoais dos alunos na prevenção de comportamentos de risco.

Caballo (2003) defende que o Treinamento em Habilidades Sociais (THS) é fundamental na abordagem dos problemas ligados a transtornos por consumo de substâncias psicoativas. O autor afirma que a função da substância deve ser suprida por comportamentos mais funcionais, já que o abuso de drogas pode estar servindo como um meio para enfrentar problemas da vida diária e/ou fortes pressões externas. As habilidades que mereceriam destaque, envolvidas nesse contexto de treinamento, seriam recusar drogas, estabelecer novas redes sociais, lidar com pressões, melhorar a comunicação e ser assertivo dentro do grupo, ou seja, habilidades ligadas à autoeficácia. Assim, estimular, ou treinar, características individuais que favoreçam o enfrentamento do problema, a autoimagem positiva, a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas, também atuam com fatores de proteção. Esses atributos denotam autoeficácia, autoconfiança, sentimentos de empatia, controle emocional e bom relacionamento com os pares, sendo todas qualidades que fazem parte das habilidades sociais (Schenker & Minayo, 2005).

Pode-se observar que existe um grande número de variáveis envolvidas no contexto das drogas. Entretanto, acredita-se que algumas características individuais podem ter destaque nessa relação e, quando fortalecidas, teriam potencial para atuarem como fatores

de proteção e influenciar positivamente os demais contextos. Dessa forma, serão destacadas duas características individuais com esse perfil: a perspectiva de tempo futuro e a autoeficácia.

Perspectiva de Tempo Futuro

A perspectiva de tempo futuro é uma teoria contemporânea que teve seu pleno desenvolvimento a partir de meados da década de 1980, principalmente pelas contribuições de autores como Nuttin e Lens. Ela traz para o campo da motivação uma dimensão de temporalidade, uma vez que focaliza a investigação nas influências que os objetivos/metasp orientados para o futuro cronológico exercem sobre os comportamentos que se observam no presente (Schmitt, 2010). Perspectiva de Tempo Futuro (PTF) tem sido conceituada como a antecipação no presente de metas futuras, ou seja, diz respeito ao grau e ao modo pelo qual o futuro cronológico de um indivíduo é integrado ao espaço de vida presente através de processos motivacionais, assim leva em consideração as crenças individuais em relação a objetivos temporalmente distantes (Carvalho, Pocinho, & Silva, 2010; Locatelli, Bzuneck, & Guimarães, 2007).

Estudos que investigam os planos dos adolescentes para o futuro apontam que os mesmos envolvem questões referentes à família, à preparação e atuação profissional, destacando-se a importância que eles atribuem à formação acadêmica para o seu futuro (Pratta & Santos, 2007). A família tem atuação direta na formação de expectativas quanto ao futuro, pois além de influenciar diretamente na aquisição de crenças e valores, participa da construção dos planos de vida que o adolescente define para si, o que pode ser explicado pelo fato de que, normalmente, é no seio da organização familiar que o projeto pessoal tem início e é dela que o jovem vai sair em busca da realização de seus sonhos e objetivos. Portanto, os adolescentes apresentam projetos de vida que remetem a questões comuns que,

de certa forma, se repetem de uma geração para outra, como os planos envolvendo a formação da família e o campo profissional (Schmitt, 2010).

Essa teoria tem sido muito investigada no contexto escolar e a literatura tem demonstrado, particularmente em relação a adolescentes, que perceber um comportamento presente como meio ou instrumento para se atingir objetivos localizados num futuro próximo ou distante pode despertar e manter a motivação escolar. A perspectiva de tempo futuro longa influencia positivamente os esforços dos alunos nas tarefas presentes, a atitude positiva em relação ao próprio futuro e a percepção dos estudos enquanto instrumento para alcançar metas futuras maiores (Locatelli et al., 2007). Contudo a PTF pode ser aplicada em diversos contextos, pois percebe-se que as pessoas que dispõem de objetivos orientados para o futuro em longo prazo possuem maiores condições de transformar seus desejos em ações, desenvolvendo estruturas de comportamento mais sólidas, mais duradouras e mais equilibradas. Essa perspectiva possui um aspecto cognitivo, que se relaciona à antecipação do futuro, ao planejamento e ao grau de utilidade das tarefas presentes, e um aspecto dinâmico, que refere-se à intensidade com que se valorizam as metas futuras (Schmitt, 2010).

Em contextos ligados à saúde, a PTF atua como fator protetor no uso de maconha e está relacionada à diminuição de comportamentos de risco para o uso de outras drogas, tabaco e álcool. Além disso, participa do aumento nos comportamentos positivos vinculados ao uso do cinto de segurança, comportamentos sexuais e exercício físico (Carvalho et al., 2010). Assim, o modo como os adolescentes se relacionam com a PTF está associado com o engajamento em comportamentos de risco, tais como uso de drogas, e por isso, tal construto tem sido considerado um importante fator de proteção ao desenvolvimento saudável na adolescência, pois pensar sobre o futuro motiva o comportamento cotidiano e influencia as escolhas, decisões e atividades que afetarão a realização futura (Zappe, Moura Jr., Dell’Aglia, & Sarriera, 2013).

As crenças ou orientações em relação ao futuro também impactam o processo de autocontrole, em especial da capacidade de adiar gratificação, pois o adiamento da gratificação implica pensar em consequências dos comportamentos ao longo do tempo, vinculados a uma PTF, acarretando influência no comportamento atual (Carvalho et al., 2010). Romer et al. (2010) conduziram um estudo observacional com a intenção de relacionar as variáveis busca de sensações, atraso de gratificação, perspectiva de tempo futuro e uso de drogas com 900 jovens de 14 a 22 anos, nos EUA. Os resultados revelam que com o aumento da idade, a busca por sensações cresce para em seguida diminuir, enquanto a PTF apresenta uma curva de crescimento constante e a capacidade de adiar gratificações revelou uma tendência positiva, mas não significativa, em aumentar de acordo com o aumento da idade dos sujeitos. A capacidade em adiar gratificação, segundo os autores, foi capaz de restringir o uso de álcool, tabaco e maconha, mesmo em adolescentes mais jovens. Uma correlação significativa entre as variáveis apontou que a PTF influencia no atraso de gratificação, e como a capacidade de adiar a gratificação é uma importante fonte de autocontrole, adolescentes que possuem PTF mais elevadas estão mais propensos a valorizar consequências a longo prazo de suas ações e ter um melhor autocontrole. No entanto, a PTF não foi diretamente relacionada ao uso de drogas além da sua relação com atraso de gratificação.

Autoeficácia

Se por um lado ter crenças e perspectivas positivas com relação ao futuro atuam como fator de proteção para o uso de drogas, agindo na capacidade de adiar gratificação e no autocontrole, ter esse padrão com relação à sua própria capacidade de realizar determinada atividade com sucesso, também produz esse efeito. A ideia de que os indivíduos criam e desenvolvem percepções sobre si mesmo, e as utilizam como instrumentos para os objetivos que perseguem e como meio de controle sobre o próprio ambiente, foi denominada por

Bandura, na década de 1970, como autoeficácia, que é um dos principais conceitos no âmbito da Teoria da Cognição Social. Segundo esta teoria, as crenças de autoeficácia atuam como um mecanismo regulador da ação humana, influenciando a capacidade de estabelecer metas, executar planos de ação, tomar decisões e autoavaliar o comportamento, isso porque a autoeficácia se refere à convicção pessoal do sujeito, acerca de sua capacidade para planejar e executar com sucesso uma tarefa específica e alcançar o resultado desejado (Bandura, 1977; Borges & Barletta, 2015; Freire & Oliveira, 2011; Sbicigo, Teixeira, Dias, & Dell’Aglío, 2012). Autoeficácia tem apresentado função reguladora sobre outros fenômenos humanos subjetivos, como a motivação, o bem-estar e as realizações pessoais, sendo que em adolescentes aparece associada a sentimentos de bem-estar quando são capazes de tomar decisões sobre se envolver menos em uso de álcool e, conseqüentemente, se sentem mais capazes de alcançar sucesso com os resultados dessas decisões (Freitas, 2011; McKay, Sumnall, Cole1, & Percy, 2012).

Os julgamentos pessoais sobre uma capacidade podem variar em diferentes áreas, níveis de exigência e circunstâncias propostas pela tarefa. Mais especificamente, a autoeficácia tem sido reconhecida como um mediador do desempenho em tarefas futuras, constituindo um forte preditor de comportamentos preventivos e de melhoria da saúde, sendo utilizada em programas de educação para a saúde (Borges & Barletta, 2015). Isso se dá devido à influência da autoeficácia sobre a definição de objetivos pessoais, sobre a escolha de quais caminhos seguir, na determinação do quanto perseverar quando há obstáculos e quanto esforço empenhar na dedicação a uma tarefa, ou seja, as crenças de autoeficácia tornam o indivíduo mais resiliente, atuando como fator de proteção em situações adversas. Dentro do conceito de autoeficácia se destaca a eficácia autorregulatória, associada primariamente a muitas áreas do funcionamento humano, e que implica em cumprir

determinadas tarefas regularmente, mesmo sob diferentes impedimentos (Bandura, 1977; Freitas, 2011).

No envolvimento com substâncias psicoativas o papel da autoeficácia é multifacetado e utilizado para denominar o enfrentamento ao uso de drogas (*coping self-efficacy*), se referindo à capacidade de lidar com situações específicas, como ser assertivo com amigos ou buscar ajuda quando estiver ansioso, ao invés de usar drogas (Freire & Oliveira, 2011). O papel da autoeficácia em comportamentos de risco ligados ao consumo de álcool, tem indicado que a avaliação deste construto é válida como preditor de consumo ou recusa de álcool (Sbicigo et al., 2012). Alguns estudos também relatam que os indivíduos com baixa autoeficácia para tarefas acadêmicas estavam em maior risco de envolvimento em atividades desviantes, e estas, por sua vez, influenciam negativamente o desempenho acadêmico, que pode ser fator de risco para uso de substâncias psicoativas. Além disso, os adolescentes que têm um alto senso de autoeficácia acadêmica são mais propensos a serem pró-sociais (McKay e al., 2012).

Com relação ao álcool, especificamente, algumas pesquisas têm investigado como a confiança situacional em recusar o álcool atua na adolescência. Connor et al. (2011) conduziram um estudo longitudinal para avaliar o papel das crenças sobre as consequências de se ingerir álcool e da autoeficácia no comportamento de beber em sujeitos no início da adolescência, na Austrália. Os resultados revelaram que uma baixa confiança na própria capacidade em resistir a oferta de álcool em contextos específicos, foi um preditor do abuso do álcool emergente no início da adolescência. As expectativas sobre consequências desejáveis decorrentes do consumo de bebida podem comprometer a recusa, mas não atuam diretamente nesse comportamento.

Um estudo conduzido em Portugal, com a intenção de compreender de que maneira os níveis de autoeficácia eram impactados pelas variáveis biográficas (idade, gênero), enquadramento familiar e padrão de consumo de drogas (sujeitos com história de consumo e sujeitos não consumidores), utilizou uma amostra de 588 sujeitos de 12 a 20 anos, de ambos os sexos. A análise descritiva dos dados revelou que 19% da amostra possuía família monoparental e que 77% era não consumidora de drogas. Com relação aos níveis de autoeficácia, a média dos jovens foi mais elevada entre os 12 e os 16 anos, quando comparada com sujeitos mais velhos, de 17 e 20 anos. Na população investigada, as mulheres foram mais autoeficazes que os homens, e eles tiveram maior consumo de drogas. Entretanto, no grupo de consumidores, haviam mais mulheres, apesar de elas consumirem drogas com menos frequência. De maneira geral, a autoeficácia nos sujeitos não consumidores foi superior aos valores observados nos consumidores. Para a variável constituição familiar, aqueles que possuíam famílias tradicionais se mostraram mais autoeficazes do que aqueles provenientes de famílias monoparentais, entretanto, a maioria dos consumidores possuía um agregado familiar tradicional (Trigueiros & Gonçalves, 2015). Os dados trazem pontos conflitantes, pois se a autoeficácia daqueles com famílias tradicionais é maior e se não consumidores também possuem autoeficácia superior, poderíamos prever que o uso de drogas seria menor em famílias tradicionais, o que não foi verdadeiro para essa pesquisa. Também para questão do gênero, a medida de autoeficácia, não foi indicativa de proteção ao uso de drogas. Com relação à diminuição dos níveis de autoeficácia com o avançar da idade, uma possível explicação poderia ser a de que quando os adolescentes ainda estão sob a proibição legal do consumo de substâncias psicoativas, eles possuiriam mais confiança na própria capacidade de recusar a oferta dessas substâncias, já em idades mais avançadas, quando não há ilegalidade no comportamento de consumo de álcool e tabaco e ocorre um aumento no envolvimento em contextos que propiciam o uso de

drogas, como festas por exemplo, possivelmente aconteceria uma pressão maior dos pares e os índices de autoeficácia decresceriam.

Com o intuito de avaliar de que maneira a autoeficácia e a autoestima se relacionam com o comportamento de beber, um estudo conduzido na Irlanda do Norte, com adolescentes entre 11 e 16 anos, levantou que do total de 4088 sujeitos 34,2% foram classificados como abstinentes, 47,8% como bebedores não problemáticos e 18% como bebedores problemáticos. Com relação às diferenças entre os gêneros, os garotos tinham maior autoeficácia emocional do que as participantes do sexo feminino. Os dados também corroboram a tendência local de as meninas estarem mais propensas ao comportamento de beber de forma problemática do que os meninos. Na comparação entre os grupos, com relação à bebida, os classificados como bebedores não problemáticos tiveram maior pontuação em autoeficácia acadêmica e autoeficácia emocional, quando comparados aos bebedores problemáticos, porém isso não ocorreu para autoeficácia social. O fato de a maior autoeficácia social, e não a baixa, estar relacionada ao comportamento de beber problemático levanta questionamentos sobre uma socialização disfuncional entre os adolescentes, já que o álcool pode estar sendo usado como propulsor para comportamentos em uma situação social. A baixa autoestima, menor autoeficácia acadêmica e emocional e maior autoeficácia social foram preditores significativos de beber problemático, principalmente quando comparados com os abstêmios. Baixa autoeficácia acadêmica foi o mais forte preditor para os membros do grupo de bebedores problemáticos, o que apoia a conclusão de outros estudos que sugerem que a baixa autoeficácia acadêmica pode identificar adolescentes que estão em risco de futuro uso de substâncias (McKay et al., 2012).

Um estudo brasileiro também aponta dados conflitantes com relação a autoeficácia e proteção para comportamentos de risco. Zappe e Dell'Aglio (2016), encontraram em uma amostra de 1332 adolescentes, dados que apontam que um elevado nível de autoeficácia

estava associado com alto engajamento em comportamentos de risco, o que inclui uso de substâncias psicoativas. As autoras apontam como possível explicação o fato de que indivíduos com autoeficácia elevada tendem a estabelecer objetivos mais complexos e desafiadores e a explorar mais o ambiente, o que os predispõe a um maior engajamento em comportamentos de risco. Tal engajamento pode ainda ser percebido como uma oportunidade de aprender com a experiência, além de favorecer a interação entre pares, o que pode gerar uma crença na capacidade de aprender e se relacionar com os outros e, conseqüentemente, o aumento da autoeficácia.

Os dados das pesquisas apontam que a habilidade da autoeficácia precisa ser melhor investigada enquanto fator de risco ou proteção para o uso de drogas. Talvez para promoção de fatores de proteção a medida de autoeficácia deva ser trabalhada de maneira segmentada, visando melhorar a autoeficácia acadêmica e emocional, com foco diferencial para a autoeficácia social. Possivelmente incluir medidas de assertividade, para mediar as questões sociais com maior êxito e menor conseqüências negativas, como o envolvimento em comportamentos de risco, seja mais prudente.

Entre os vários estudos que identificam fatores de risco e proteção para engajamento no uso de drogas na adolescência, poucos abordam diversos tipos de comportamentos simultaneamente, da mesma forma que poucos abordam simultaneamente diferentes fatores pessoais e contextuais (Connell et al., 2010; Malta et al., 2011; Nardi et al., 2014; Romer et al., 2010; Zappe & Dell’Aglío, 2016). Isto seria relevante, já que eles interagem de forma complexa em um processo que envolve indivíduos, famílias e comunidades (Zappe e Dell’Aglío, 2016). Frente a essa realidade, considera-se importante compreender de que maneira o consumo de drogas está associado às variáveis sexo, práticas parentais, autoeficácia e perspectiva de tempo futuro, a fim contribuir com trabalhos de prevenção e promoção da saúde de adolescentes e suas famílias.

CAPÍTULO 3

Justificativa, Objetivos e Questões Norteadoras

Justificativa

De forma isolada, observamos que todos os ambientes podem contribuir para uso de drogas, atuando como fator de risco ou proteção, na população adolescente. Maior ênfase foi dada ao contexto da família e aos fatores individuais, em especial sexo, práticas parentais, perspectiva de tempo futuro e autoeficácia devido à importância que tais variáveis assumem, com potencial de influenciar todos os outros contextos: escolar, pares e na comunidade. Se tais variáveis forem bem compreendidas, em especial suas relações com o uso de drogas, trazem a possibilidade de investimento em ações para potencializar a atuação da família enquanto promotora de proteção aos adolescentes, haja visto que sua atuação se dá como transmissora de pautas de afeto, limites, autonomia, planos para o futuro e crenças sobre si mesmo, o que reflete no desenvolvimento global dos adolescentes. E para tanto, é preciso investigar de forma mais detalhada todas essas variáveis simultaneamente.

A compreensão sobre as diferenças entre os gêneros também se mostra relevante, já que meninos e meninas são tratados e fornecem respostas diferentes em cada variação do ambiente, inclusive das variações das características familiares. Tem-se percebido maior controle com relação às meninas, entretanto, as pesquisas sugerem que há mais meninas consumidoras de álcool do que meninos, o que nos faz supor a necessidade de intervenção diferenciada, principalmente porque os meninos evoluem para um padrão de abuso e consumo de múltiplas drogas, mais do que as meninas, e sofrem mais as consequências negativas por esse uso. Dessa forma, estudos e ações que visam intervir no ambiente familiar, com o intuito de fortalecer as famílias e proteger os adolescentes do uso de drogas, devem considerar práticas diferenciadas para um resultado mais efetivo dentro das variações existentes.

Nessa perspectiva, a relevância desta pesquisa justifica-se em face da necessidade de se adentrar a problemática e complexidade que envolve fatores de risco e proteção para o uso de drogas, em especial, pela potencial contribuição que a compreensão das relações envolvidas neste universo pode favorecer futuras intervenções em diferentes níveis. Assim, do ponto de vista social, a relevância desta pesquisa consiste na centralidade que a família tem no desenvolvimento global de crianças e adolescentes e na formação de uma sociedade com hábitos saudáveis. As práticas parentais podem se configurar de modo ambíguo, tanto podem atuar como fatores de risco quanto fatores de proteção, no caso desta pesquisa, para uso de drogas. Neste sentido, compreender a influência das diferentes práticas parentais sobre o uso de drogas, além da contribuição dessas práticas na formação de características individuais com potencial protetivo para as drogas, com destaque para a autoeficácia e a perspectiva de tempo futuro, pode permitir o planejamento de ações mais efetivas e particulares no contexto familiar, funcionando como ação preventiva contra o uso de entorpecentes. Além disso, aprofundar o conhecimento sobre o impacto da autoeficácia e perspectiva de tempo futuro sobre o uso e abuso de drogas, pode lançar luz sobre possibilidades de ações preventivas para fortalecer tais habilidades, nos diferentes contextos onde há a inserção de crianças e adolescentes. Vale ainda ressaltar a relevância de um olhar para as possíveis diferenças entre os sexos, na forma como cada um é impactado e responde às variáveis destacadas, o que tem se mostrado fundamental, haja visto as particularidades que o gênero tem demonstrado nos processos de desenvolvimento e aprendizagem.

Do ponto de vista acadêmico esta pesquisa justifica-se pelo fato de haver carência de conclusões, e mesmo dados conflitantes, acerca das diferenças entre os gêneros, e da identificação de quais práticas parentais tem maior impacto, com relação às influências no uso de drogas por adolescentes. Para a variável autoeficácia, em especial, há dados conflitantes sobre seu valor como fator de risco ou de proteção para o uso de drogas. Ainda

há a questão de que entre os vários estudos que identificam fatores de risco e proteção para engajamento no uso de drogas na adolescência, poucos abordam diversos tipos de comportamentos simultaneamente. Além disso, gerar dados fidedignos que possam embasar o desenvolvimento de intervenções com potencial para gerar mudanças efetivas e fornecer resultados sugestivos sobre a etiologia e/ou os determinantes do fenômeno das drogas, também possui significativa relevância acadêmica.

Questões de Estudo

Tendo como referência a contextualização descrita e com base no aporte teórico-metodológico já mencionado, esta pesquisa tem como questões de estudo:

1. Qual o padrão de uso de drogas desses adolescentes?
2. Como se configuram as principais práticas parentais, perspectiva de tempo futuro e autoeficácia dos adolescentes?
3. Existem associações entre o uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas e: sexo, práticas parentais, perspectiva de tempo futuro, autoeficácia?

Objetivos

Objetivo Geral

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo geral descrever as relações entre uso de álcool e outras drogas, sexo, práticas parentais, autoeficácia e perspectiva de tempo futuro.

Objetivos Específicos

Para o alcance desse objetivo geral, tem-se os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar o padrão de uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas na amostra;
2. Descrever as práticas parentais adotadas pelas famílias dos sujeitos; descrever a autoeficácia e os planos para o futuro dos adolescentes;
3. Analisar as relações entre sexo e o padrão de uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas;

4. Analisar as relações das práticas parentais entre o padrão de uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas;
5. Analisar as relações da autoeficácia entre uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas;
6. Analisar as relações dos planos para o futuro entre uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas.

CAPÍTULO 4

Método

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo correlacional, que não pretende estabelecer relações de causalidade, mas sim examinar associações entre as variáveis. Também se enquadra na categoria de pesquisa quantitativa, com levantamento de dados mediante a aplicação de um questionário do tipo *survey* e utilização de modelos estatísticos para explicar os dados (Kazdin, 2002).

Participantes

A amostra foi composta de 698 sujeitos, alunos da rede pública de ensino, de ambos os sexos, provenientes de oito escolas do Distrito Federal, das regiões de Samambaia, Ceilândia, Sobradinho e Paranoá, e uma escola de Goiânia, GO, cursando do 6º ao 9º ano do ensino fundamental, com idade entre 10 e 15 anos.

Para participação no estudo, os critérios de inclusão para os alunos foram: cursar do 6º ao 9º ano do ensino fundamental, não ter o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) passivo, indicando discordância dos pais, assinado pelos pais/ responsáveis (Anexo A) e manifestar concordância em participar do estudo. Foram critérios de exclusão: ter o TCLE passivo, indicando discordância dos pais, assinado pelos pais/ responsáveis e manifestar desacordo em participar da pesquisa. A seleção dos participantes foi por conveniência.

Instrumento

O questionário utilizado neste estudo integra o projeto de avaliação da efetividade do Programa Famílias Fortes (Murta et al., 2015), versão adaptada para o Brasil, e se constitui de partes de instrumentos utilizados em estudos anteriores e da criação de itens próprios. Ele

foi denominado “Questionário sobre saúde e vida escolar” (Anexo B) e contém 58 questões que avaliam características sociodemográficas; padrão de uso e problemas decorrentes do uso de drogas; comportamento antissocial e pró-social; práticas parentais; habilidades de autocontrole; habilidades sociais assertivas e de autoeficácia; perspectiva de tempo futuro; evasão escolar, engajamento escolar e desempenho escolar; participação em grupo de pares, práticas sociais, culturais e esportivas, e gravidez precoce. A aplicação foi coletiva, em sala de aula, e gastou aproximadamente 45 minutos, com cada turma, contando com as instruções e preenchimento do questionário.

Serão descritos, a seguir, apenas as questões que avaliam as variáveis de interesse deste estudo: dados sociodemográficos, padrão de uso de drogas, práticas parentais, autoeficácia e perspectiva de tempo futuro.

Padrão de uso de drogas e características sociodemográficas

Essas variáveis são avaliadas pelas questões 16 a 40 e 53 a 58 no questionário e derivam de um instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde (Smart et al., 1980) e adaptado para a população brasileira por Carlini-Cotrim, Carlini, Silva-Filho e Barbosa (1989), já utilizado em estudos epidemiológicos nacionais acerca do uso de drogas em adolescentes (Carlini et al., 2010). Além dos seis itens que levaram os dados sociodemográficos dos sujeitos (idade, sexo, escolaridade, pessoas que residem na mesma casa, escolaridade materna e recebimento de bolsa família) foram utilizadas 24 questões que avaliam o uso de álcool, tabaco, maconha, cocaína, inalantes e crack/merla. Os parâmetros de uso avaliados serão: idade de início do consumo de álcool, uso na vida, uso no ano, uso no mês e uso pesado de álcool (*binge*).

Práticas parentais

As práticas parentais estão sendo avaliadas pela questão de número 15, composta de 27 itens, em escala tipo Likert de 5 pontos - variando de “nunca” (1) a “sempre” (5). Para

esta questão foi utilizada a Escala de Práticas Parentais – EPP, de Teixeira, Oliveira e Wottrich (2006); que é um instrumento de autorrelato, direcionado para adolescentes, que objetiva avaliar dimensões de práticas educativas parentais em relação aos adolescentes. Está organizada em 6 dimensões de práticas educativas parentais, sendo elas: controle punitivo (alpha de Cronbach = 0,678; por exemplo, *Me proíbe de fazer algo que gosto quando eu faço alguma coisa errada*), supervisão do comportamento (alpha de Cronbach = 0,721; por exemplo, *Procura saber aonde vou quando saio de casa*), cobrança de responsabilidade (alpha de Cronbach = 0,682; por exemplo, *Exige que eu vá bem na escola*), intrusividade (alpha de Cronbach = 0,788; por exemplo, *Dá palpite em tudo que eu faço*), apoio emocional (alpha de Cronbach = 0,868; por exemplo, *Encontra um tempo para estar comigo e fazermos juntos algo agradável*) e incentivo à autonomia (alpha de Cronbach = 0,623; por exemplo, *Me estimula para que eu tome decisões por conta própria*).

Autoeficácia

Essa variável é medida pela questão quatro do questionário da pesquisa, com itens respondidos em escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de “com certeza eu não consigo fazer isso” (1) a “com certeza eu consigo fazer isso” (5). Foi utilizada como base para as questões a escala de Autoeficácia para Crianças CSES-Br, versão adaptada para o Brasil da Children’s Self-Efficacy Scale, de autoria de Bandura. A versão brasileira foi adaptada por Freitas (2011). A versão utilizada neste estudo contém 16 itens, sendo que alguns foram retirados do instrumento original, devido às adaptações semântica e cultural, relativos aos fatores: aprendizagem autorregulada (8 itens, por exemplo: *estudar mesmo quando há outras coisas interessantes para fazer*) retirou-se 2 itens do original (*organizar minha vida escolar e escolher um lugar sem distrações para estudar*); eficácia autoassertiva (4 itens, por exemplo: *manter-me firme com alguém que está pedindo para que eu faça alguma coisa absurda ou inconveniente*) e autoeficácia para conseguir suporte parental (3 itens, por

exemplo: *pedir aos meus pais, ou responsáveis, que me ajudem com um problema*), retirou-se 1 item do original (*Pedir a pessoas da comunidade para que colaborem com a minha escola, por exemplo: associações, igrejas*). No estudo de Murta et al. (2015) o alfa de Cronbach para estes fatores foram, respectivamente, 0,81; 0,64 e 0,69.

Perspectiva de tempo futuro

A perspectiva de tempo futuro foi avaliada pela questão de número nove e foi extraída do questionário do SPACE (Sistema Permanente de Avaliação da Educação Básica) do estado do Ceará (<http://www.spaece.caedufjf.net/o-programa/>) e indaga a criança/adolescente sobre o que pretende fazer quando terminar o ensino médio. O sujeito assinala uma das alternativas: (a) fazer faculdade, (b) fazer curso técnico, (c) apenas trabalhar, (d) tenho outros planos (quais planos?) ou (e) ainda não sei.

Procedimento de Coleta de Dados

Como este trabalho faz uso de parte da amostra do projeto de pesquisa de Murta et al. (2015), os procedimentos éticos também dizem respeito a ele. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB), segundo recomendação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para autorização acerca da realização do estudo.

A seleção da amostra das escolas se deu por conveniência, a partir do contato da pesquisadora ou de algum membro da equipe de pesquisa, com as regionais de ensino e as direções das escolas. A partir da autorização das regionais de ensino, no caso do Distrito Federal, foram combinados encontros com os diretores das escolas para explicação do projeto, agendamento da aplicação dos questionários, e entrega dos TCLEs passivos, que deveriam ser entregues aos alunos, para que estes, posteriormente, repassassem aos pais/responsáveis. Com a aderência da direção à pesquisa, cada diretor selecionou as turmas com disponibilidade em ceder uma aula para aplicação do questionário nos alunos, definiu a data

de ocorrência da coleta de dados, repassou aos estudantes as explicações e o pedido de participação no estudo, e distribuiu os TCLEs passivo aos alunos, que então, repassaram aos pais/ responsáveis, antes da ocorrência da coleta de dados.

Na ocasião da aplicação do questionário, em cada turma, foi utilizado o termo de assentimento oral para as crianças e adolescentes, sendo que o pesquisador apresentou novamente as características da pesquisa, em linguagem clara e acessível aos estudantes, e questionou a concordância dos alunos em participar do estudo. O pesquisador também verificou se algum sujeito tinha o TCLE passivo assinado pelo pai/ responsável. Nos casos em que foi apresentado o TCLE passivo assinado, indicando discordância dos pais, não houve participação do aluno na pesquisa. Além disso, cada pesquisador disponibilizou, para todos os alunos, os contatos do responsável pelo estudo, para posterior acesso, caso desejassem, forneceu as instruções necessárias para o preenchimento do questionário e procedeu com a aplicação.

Análise de Dados

O tratamento estatístico dos dados foi feito com o programa SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22, para Windows, mediante o uso de técnicas descritivas e inferenciais pertinentes aos objetivos do estudo. Para medir as associações foram utilizados o teste não paramétrico Qui Quadrado (χ^2), na avaliação entre as variáveis qualitativas, e o teste *t*-Student (*t*) para comparar médias de amostras independentes. O teste Qui Quadrado (χ^2) foi escolhido para analisar as associações entre uso de drogas e sexo e entre uso de drogas e planos para o futuro pois as variáveis em questão são nominais e o método permite comparar proporções, ou seja, verifica se a frequência com que um determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado. Já o teste *t*-Student (*t*) foi utilizado para analisar as associações entre uso de drogas e práticas parentais e entre uso de drogas e autoeficácia por

ser um método muito utilizado na avaliação de diferenças significativas entre as médias de dois grupos, no caso desta dissertação, respostas não e sim para uso de drogas (Dancey & Reidy, 2006).

Manteve-se como referência o nível de significância estatística de 5%. Os itens com falta de resposta (*missing*) não foram incluídos nos cálculos específicos do dado faltante. Foram calculadas estatísticas descritivas, médias, medianas, desvios padrão, porcentagens e valores máximo e mínimo para as variáveis contínuas.

CAPÍTULO 5

Resultados

A apresentação dos resultados está dividida em tópicos, iniciando pela caracterização sociodemográfica da amostra. Em seguida, estão apresentadas as análises descritivas das variáveis uso de drogas lícitas (álcool e cigarro), drogas ilícitas (inalantes, maconha, cocaína e crack/merla), práticas parentais, autoeficácia e planos para o futuro. Por fim, constam as análises das associações entre o uso de drogas e sexo, práticas parentais, autoeficácia e planos para o futuro.

Características da Amostra

Participaram do estudo 698 estudantes, sendo 381 meninas (54,6%), 306 meninos (43,8%) e 11 (1,6%) que não informaram o sexo. Os participantes tinham entre 10 e 15 anos de idade, com média etária de 12,72 anos ($DP= 1,17$). As demais características dos participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Dados sociodemográficos da amostra global (N = 698).

Variáveis	Respostas	n	Freq (%)
Escolaridade	6º	199	28,6%
	7º	243	34,9%
	8º	112	16,1%
	9º	132	19,0%
	<i>Missing</i>	10	1,4%
Pessoas que moram com o sujeito	Pai	409	58,8%
	Padrasto	89	12,8%
	Mãe	618	88,8%
	Madrasta	14	2,0%
	Irmãos	524	75,3%
	Avós	122	17,5%
	Outros (tios, primos, sobrinhos, cunhados, namorado)	104	14,9%

Escolaridade Materna	Nunca estudou	11	1,6%
	Não completou o 5º ano	39	5,6%
	Completou o 5º ano, mas não completou o 9º ano	57	8,2%
	Completou o 9º ano, mas não completou o Ensino Médio	59	8,5%
	Completou o Ensino Médio, mas não completou a Faculdade	186	26,7%
	Completou Curso Técnico - Profissionalizante	37	5,3%
	Completou a Faculdade	125	18%
	Não sabiam informar	165	23,7%
<i>Missing</i>	17	2,4%	
Recebem Bolsa Família	Não	405	58,2%
	Sim	173	24,9%
	Não sabiam informar	111	15,9%
	<i>Missing</i>	7	0,9%

Os dados revelaram que a maioria dos participantes cursava o 6º (28,5%) e o 7º (34,8%) ano do ensino fundamental. Quando se observam os percentuais de membros da família que viviam junto com o adolescente, percebe-se que a presença materna acontecia em 88,8% dos casos. Por outro lado, pode-se observar que 58,8% dos adolescentes moravam com o pai e 12,8% tinham a presença do padrasto. Os avós estavam presentes em 122 residências (17,50%) e outros membros da família em 104 (14,9%) casos. A maioria das mães dos estudantes completou o ensino médio, mas não concluiu a faculdade (26,70%) e as famílias de 58,20% não recebiam bolsa família.

Padrão do Uso de Drogas

Álcool

Com relação ao início do uso de álcool entre os participantes da amostra, a média de idade para o primeiro consumo foi de 11,58 anos ($DP = 1,98$), com variação de 6 anos para idade mínima e 15 anos para idade máxima (mediana 12 anos).

Tabela 2*Distribuição dos participantes de acordo com o consumo de bebida alcoólica*

Ingestão de Bebida Alcoólica	Respostas	Total
Uso de Álcool na Vida	Não	356 (52,4%)
	Sim	323 (47,6%)
Uso de Álcool no último Ano	Não	461 (67,9%)
	Sim	218 (32,1%)
Uso de Álcool no último Mês	Não	581 (84,9%)
	Sim, de 1 a 5 dias no mês	70 (10,2%)
	Sim, de 6 a 19 dias no mês	11 (1,6%)
	Sim, 20 dias ou mais no mês	14 (2%)
Ocorrência de <i>Binge</i> alcoólico na Vida	Não	587 (85,8%)
	Sim	97 (14,2%)
Ocorrência de <i>Binge</i> alcoólico no último Ano	Não	585 (86,7%)
	Sim	90 (13,3%)
Ocorrência de <i>Binge</i> alcoólico no último Mês	Não	577 (84,2%)
	1 vez	39 (5,7%)
	2 vezes	29 (4,2%)
	3 a 5 vezes	16 (2,3%)
	Mais de 5 vezes	17 (2,5%)

A Tabela 2 resume o padrão de ingestão de álcool entre os participantes e aponta que quase a metade (47,6%) já experimentou bebida alcoólica, 32,1% beberam nos últimos 12 meses e 15,1% ingeriram bebida alcoólica nos últimos 30 dias. A investigação sobre *binge*, questionou sobre a ingestão de cinco doses ou mais de bebida alcoólica em uma única ocasião, e revelou que 14,2% dos participantes apresentou esse nível de consumo pelo menos uma vez na vida, 13,3% no último ano e 15,8% no último mês. Os dados sobre *binge* mostram um registro inconsistente sobre a ocorrência desse nível de consumo, pois não é possível que o uso no mês seja maior que o uso na vida. Observa-se que as frequências de consumo de álcool e *binge* no último mês são próximos, o que pode sugerir um consumo mais pesado entre aqueles que beberam com maior frequência.

Cigarro

Conforme especificado na Tabela 3, 11% da amostra do estudo já experimentou cigarro, 5,1% fez uso nos últimos 12 meses e 3,2% fumaram no último mês. Dentre os que fumaram nos últimos 30 dias, a percepção da frequência não ocorre para o intervalo de 6 a 19 dias no mês, situando-se apenas nos extremos. De maneira geral, os números apontaram que a grande maioria não se envolveu com consumo de cigarro.

Tabela 3

Distribuição dos participantes de acordo com o uso de cigarro

Uso de Cigarro	Respostas	Total
Uso de Cigarro na Vida	Não	609 (89%)
	Sim	75 (11%)
Uso de Cigarro no último Ano	Não	645 (94,2%)
	Sim	35 (5,1%)
Uso de Cigarro no último Mês	Não	664 (96,8%)
	Sim, de 1 a 5 dias no mês	16 (2,3%)
	Sim, de 6 a 19 dias no mês	-
	Sim, 20 dias ou mais no mês	4 (0,6%)

Drogas Ilícitas

As drogas ilícitas investigadas nesse estudo foram inalantes, maconha, cocaína e crack ou merla. As distribuições das frequências para uso na vida, no ano e no mês estão detalhadas na Tabela 4.

Tabela 4

Distribuição dos participantes de acordo com o uso de drogas ilícitas

Droga	Respostas	Total
Inalantes	Não	549 (80,5%)
	Sim	133 (19,5%)
Uso na Vida	Não	637 (93,5%)
	Sim	44 (6,5%)
Cocaína	Não	637 (98,9%)
	Sim	6 (0,9%)

Uso no último Ano	Crack/Merla	Não	682 (99,6%)
		Sim	3 (0,4%)
	Inalantes	Não	635 (92,7%)
		Sim	49 (7,2%)
Maconha	Não	643 (94%)	
	Sim	30 (4,4%)	
Cocaína	Não	680 (99,10%)	
	Sim	3 (0,4%)	
Uso no último Mês	Crack/Merla	Não	682 (99,4%)
		Sim	3 (0,4%)
	Inalantes	Não	658 (95,9%)
		Sim, de 1 a 5 dias no mês	21 (3,1%)
		Sim, de 6 a 19 dias no mês	3 (0,4%)
		Sim, 20 dias ou mais no mês	3 (0,4%)
	Maconha	Não	665 (96,9%)
		Sim, de 1 a 5 dias no mês	13 (1,9%)
		Sim, de 6 a 19 dias no mês	3 (0,4%)
		Sim, 20 dias ou mais no mês	5 (0,7%)
	Cocaína	Não	683 (99,6%)
		Sim, de 1 a 5 dias no mês	1 (0,1%)
		Sim, de 6 a 19 dias no mês	-
		Sim, 20 dias ou mais no mês	1 (0,1%)
	Crack/Merla	Não	683 (99,6%)
		Sim, de 1 a 5 dias no mês	1 (0,1%)
Sim, de 6 a 19 dias no mês		-	
Sim, 20 dias ou mais no mês		1 (0,1%)	

Dentre as drogas ilícitas investigadas os inalantes tiveram as maiores frequências de uso, em todos os intervalos de tempo pesquisados, com frequência para uso na vida de 19,5%, seguidos pela maconha (6,5% para uso na vida), cocaína (0,9% para uso na vida) e crack/merla (0,4% para uso na vida). Pode-se observar frequências muito baixas para uso de cocaína e crack/merla, porém índices mais elevados para os inalantes.

Práticas Parentais

A investigação das práticas parentais adotadas pelas famílias dos estudantes, segundo a percepção dos mesmos, utilizou uma escala tipo Likert de cinco pontos, sendo considerado 3 o ponto central da escala. Ao se observar as médias das práticas parentais, apresentadas na Tabela 5, pode-se ver que a cobrança de responsabilidade aparece com maior valor médio (4,34), seguida pela supervisão do comportamento (4,06), apoio emocional (3,93), controle punitivo (3,33), incentivo à autonomia (3,25) e, por último, pela intrusividade (2,47). Quanto mais altas as médias, maior a indicação de que tais práticas ocorrem mais frequentemente nas famílias dos participantes. Assim, os dados apontam para uma maior ocorrência das práticas parentais relacionadas com a dimensão da responsividade, já que cobrança de responsabilidade e apoio emocional aparecem com médias mais altas, do que controle punitivo e intrusividade, com exceção do incentivo à autonomia, que também está relacionada à responsividade, e que aparece com a segunda menor média dentre as práticas parentais, porém com valor ainda acima de 3.

Tabela 5

Média e desvio padrão das escalas de práticas parentais

Prática Parental	N	Média	Desvio Padrão
Apoio Emocional	693	3,93	0,85
Intrusividade	690	2,47	1,07
Incentivo à Autonomia	690	3,25	1,11
Supervisão do Comportamento	689	4,06	0,99
Cobrança de Responsabilidade	689	4,34	0,84
Controle Punitivo	691	3,33	1,10

Autoeficácia

Os valores das médias dos domínios de autoeficácia revelam que todas estão acima do ponto central da escala likert de 5 pontos, o que sugere o predomínio de crenças mais positivas ligadas às próprias capacidades de realização. A eficácia autoassertiva obteve

maior valor (3,91), indicando ser a habilidade que os estudantes mais acreditam que possuem. Ela está ligada à capacidade de expressar opiniões e defender o próprio ponto de vista. Em segundo lugar, estão as crenças ligadas à capacidade de organizar e executar tarefas escolares, refletidas pelo domínio da autoeficácia para aprendizagem autorregulada (3,73), e por último a autoeficácia para conseguir suporte parental (3,49), que mostra crenças nas habilidades ligadas a pedir auxílio da família.

Tabela 6
Média e desvio padrão das escalas de autoeficácia

Autoeficácia	N	Média	Desvio Padrão
Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	695	3,73	0,69
Eficácia autoassertiva	694	3,91	0,81
Autoeficácia para conseguir suporte parental	691	3,49	1,02

Planos para o Futuro

De acordo com os valores expressos na Tabela 7, pode-se observar que há um grande predomínio da intenção de se fazer faculdade (75,1%) dentre os planos da amostra. Em segundo lugar, com 10,6% da frequência, estão os participantes que ainda não se decidiram sobre o que fazer após a conclusão do ensino médio. Na categoria outros planos, que aparece em terceiro lugar, com frequência de 4,9% das respostas, os estudantes expressaram planos de entrar para o exército, fazer concurso público, fazer intercâmbio e viajar para outro país, ser jogador de futebol, fazer curso de informática, ser policial, ser caminhoneiro, ser youtuber e produzir música em casa. A seguir, com 3,3% das intenções está fazer curso técnico e, por último, apenas trabalhar (1,9%).

Tabela 7
Distribuição dos participantes de acordo com os planos para futuro

Planos para o Futuro	n	Frequência
Fazer faculdade	523	75,1%
Fazer curso técnico	23	3,3%
Apenas trabalhar	13	1,9%
Outros planos	34	4,9%

Ainda não sabem	74	10,6%
<i>Missing</i>	29	4,2%

Associações com o Uso de Drogas

Sexo e Uso de Drogas

Sexo e álcool

Na amostra de adolescentes utilizada no presente estudo verifica-se que o uso de álcool é maior entre os meninos, para todos itens analisados. No entanto, segundo os resultados dos testes, expressos na Tabela 8, a variável sexo não se mostrou significativamente associada ao consumo álcool e ocorrência de *binge* alcóolico, dessa forma não se pode afirmar que existe diferença na população.

Tabela 8

Associação entre consumo de álcool e sexo

Álcool	Sexo	Não	Sim	χ^2	<i>p</i> -valor
Experimentou álcool	Meninas	209 (55,3%)	169 (44,7%)	2,80	0,094
	Meninos	147 (48,8%)	154 (51,3%)		
Uso de álcool no ano	Meninas	262 (69,5%)	115 (30,5%)	0,88	0,348
	Meninos	199 (65,9%)	103 (34,1%)		
Uso de álcool no mês	Meninas	327 (87%)	49 (13%)	0,67	0,412
	Meninos	254 (84,7%)	46 (15,3%)		
Ocorrência de binge alcóolico na vida	Meninas	332 (87,4%)	48 (12,6%)	1,57	0,206
	Meninos	255 (83,9%)	49 (16,1%)		
Ocorrência de binge alcóolico no ano	Meninas	328 (87,2%)	48 (12,8%)	0,20	0,651
	Meninos	257 (86%)	42 (14%)		
Ocorrência de binge alcóolico no mês	Meninas	329 (86,8%)	50 (13,2%)	2,54	0,111
	Meninos	248 (82,9%)	51 (17,1%)		

Sexo e Cigarro

Para a relação entre as variáveis uso de cigarro e sexo da amostra, verificou-se associação significativa apenas para o item uso de cigarro na vida, com maior experimentação para os meninos, conforme descrito na Tabela 9. Já para os itens uso de cigarro no ano e uso de cigarro no mês, observa-se maior percentual de uso entre os meninos, porém os resultados não foram significativos.

Tabela 9

Associação entre uso de cigarro e sexo

Álcool	Sexo	Não	Sim	χ^2	p-valor
Uso de cigarro na vida	Meninas	346 (91,3%)	33 (8,7%)	4,44	0,028
	Meninos	263 (86,2%)	42 (13,8%)		
Uso de cigarro no ano	Meninas	361 (95%)	19 (5%)	0,13	0,715
	Meninos	284 (94,4%)	16 (5,6%)		
Uso de cigarro no mês	Meninas	371 (97,6%)	9 (2,4%)	1,44	0,231
	Meninos	293 (96%)	11 (4%)		

Sexo e Drogas Ilícitas

Devido à baixa frequência de respostas positivas para uso de Cocaína e Crack/Merla (menos de 1% em todas as frequências para ambas as drogas), conforme já apresentado na Tabela 4, não foram feitas análises de associação para essas duas drogas. Foram feitas análises apenas para inalantes e maconha, que possuem frequências expressas de uso possíveis de análises estatísticas confiáveis. A Tabela 10, a seguir, expressa os valores das associações entre sexo e o uso de inalantes.

Tabela 10*Associação entre uso drogas ilícitas e sexo*

Droga	Uso	Sexo	Não	Sim	χ^2	p-valor
Inalantes	Uso na vida	Meninas	304 (80,4%)	74 (19,6%)	0,01	0,94
		Meninos	242 (80,7%)	58 (19,3%)		
	Uso no ano	Meninas	356 (93,9%)	23 (6,1%)	1,56	0,200
		Meninos	278 (91,4%)	26 (8,6%)		
	Uso no mês	Meninas	366 (96,6%)	13 (3,4%)	0,6	0,439
		Meninos	291 (95,4%)	14 (4,6%)		
Maconha	Uso na vida	Meninas	355 (94,7%)	20 (5,3%)	2,23	0,135
		Meninos	280 (91,8%)	25 (8,2%)		
	Uso no ano	Meninas	360 (93,3%)	14 (3,7%)	0,97	0,324
		Meninos	285 (94,7%)	16 (5,3%)		
	Uso no mês	Meninas	366 (97,9%)	8 (2,1%)	2,63	0,105
		Meninos	288 (95,7%)	13 (4,3%)		

Conforme demonstrado, não existe associação significativa entre a variável sexo e o uso de inalantes e maconha. Dessa forma, ser menino ou menina não foi significativo para uso na vida, uso no ano e uso no mês para nenhuma das drogas descritas. Entretanto, pode-se observar que houve uma tendência dos meninos apresentarem maior frequência no uso de inalantes e maconha.

Práticas Parentais e Uso de Drogas

Práticas Parentais e Álcool

Conforme exposto na Tabela 11, estudantes que relataram não ter feito uso de bebida alcóolica na vida apresentaram média de apoio emocional significativamente maior, quando comparados aos que relataram ter experimentado bebida alcóolica. Por outro lado, ter feito uso de bebida alcóolica na vida, mostrou estar significativamente associado à maiores médias de intrusividade e incentivo à autonomia. Considerando as práticas parentais

supervisão do comportamento, cobrança de responsabilidade e controle punitivo, não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos em questão.

Tabela 11
Associação entre uso de álcool e práticas parentais

Ingestão Álcool	Prática Parentais	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor
Uso de bebida alcoólica na vida	Apoio emocional	Não	359	4,05 (0,81)	4,06	<0,001
		Sim	316	3,80 (0,86)		
	Intrusividade	Não	357	2,26 (0,99)	-5,27	<0,001
		Sim	316	2,69 (1,12)		
	Incentivo à autonomia	Não	358	3,16 (1,18)	-2,11	0,035
		Sim	315	3,35 (1,01)		
	Supervisão do comportamento	Não	356	4,09 (0,97)	0,62	0,535
		Sim	316	4,04 (1,00)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	359	3,30 (1,11)	1,52	0,129
		Sim	315	3,35 (1,08)		
	Controle punitivo	Não	361	3,30 (1,10)	-0,66	0,512
		Sim	323	3,36 (1,09)		
Uso de bebida alcoólica no último ano	Apoio emocional	Não	463	4,02 (0,80)	4,07	<0,001
		Sim	212	3,74 (0,90)		
	Intrusividade	Não	461	2,37 (1,02)	-3,34	0,001
		Sim	212	2,66 (1,15)		
	Incentivo à autonomia	Não	461	3,19 (1,17)	-1,76	0,078
		Sim	212	3,35 (0,96)		
	Supervisão do comportamento	Não	461	4,09 (0,98)	1,09	0,277
		Sim	211	4,00 (1,02)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	461	4,36 (0,85)	1,53	0,127
		Sim	211	4,26 (0,85)		
	Controle punitivo	Não	462	3,38 (1,09)	2,14	0,032
		Sim	212	3,19 (1,11)		
Apoio emocional	Não	579	3,99 (0,82)	4,00	<0,001	
	Sim	93	3,61 (0,88)			

	Intrusividade	Não	578	2,39 (1,03)	-3,80	<0,001
		Sim	93	2,85 (1,26)		
	Incentivo à autonomia	Não	577	3,24 (1,13)	0,04	0,967
		Sim	93	3,24 (0,95)		
Uso de bebida alcoólica no último mês	Supervisão do comportamento	Não	577	4,06 (1,00)	-0,13	0,894
		Sim	93	4,08 (0,91)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	577	4,35 (0,84)	0,84	0,400
		Sim	93	4,27 (0,89)		
	Controle punitivo	Não	578	3,32 (1,10)	-0,14	0,887
		Sim	93	3,34 (1,08)		

Os participantes que relataram não ter feito uso de bebida alcoólica no último ano apresentaram médias de apoio emocional e controle punitivo significativamente maiores. Já para os que afirmaram ter feito uso de bebida alcoólica no ano a média foi significativamente maior para intrusividade, quando comparados com seus pares que não fizeram uso de bebida nos últimos 12 meses. Não foi verificada diferenças significativas das médias das variáveis práticas parentais de supervisão do comportamento, incentivo à autonomia e cobrança de responsabilidade.

Para uso de álcool no mês, também houve diferença significativa entre prática parental de apoio emocional, com maior média para aqueles que não consumiram, e, em sentido contrário, média significativamente maior para a variável intrusividade para os que consumiram álcool no mês. As práticas parentais de incentivo à autonomia, supervisão do comportamento, cobrança de responsabilidade e controle punitivo não apresentaram diferenças significativas entre os grupos formados pelo consumo de álcool no último mês.

Dessa forma, mais apoio emocional pode ser associado a menos uso de álcool no geral e, no sentido inverso, quanto mais a presença da intrusividade, mais ocorre o uso da bebida alcoólica, em todas as medidas. A prática parental de incentivo à autonomia também

apresentou uma relação negativa para uso de álcool na vida e controle punitivo mostrou estar significativamente associado à não uso de álcool no ano. As demais práticas, supervisão do comportamento e cobrança de responsabilidade, não demonstraram estar associadas ao uso do álcool em geral, não podendo, assim, ser generalizadas para a população.

Na Tabela 12 estão expressos os valores para *binge* alcóolico.

Tabela 12
Associação entre binge alcóolico e práticas parentais

<i>Binge</i>	<i>Prática Parentais</i>	<i>Respostas</i>	<i>n</i>	<i>Média (sd)</i>	<i>t</i>	<i>p-valor</i>
Ocorreu <i>binge</i> alcóolico na vida	Apoio emocional	Não	585	3,97 (0,83)	2,95	0,003
		Sim	95	3,69 (0,94)		
	Intrusividade	Não	582	2,42 (1,05)	-2,56	0,011
		Sim	95	2,73 (1,21)		
	Incentivo à autonomia	Não	582	3,21 (1,12)	-1,80	0,073
		Sim	95	3,43 (1,01)		
	Supervisão do comportamento	Não	581	4,08 (0,97)	0,90	0,371
		Sim	95	3,98 (1,05)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	581	4,35 (0,84)	1,35	0,179
		Sim	95	4,23 (0,86)		
	Controle punitivo	Não	583	3,34 (1,10)	0,83	0,407
		Sim	95	3,24 (1,08)		
Ocorreu <i>binge</i> alcóolico no ano	Apoio emocional	Não	583	3,95 (0,84)	2,34	0,019
		Sim	88	3,73 (0,92)		
	Intrusividade	Não	580	2,43 (1,05)	-2,41	0,016
		Sim	88	2,73 (1,21)		
	Incentivo à autonomia	Não	581	3,22 (1,12)	-1,69	0,092
		Sim	88	3,43 (1,04)		
	Supervisão do comportamento	Não	579	4,08 (0,97)	0,96	0,335
		Sim	88	3,97 (1,07)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	579	4,34 (0,85)	0,63	0,531
		Sim	88	4,28 (0,81)		

Ocorreu <i>binge</i> alcohólico no mês	Controle punitivo	Não	581	3,36 (1,10)	1,65	0,100
		Sim	88	3,15 (1,09)		
	Apoio emocional	Não	577	3,98 (0,82)	3,52	<0,001
		Sim	98	3,65 (0,97)		
	Intrusividade	Não	574	2,42 (1,05)	-2,61	0,009
		Sim	98	2,72 (1,17)		
	Incentivo à autonomia	Não	575	3,23 (1,13)	-0,58	0,565
		Sim	98	3,30 (0,97)		
	Supervisão do comportamento	Não	574	4,08 (0,99)	1,15	0,252
		Sim	97	3,96 (0,99)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	574	4,35 (0,84)	1,25	0,210
		Sim	97	4,24 (0,86)		
	Controle punitivo	Não	575	3,34 (1,09)	0,78	0,436
		Sim	98	3,25 (1,13)		

Assim como para uso de bebida alcohólica, os participantes que relataram não terem tido experiência de *binge*, na vida, no ano e no mês, apresentaram média de apoio emocional significativamente maior, quando comparados aos que relataram ter bebido cinco doses ou mais em uma única ocasião. No sentido inverso, ter tido experiência de *binge*, em todas as medidas, mostrou estar significativamente associado à maiores médias de intrusividade. Para as demais práticas parentais não houve associação significativa com *binge* alcohólico em geral, porém, pode-se observar uma tendência das médias das práticas de supervisão do comportamento, cobrança de responsabilidade e controle punitivo serem maiores no grupo de estudantes que não tiveram *binge* alcohólico, e para incentivo à autonomia as médias foram maiores para os estudantes que tiveram *binge*, em todas as medidas.

Práticas Parentais e Cigarro

Para uso de cigarro na vida houve associação significativa com a prática parental de apoio emocional, sendo que os participantes que não fizeram uso do cigarro, na vida, no ano e no mês, apresentaram médias maiores quando comparados com o grupo que usou cigarro.

A supervisão do comportamento também apresentou maior média entre os que não usaram cigarro no ano e no mês. As demais práticas parentais não tiveram diferenças significativas, entretanto, a tendência da intrusividade possuir médias maiores para os participantes que fizeram uso da substância psicoativa, no caso em questão do cigarro, se manteve para todas as medidas. Esses dados estão descritos na Tabela 13.

Tabela 13
Associação entre uso de cigarro e práticas parentais

Cigarro	Prática Parentais	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor
Uso de cigarro na vida	Apoio emocional	Não	606	3,96 (0,84)	2,67	0,008
		Sim	74	3,68 (0,90)		
	Intrusividade	Não	603	2,44 (1,05)	-1,87	0,061
		Sim	74	2,68 (1,23)		
	Incentivo à autonomia	Não	603	3,24 (1,11)	-0,41	0,680
		Sim	74	3,30 (1,110)		
	Supervisão do comportamento	Não	602	4,08 (0,96)	1,57	0,117
		Sim	74	3,89 (1,15)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	602	4,33 (0,84)	-0,06	0,954
		Sim	74	4,34 (0,82)		
	Controle punitivo	Não	604	3,32 (1,09)	-0,41	0,682
		Sim	74	3,37 (1,20)		
Uso de cigarro no ano	Apoio emocional	Não	641	3,95 (0,85)	3,20	0,001
		Sim	37	3,49 (0,75)		
	Intrusividade	Não	638	2,45 (1,06)	-1,13	0,257
		Sim	37	2,66 (1,32)		
	Incentivo à autonomia	Não	638	3,24 (1,11)	0,37	0,715
		Sim	37	3,18 (1,023)		
	Supervisão do comportamento	Não	637	4,08 (0,97)	2,66	0,008
		Sim	37	3,64 (1,19)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	637	4,34 (0,84)	1,15	0,252
		Sim	37	4,18 (0,94)		

Uso de cigarro no mês	Controle punitivo	Não	639	3,34 (1,09)	1,15	0,249
		Sim	37	3,12 (1,28)		
	Apoio emocional	Não	660	3,94 (0,85)	2,63	0,009
		Sim	21	3,45 (0,78)		
	Intrusividade	Não	657	2,46 (1,06)	-0,82	0,414
		Sim	21	2,65 (1,37)		
	Incentivo à autonomia	Não	657	3,25 (1,11)	0,65	0,515
		Sim	21	3,09 (1,00)		
	Supervisão do comportamento	Não	656	4,08 (0,98)	2,33	0,020
		Sim	21	3,57 (1,23)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	656	4,34 (0,84)	0,52	0,600
		Sim	21	4,24 (1,13)		
	Controle punitivo	Não	658	3,34 (1,08)	1,87	0,061
		Sim	21	2,89 (1,32)		

Práticas Parentais e Drogas Ilícitas

Os dados para a associação entre inalantes e práticas parentais foram apresentados na Tabela 14. Estudantes que relataram não ter feito uso de inalantes na vida apresentaram média de apoio emocional significativamente maior, quando comparados aos que relataram ter experimentado inalantes. Por outro lado, ter feito uso de inalantes na vida, mostrou estar significativamente associado à maior média de intrusividade. Incentivo à autonomia, supervisão do comportamento, cobrança de responsabilidade e controle punitivo não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, sugerindo que essas práticas não influenciam no comportamento de experimentar ou não inalantes. Entretanto, após a experimentação, a prática parental de supervisão do comportamento apareceu como prática significativa para não usar inalantes no ano e no mês, pois os estudantes que relataram não ter usado a droga tiveram médias maiores em supervisão do comportamento, para uso no

ano e uso no mês. As demais práticas não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, tanto para uso no ano quanto para uso no mês de inalantes.

Tabela 14*Associação entre uso de inalantes e práticas parentais*

Inalantes	Prática Parentais	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor
Uso de inalantes na vida	Apoio emocional	Não	547	3,99 (0,85)	3,51	<0,001
		Sim	133	3,70 (0,78)		
	Intrusividade	Não	544	2,42 (1,07)	-2,60	0,010
		Sim	133	2,68 (1,07)		
	Incentivo à autonomia	Não	544	3,22 (1,14)	-1,51	0,130
		Sim	133	3,38 (0,98)		
	Supervisão do comportamento	Não	543	4,08 (0,98)	0,76	0,450
		Sim	133	4,01 (1,00)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	543	4,32 (0,86)	-1,20	0,231
		Sim	133	4,42 (0,72)		
	Controle punitivo	Não	545	3,33 (1,09)	-0,19	0,847
		Sim	133	3,35 (1,11)		
Uso de inalantes no ano	Apoio emocional	Não	633	3,94 (0,85)	1,87	0,061
		Sim	49	3,71 (0,80)		
	Intrusividade	Não	630	2,46 (1,08)	-0,91	0,363
		Sim	49	2,60 (0,98)		
	Incentivo à autonomia	Não	630	3,25 (1,12)	0,10	0,921
		Sim	49	3,23 (0,98)		
	Supervisão do comportamento	Não	629	4,08 (0,98)	1,97	0,049
		Sim	49	3,79 (1,07)		
	Cobrança de responsabilidade	Não	629	4,34 (0,85)	0,55	0,585
		Sim	49	4,27 (0,80)		
	Controle punitivo	Não	631	3,33 (1,10)	0,86	0,392
		Sim	49	3,19 (1,09)		
Uso de inalantes no mês	Apoio emocional	Não	656	3,94 (0,85)	1,64	0,102
		Sim	27	3,66 (0,76)		

Intrusividade	Não	653	2,46 (1,07)	-0,72	0,470
	Sim	27	2,61 (1,11)		
Incentivo à autonomia	Não	653	3,25 (1,12)	0,67	0,505
	Sim	27	3,10 (0,93)		
Supervisão do comportamento	Não	652	4,08 (0,98)	2,58	0,010
	Sim	27	3,58 (1,10)		
Cobrança de responsabilidade	Não	652	4,33 (0,84)	0,26	0,794
	Sim	27	4,29 (0,89)		
Controle punitivo	Não	654	3,34 (1,09)	1,33	0,184
	Sim	27	3,05 (1,17)		

Abaixo, na Tabela 15, constam os dados das análises das associações entre o uso de maconha e práticas parentais.

Tabela 15

Associação entre uso de maconha e práticas parentais

Maconha	Prática Parentais	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor	
Uso de maconha na vida	Apoio emocional	Não	638	3,94 (0,85)	1,94	0,053	
		Sim	44	3,69 (0,76)			
	Intrusividade	Não	635	2,45 (1,06)	-1,17	0,244	
		Sim	44	2,65 (1,21)			
	Incentivo à autonomia	Não	635	3,25 (1,12)	0,07	0,940	
		Sim	44	3,23 (1,01)			
	Supervisão do comportamento	Não	634	4,08 (0,99)	1,56	0,118	
		Sim	44	3,84 (0,98)			
	Cobrança de responsabilidade	Não	634	4,34 (0,85)	0,62	0,532	
		Sim	44	4,25 (0,83)			
	Controle punitivo	Não	636	3,34 (1,09)	1,60	0,110	
		Sim	44	3,07 (1,16)			
	Uso de maconha no ano	Apoio emocional	Não	650	3,94 (0,85)	1,33	0,196
			Sim	30	3,73 (0,81)		
Intrusividade		Não	647	2,46 (1,06)	-1,05	0,292	
		Sim	30	2,67 (1,23)			
Incentivo à autonomia		Não	647	3,25 (1,11)	-0,03	0,985	
		Sim	30	3,26 (0,98)			
Supervisão do comportamento		Não	646	4,08 (0,98)	2,13	0,033	
		Sim	30	3,69 (1,05)			

Cobrança de responsabilidade	Não	646	4,34 (0,85)	1,2	0,229
	Sim	30	4,15 (0,81)		
Controle punitivo	Não	648	3,35 (1,09)	2,07	0,040
	Sim	30	2,92 (1,13)		
Apoio emocional	Não	662	3,94 (0,85)	1,95	0,051
	Sim	21	3,57 (0,82)		
Intrusividade	Não	659	2,45 (1,06)	-2,03	0,042
	Sim	21	2,93 (1,28)		
Incentivo à autonomia	Não	659	3,25 (1,11)	0,83	0,409
	Sim	21	3,05 (0,93)		
Supervisão do comportamento	Não	658	4,08 (0,98)	2,49	0,013
	Sim	21	3,54 (1,20)		
Cobrança de responsabilidade	Não	658	4,34 (0,84)	1,79	0,075
	Sim	21	4,01 (0,90)		
Controle punitivo	Não	660	3,34 (1,09)	2,40	0,017
	Sim	21	2,76 (1,23)		

O uso de maconha na vida não mostrou estar associado a nenhuma prática parental, pois não houve diferenças significativas entre as médias do grupo de participantes que usaram e não usaram maconha na vida. Já os participantes que não usaram maconha no último ano e no último mês tiveram médias significativamente maiores em supervisão do comportamento e controle punitivo, demonstrando uma associação positiva entre essas práticas e o uso de maconha no ano e nos últimos 30 dias, o que não ocorreu para as demais práticas parentais. Entretanto, intrusividade apresentou uma associação negativa com uso de maconha no mês, ou seja, os participantes que relataram terem feito uso de maconha no último mês tiveram médias significativamente maiores do que aqueles que relataram não terem feito uso de maconha nos últimos 30 dias.

Autoeficácia e Uso de Drogas

Autoeficácia e Álcool

Participantes que relataram não ter usado álcool em todas as medidas (uso na vida, no ano e no mês) apresentaram autoeficácia para aprendizagem autorregulada e autoeficácia para pedir suporte parental significativamente maior, quando comparados aos que relataram

uso. Por outro lado, para a eficácia autoassertiva não houve diferença significativa entre os que relataram uso ou não, não sendo possível descrever nem mesmo um padrão da tendência das respostas para esse fator. Tais dados foram expressos na Tabela 16.

Tabela 16
Associação entre uso de álcool e autoeficácia

Álcool	Autoeficácia	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor
Uso de álcool na vida	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	361	3,90 (0,68)	7,03	<0,001
		Sim	326	3,54 (0,66)		
	Eficácia autoassertiva	Não	360	3,96 (0,82)	1,34	0,192
		Sim	326	3,87 (0,79)		
Uso de álcool no ano	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	359	3,71 (0,99)	5,85	<0,001
		Sim	324	3,27 (0,98)		
	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	468	3,83 (0,70)	5,61	<0,001
		Sim	219	3,52 (0,63)		
Eficácia autoassertiva	Não	467	3,89 (0,85)	-1,21	0,210	
	Sim	219	3,97 (0,74)			
Uso de álcool no mês	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	465	3,62 (1,02)	4,66	<0,001
		Sim	218	3,24 (0,94)		
	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	588	3,78 (0,70)	4,31	<0,001
		Sim	96	3,46 (0,60)		
Eficácia autoassertiva	Não	587	3,90 (0,83)	-0,77	0,388	
	Sim	96	3,97 (0,69)			
Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	584	3,55 (1,03)	3,18	0,002	
	Sim	96	3,20 (0,83)			

Para a associação entre *binge* e autoeficácia os dados foram descritos na Tabela 17.

Tabela 17
Associação entre ocorrência de binge alcóolico e autoeficácia

Binge	Autoeficácia	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor
Ocorrência de <i>binge</i> na vida	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	595	3,77 (0,69)	3,46	0,001
		Sim	97	3,51 (0,64)		
	Eficácia autoassertiva	Não	594	3,90 (0,82)	-0,60	0,550
		Sim	97	3,95 (0,79)		
Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	591	3,55 (1,01)	3,26	0,003	
	Sim	97	3,19 (1,02)			
Ocorrência de <i>binge</i> no ano	Autoeficácia para Aprendizagem Autorregulada	Não	592	3,77 (0,68)	3,74	<0,001
		Sim	91	3,48 (0,71)		

	Eficácia autoassertiva	Não	592	3,91 (0,81)	-0,15	0,811
		Sim	91	3,92 (0,81)		
	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	589	3,53 (1,02)	2,41	0,021
		Sim	91	3,25 (0,95)		
Ocorrência de <i>binge</i> no mês	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	586	3,78 (0,69)	4,24	<0,001
		Sim	101	3,47 (0,63)		
	Eficácia autoassertiva	Não	586	3,93 (0,82)	1,21	0,165
		Sim	101	3,82 (0,74)		
	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	584	3,53 (1,03)	2,46	0,012
		Sim	100	3,26 (0,91)		

Repetindo o padrão do uso de álcool, a ocorrência de *binge* alcóolico em todas as medidas (uso na vida, no ano e no mês) demonstrou uma associação significativa com autoeficácia para aprendizagem autorregulada e com autoeficácia para conseguir suporte parental. Observa-se que, para esses fatores, as médias dos estudantes que não apresentaram *binge* são significativamente maiores do que a média dos que afirmaram a ocorrência de *binge* alcóolico. Novamente, eficácia autoassertiva não foi associada à ocorrência, ou não, de *binge*.

Autoeficácia e Cigarro

Conforme apresentado na Tabela 18, estudantes que relatam não ter usado cigarro na vida, no ano e no mês apresentaram autoeficácia para aprendizagem autorregulada e autoeficácia para conseguir suporte parental significativamente maior, quando comparados aos que relataram uso. Por outro lado, considerando a eficácia autoassertiva, não houve diferença significativa entre os que relataram uso ou não.

Tabela 18

Associação entre uso de cigarro e autoeficácia

Cigarro	Autoeficácia	Respostas	<i>n</i>	Média (<i>sd</i>)	<i>t</i>	<i>p</i> -valor	
Uso de cigarro na vida	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	617	3,78 (0,67)	5,62	<0,001	
		Sim	75	3,32 (0,74)			
	Eficácia autoassertiva	Não	616	3,92 (0,80)	0,68	0,546	
		Sim	75	3,85 (0,91)			
			Não	613	3,54 (1,01)	3,33	0,001

	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Sim	75	3,13 (1,04)		
Uso de cigarro no ano	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	653	3,76 (0,68)	4,74	<0,001
		Sim	36	3,21 (0,68)		
	Eficácia autoassertiva	Não	652	3,91 (0,81)	-0,55	0,681
		Sim	36	3,99 (0,77)		
Uso de cigarro no mês	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	651	3,53 (1,01)	3,47	0,001
		Sim	36	2,93 (0,97)		
	autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	672	3,75 (0,69)	2,93	0,003
		Sim	21	3,30 (0,56)		
Eficácia autoassertiva	Não	671	3,91 (0,81)	-0,64	0,435	
	Sim	21	4,02 (0,70)			
Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	669	3,51 (1,02)	2,56	0,030	
	Sim	21	2,94 (0,85)			

Autoeficácia e Drogas Ilícitas

Participantes que relatam não ter usado inalantes na vida, no ano e no mês apresentaram autoeficácia para aprendizagem autorregulada e autoeficácia para conseguir suporte parental significativamente maior, quando comparados aos que relataram uso. Por outro lado, considerando a eficácia autoassertiva, apesar da tendência de médias maiores para os estudantes que não relataram uso de inalantes na vida, no ano e no mês, não houveram diferenças significativas entre os dois grupos. Os dados foram apresentados a seguir, na Tabela 19.

Tabela 19

Associação entre uso de inalantes e autoeficácia

Inalantes	Autoeficácia	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor
Uso de inalantes na vida	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	556	3,79 (0,70)	4,46	<0,001
		Sim	135	3,50 (0,59)		
	Eficácia autoassertiva	Não	555	3,92 (0,82)	0,29	0,757
		Sim	135	3,89 (0,79)		
Uso de inalantes no ano	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	553	3,59 (1,00)	4,90	<0,001
		Sim	134	3,11 (1,01)		
	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	642	3,76 (0,69)	3,02	0,001
		Sim	51	3,45 (0,57)		
Eficácia autoassertiva	Não	641	3,92 (0,81)	1,81	0,063	

		Sim	51	3,71 (0,87)		
	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	639	3,53 (1,02)	3,28	<0,001
		Sim	50	3,04 (0,91)		
Uso de inalantes no mês	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	667	3,75 (0,69)	2,51	0,013
		Sim	27	3,41 (0,61)		
	Eficácia autoassertiva	Não	666	3,92 (0,81)	1,38	0,152
		Sim	27	3,69 (0,97)		
	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	664	3,51 (1,01)	2,06	0,015
		Sim	26	3,09 (1,07)		

A Tabela 20 apresenta os dados das análises entre o uso de maconha e autoeficácia.

Tabela 20

Associação entre uso de maconha e autoeficácia

Maconha	Autoeficácia	Respostas	n	Média (sd)	t	p-valor
Uso de maconha na vida	autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	646	3,76 (0,69)	4,73	<0,001
		Sim	44	3,26 (0,62)		
	Eficácia autoassertiva	Não	645	3,90 (0,81)	-0,36	0,783
		Sim	44	3,95 (0,84)		
	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	643	3,51 (1,02)	2,18	0,044
		Sim	43	3,16 (0,98)		
Uso de maconha no ano	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	655	3,75 (0,69)	3,20	0,001
		Sim	30	3,34 (0,61)		
	Eficácia autoassertiva	Não	654	3,91 (0,81)	-0,14	0,885
		Sim	30	3,93 (0,97)		
	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	652	3,50 (1,01)	1,96	0,050
		Sim	29	3,13 (1,00)		
Uso de Maconha no Mês	Autoeficácia para aprendizagem autorregulada	Não	664	3,75 (0,69)	4,21	<0,001
		Sim	21	3,11 (0,63)		
	Eficácia autoassertiva	Não	663	3,91 (0,81)	-0,26	0,795
		Sim	21	3,95 (1,00)		
	Autoeficácia para conseguir suporte parental	Não	661	3,50 (1,01)	1,96	0,050
		Sim	20	3,05 (1,05)		

Seguindo o mesmo padrão das drogas descritas anteriormente, autoeficácia para aprendizagem autorregulada e autoeficácia para conseguir suporte parental demonstraram associações significativas com uso de maconha em todas as medidas de uso (na vida, no ano e no mês), sendo as médias dos estudantes que relataram não ter usado maconha maiores do que as do grupo que relatou uso. Já para a eficácia autoassertiva não houve associação

significativa com uso de maconha na vida, no ano e no mês, porém houve uma tendência de médias maiores para o grupo que afirmou uso de maconha.

Planos para o Futuro e Uso de Drogas

Para as análises das relações entre uso de drogas e planos para o futuro considerou-se apenas três variações dos planos: fazer faculdade, planos diversos, que englobou as respostas de fazer curso técnico, apenas trabalhar e outros planos, e ainda não sabem. Tal decisão se deve à baixa frequência das respostas dos itens que foram incluídos em planos diversos, sendo que tal junção possibilitará análises estatísticas mais confiáveis.

Planos futuros e Álcool

Ao se observar a associação entre planos para o futuro e uso de álcool, apresentada na Tabela 21, pode-se ver que não houve diferenças significativas entre os grupos que afirmaram ou negaram uso, na vida, no ano e no mês, de bebida alcoólica. Esse fato indica não haver associação entre planos para o futuro e o comportamento de ingerir bebida alcoólica. Pode-se observar que a única medida com maior frequência de respostas positivas para uso de álcool se deu entre os participantes com planos diversos, para uso na vida.

Tabela 21

Associação entre uso de álcool e planos para o futuro

Álcool	Planos para Futuro	Não	Sim	χ^2	p-valor
Uso de álcool na vida	Fazer faculdade	285 (55%)	233 (45%)	3,99	0,136
	Planos diversos	30 (42,9%)	40 (57,1%)		
	Ainda não sabe	37 (51,4%)	35 (48,6%)		
Uso de álcool no ano	Fazer faculdade	358 (69,2%)	159 (30,8%)	0,41	0,816
	Planos diversos	46 (65,7%)	24 (34,3%)		
	Ainda não sabe	48 (66,7%)	24 (33,3)		
Uso de álcool no mês	Fazer faculdade	448 (87%)	67 (13%)	0,57	0,753
	Planos diversos	58 (82,9%)	12 (17,1%)		
	Ainda não sabe	61 (85,9%)	10 (14,1%)		

Os planos para o futuro não diferenciaram os grupos que afirmaram ou negaram ocorrência de *binge* alcóolico na vida, no ano e no mês, conforme expresso na Tabela 22. Todavia, pode-se destacar que os participantes com planos diversos afirmaram mais ocorrência de *binge* no último ano e no último mês, quando comparados com as respostas positivas dos outros planos.

Tabela 22

Associação entre binge alcóolico e planos para o futuro

<i>Binge</i>	Planos para Futuro	Não	Sim	χ^2	<i>p</i> -valor
Ocorrência de binge alcóolico na vida	Fazer faculdade	457 (87,7%)	64 (12,3%)	4,58	0,101
	Planos diversos	56 (81,2%)	13 (18,8%)		
	Ainda não sabe	60 (81,1%)	14 (18,9%)		
Ocorrência de binge alcóolico no ano	Fazer faculdade	453 (88,1%)	61 (11,9%)	3,42	0,181
	Planos diversos	55 (79,7%)	14 (20,3%)		
	Ainda não sabe	61 (84,7%)	11 (15,3%)		
Ocorrência de binge alcóolico no mês	Fazer faculdade	445 (87,1%)	66 (12,9%)	4,00	0,135
	Planos diversos	53 (79,1%)	14 (20,9%)		
	Ainda não sabe	59 (81,9%)	13 (18,1%)		

Planos para Futuro e Cigarro

Conforme demonstrado na Tabela 23, existe associação significativa entre planos para o futuro e o uso de cigarro, uma vez que os *p*-valores observados para os três itens são menores que 5%. Essa interpretação deve ser considerada com cautela para uso de cigarro no ano e no mês, tendo em vista o valor menor do que 5 para a frequência esperada. Pode-se verificar que, o percentual de fumantes é maior entre aqueles que reportaram planos diversos, em relação aos que pretendem ingressar em um curso superior e os que não sabem ainda o que farão.

Tabela 23*Associação entre uso de cigarro e planos para o futuro*

Cigarro	Planos para Futuro	Não	Sim	χ^2	p-valor
Uso de cigarro na vida	Fazer faculdade	477 (91,6%)	44 (8,4%)	11,85	0,003
	Planos diversos	53 (76,8%)	16 (23,2%)		
	Ainda não sabe	66 (89,2%)	8 (10,8%)		
Uso de cigarro no ano	Fazer faculdade	502 (95,8%)	22 (4,2%)	7,74	0,021
	Planos diversos	58 (87,9%)	8 (12,1%)		
	Ainda não sabe	69 (93,2%)	5 (6,8%)		
Uso de cigarro no mês	Fazer faculdade	513 (97,9%)	11 (2,1%)	7,81	0,020
	Planos diversos	60 (92,3%)	5 (7,7%)		
	Ainda não sabe	70 (96,6%)	4 (5,4%)		

Planos para Futuro e Drogas Ilícitas

Ver Tabela 24 para valores da associação entre inalantes e planos para o futuro.

Tabela 24*Associação entre uso de inalantes e planos para o futuro*

Inalantes	Planos para Futuro	Não	Sim	χ^2	p-valor
Uso de inalantes na vida	Fazer faculdade	425 (81,4%)	97 (18,6%)	3,15	0,207
	Planos diversos	53 (80,3%)	13 (19,7%)		
	Ainda não sabe	53 (72,6%)	20 (27,4%)		
Uso de inalantes no ano	Fazer faculdade	492 (93,9%)	32 (6,1%)	6,24	0,044
	Planos diversos	63 (90,0%)	7 (10,0%)		
	Ainda não sabe	63 (86,3%)	10 (13,7%)		
Uso de inalantes no mês	Fazer faculdade	510 (97,3%)	14 (2,7%)	10,38	0,006
	Planos diversos	65 (92,9%)	5 (7,1%)		
	Ainda não sabe	66 (90,4%)	7 (9,6%)		

Não foi encontrada associação significativa entre experimentar inalantes e planos para o futuro. Por outro lado, a associação entre planos para o futuro e o uso de inalantes no ano e no mês é significativa. Essa interpretação deve ser considerada com cautela para uso de cigarro no mês, pois a frequência esperada foi menor do que 5. De maneira geral, pode-se observar que não possuir planos estabelecidos para o futuro apresentou maiores frequências de uso de inalantes nas três medidas de uso.

Na avaliação para o uso de maconha, houve associação significativa entre planos para o futuro e o uso dessa droga, uma vez que os p-valores observados para os três itens, uso na vida, no ano e no mês, são menores que 5%. Essa interpretação deve ser considerada com cautela para as três medidas, tendo em vista o valor menor do que 5 para a frequência esperada. Pode-se verificar que, o percentual de fumantes é maior entre aqueles que reportaram planos diversos, em relação aos que pretendem ingressar em um curso superior e os que não sabem ainda o que farão. A Tabela 25 descreve os valores da associação.

Tabela 25*Associação entre uso de maconha e planos para o futuro*

Maconha	Planos para Futuro	Não	Sim	χ^2	p-valor
Uso de maconha na vida	Fazer faculdade	494 (95,0%)	26 (5,0%)	7,25	0,027
	Planos diversos	62 (88,6%)	8 (11,4%)		
	Ainda não sabe	65 (89,0%)	8 (11,0%)		
Uso de maconha no ano	Fazer faculdade	501 (97,1%)	15 (2,9%)	11,19	0,004
	Planos diversos	61 (89,7%)	7 (10,3%)		
	Ainda não sabe	67 (91,8%)	6 (8,2%)		
Uso de maconha no mês	Fazer faculdade	514 (98,1%)	10 (1,9%)	8,16	0,017
	Planos diversos	65 (92,9%)	5 (7,1%)		
	Ainda não sabe	69 (94,5%)	4 (5,5%)		

A Tabela 26 resume o panorama das variáveis que apresentaram associações significativas com o uso de drogas.

Tabela 26 Associações significativas positivas (+)* e negativas (-)** entre as variáveis

Droga	Padrão de uso	Sexo	Práticas Parentais					Autoeficácia			Planos para futuro
			Apoio Emocional	Intrusividade	Incentivo Autonomia	Supervisão Cpto.	Cobrança Respon.	Controle Punitivo	Aprend. Autor.	Eficácia Autoassertiva	
Alcólol	Uso na vida		+	-	+				+		+
	Uso no ano		+	-				+	+		+
	Uso no mês		+	-				+	+		+
Binge alcóolico	Ocorrência na vida		+	-					+		+
	Ocorrência no ano		+	-					+		+
	Ocorrência no mês		+	-					+		+
Cigarro	Uso na vida	+	+						+		+
	Uso no ano		+			+			+		+
	Uso no mês		+			+			+		+
Inalantes	Uso na vida		+	-					+		+
	Uso no ano					+			+		+
	Uso no mês					+			+		+
Maconha	Uso na vida								+		+
	Uso no ano					+		+	+		+
	Uso no mês					+		+	+		+

*(+)
respostas significativamente maiores entre os participantes que afirmaram não terem feito uso da droga.

**(-)
respostas significativamente maiores dos participantes que afirmaram terem feito uso da droga.

CAPÍTULO 6

Discussão

O propósito deste estudo foi identificar o padrão de uso de drogas lícitas e ilícitas na amostra, descrever as práticas parentais adotadas pelas famílias dos participantes, descrever a autoeficácia e os planos para o futuro dos adolescentes, além de analisar as relações entre o uso de drogas e as demais variáveis. Para a discussão, apresentou-se uma estrutura análoga a dos resultados, tratando os aspectos sociodemográficos da amostra seguidos pelas análises das variáveis drogas, sexo, práticas parentais, autoeficácia e perspectiva de tempo futuro, entretanto não foi feita separação entre as análises descritivas e as associações. Ao final foram descritas as implicações, limitações e sugestão de pesquisas futuras.

Aspectos Sociodemográficos da Amostra

As características sociodemográficas da amostra indicaram que, na grande maioria dos casos, o intervalo de idade dos sujeitos é compatível com o esperado para crianças que cursam a segunda fase do ensino fundamental, entre 10 e 15 anos.

Quando observados os percentuais de membros da família que viviam junto com o adolescente, a amostra do estudo apresentou algumas características diferentes daquelas reveladas pelo censo brasileiro de 2010 (IBGE, 2011). A presença de uma figura paterna nas residências foi maior, já que na análise do último censo 65,4% dos lares eram formados por responsável e cônjuge, ou companheiro (a), e 71,6%, dos participantes afirmou residir com o pai ou padrasto. Como o relato da presença materna nas residências foi de 88,8%, pode-se inferir que o número de famílias monoparentais é estimado em 17%, se for considerada a presença materna menos a paterna nas residências. Tal porcentagem foi menor do que a

apontada por Malta et al. (2011), na qual 36,5% dos participantes residia apenas com a mãe ou com o pai. Outro dado divergente é com relação ao número de avós nas residências. O censo 2010 aponta a presença de netos dos responsáveis em 4,7% dos domicílios, enquanto que o presente estudo encontrou 17,5% da presença dos avós dos estudantes nas residências. Se forem considerados os percentuais dos sujeitos que residem com os avós, com outros membros da família (14,9%) e aqueles estimados para famílias monoparentais, pode-se perceber a existência de grande número de famílias não tradicionais, constituídas por arranjos diferentes de pai, mãe e filhos.

Esse tipo de informação serve como uma aproximação sobre a constituição familiar da amostra, mas, a rigor, são necessários mais dados para este tipo de análise. Ela foi descrita neste estudo porque alguns autores (Becona et al., 2012; Malta et al., 2011; Nardi et al., 2014; Trigueiros & Gonçalves, 2015; Wagner et al., 2010) discutem as influências da constituição familiar sobre o fenômeno das drogas e não encontram concordância. Dessa forma, estudos mais detalhados se mostram necessários para melhor compreender o papel do agregado familiar enquanto fator de risco ou proteção ao uso de drogas.

Os demais dados sociodemográficos revelaram que a maioria da amostra está fora de uma faixa de vulnerabilidade socioeconômica, visto que 32% da escolaridade das mães dos participantes se constituiu de ensino médio/técnico completo e 18% delas concluíram o ensino superior. Para o indicativo de carência econômica, 58,2% dos estudantes declararam não ser contemplados pelo programa bolsa família. No polo oposto, e representando a minoria dos participantes, tem-se 15,4% das mães que não estudaram ou não concluíram o ensino fundamental e 24,9% das famílias recebendo auxílio do programa bolsa família. Ainda que esses últimos dados sejam menos expressivos, haja vista não refletirem a maioria, são relevantes, pois trata-se de uma população que reside em regiões centrais e com bons

índices de desenvolvimento, e ainda assim está em situação de vulnerabilidade, merecendo um olhar diferenciado.

Drogas

Os dados da pesquisa sugeriram um início cada vez mais precoce para o início do consumo de bebida alcoólica, média de 11,58 anos. Além disso, 14,2% dos sujeitos já beberam cinco doses ou mais em uma única ocasião, pelo menos uma vez na vida, e 9% se expuseram a esse nível de consumo duas vezes ou mais no último mês, o que sinaliza um uso pesado de álcool entre os adolescentes. Comparativamente, Duarte et al. (2009) encontraram média para início do consumo de bebida alcoólica de 13,9 anos, Carlini et al. (2010) descreveu média de 13 anos, e, na amostra do estudo norte americano conduzido por Swendsen et al. (2012), a média de idade para o primeiro consumo de álcool deu-se aos 14 anos.

Esse dado é alarmante, principalmente se considerarmos que, quanto mais precoce o início de uso de qualquer substância psicoativa, maior o risco de comportamento de abuso, devido aos efeitos neurodegenerativos que o uso precoce de substâncias provoca, atuando na redução do controle comportamental, o que se configura como fator relevante para todos os tipos de transtornos por uso de substância (Behrendt et al., 2012; Hammond et al., 2014; Swendsen et al., 2012). Além disso, existem indícios (Behrendt et al., 2012) de que o abuso do álcool poderia promover um papel de sensibilização cruzada para outras drogas, e assim gerar um desejo de experimentar a sensação de intoxicação relacionada a outras substâncias.

Em dados levantados de outros estudos (Carlini et al., 2010; Duarte et al., 2009; Pasucha & Oliveira, 2014; UNODC, 2015; Vorobjov et al., 2014; Zappe, 2014), o álcool também apareceu em primeiro lugar para uso na vida de adolescentes escolares, com variação na frequência de 26,9% a 64,7%. Nos levantamentos anteriores, a segunda droga

mais consumida na vida foi o tabaco (frequência de 9,6% a 32,6%). Apesar da frequência encontrada para experimentação de cigarro (11%) estar compatível com os outros estudos, o consumo de inalantes (19,5%) chama atenção, pois nos estudos anteriores situava-se entre a terceira e quarta droga mais consumida na vida. Ao considerarmos a experimentação de todas as drogas ilícitas, a frequência apontada pelas pesquisas citadas acima variou de 5,2% a 20,3%. Assim, o consumo de inalantes na atual amostra ultrapassa, e muito, a prevalência global (5,2%) de uso de drogas ilícitas, para pessoas acima 15 anos (UNODC, 2015), e se aproxima do consumo de qualquer droga ilícita, para sujeitos de 13 a 15 anos, provenientes de escolas públicas no Brasil (20,3%), conforme apontado por Duarte et al. (2009).

Mediante o padrão de consumo apresentado pela amostra pesquisada, principalmente relativo à idade de início de ingestão de álcool e à alta experimentação de inalantes, pode-se levantar a hipótese de que na amostra desta pesquisa já haveria uma sensibilização cruzada para os inalantes e que os sujeitos estariam em maior risco para evolução de transtornos por uso de substâncias. Porém, seria necessário verificar, através de estudos longitudinais e com amostras de sujeitos mais velhos, se o uso de inalantes é característico da faixa etária e tenderia a diminuir posteriormente, se haveria migração para o uso de outros tipos de drogas e a tendência ao desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias com o aumento da idade, ou ainda, se o uso dessa substância se manteria elevado em amostras mais velhas.

Sexo e Drogas

Quanto à distribuição de participantes da amostragem, houve uma distribuição homogênea dos sexos, com pequeno predomínio do sexo feminino (54,6% para elas e 43,8% para eles), semelhante ao observado em outras pesquisas com estudantes brasileiros (Carlini et al., 2010; Cerutti et al., 2015; Malta et al., 2011). Para o uso de drogas, os resultados indicaram uma tendência dos meninos consumirem mais drogas, lícitas e ilícitas, de maneira geral, apesar da associação entre sexo e uso de drogas só ter sido significativa para uso de

cigarro na vida, indicando experimentação de tabaco significativamente maior por parte deles.

Quando se analisa o uso de álcool, os dados não coincidem com a pesquisa de Connell et al. (2010), na qual 43% dos garotos eram experimentadores de álcool contra 57% das garotas, já que na atual pesquisa os garotos experimentaram mais álcool do que as meninas (51,3% e 44,7% respectivamente). Porém, houve aproximação com os dados de Vorobjov et al. (2014), que não encontraram diferenças para a primeira ocorrência de *binge* alcóolico entre os sexos.

No que diz respeito às afirmações de que meninas estariam mais propensas a consumirem regularmente álcool e a beber de forma problemática, e que, por outro lado, os meninos teriam risco aumentado de usarem outras drogas, os atuais dados não confirmaram os achados de Malta et al. (2011) e McKay et al. (2012). Para associação entre sexo e uso de álcool no mês, os valores não foram significativos, da mesma forma que para *binge* alcóolico no mês, ao contrário do afirmado pelos autores anteriores, a frequência masculina foi maior em ambas as medidas de consumo frequente e problemático de álcool. Para a associação entre sexo e outras drogas, houve uma tendência de acordo com a afirmação de que os meninos estariam em risco aumentado, pois as frequências de uso para eles foram maiores, porém os valores encontrados não foram significativos, com exceção de experimentação de cigarro.

O que se pode observar, de forma geral, foi que a variável sexo não impactou significativamente o comportamento de usar, ou não, álcool, tabaco, inalantes e maconha, neste estudo. Assim, pode-se pensar que, meninos e meninas se comportam de maneira similar no contexto de uso de drogas, e dessa forma, responderiam às ações protetivas de maneira parecida, o que facilitaria uma intervenção de proporções maiores. Entretanto, como

os resultados mostraram uma tendência de maior consumo de drogas geral por parte dos meninos, e tem-se dados sobre os meninos serem mais acometidos pelas consequências negativas do uso de drogas (Duarte et al., 2009), talvez um recorte de gênero se faça necessário em ações com essa população e suas famílias.

Práticas Parentais e Drogas

De maneira geral, pode-se analisar que as práticas parentais do grupo investigado apresentaram valores acima da média, considerando 3 o ponto central da escala, em especial para aquelas relacionadas com a dimensão da responsividade, que, por definição, envolve apoio emocional e boa comunicação entre os membros da família, o que atuaria no desenvolvimento da autonomia dos filhos (Maccoby & Martin, 1983). No presente estudo, essas práticas seriam a cobrança de responsabilidade, o apoio emocional e o incentivo à autonomia. Do outro lado, com potencial de impactar negativamente variáveis emocionais, como autoestima e autoeficácia, se situaram as práticas de controle punitivo e intrusividade. Supervisão do comportamento atingiu valor médio alto ($M= 4,06$), porém não foi relacionado a variáveis emocionais (Teixeira et al., 2006).

Cerutti et al. (2015) referiu em sua pesquisa que, maior controle do pai, diminuiria a chance de experimentação de cigarro e dependência de maconha, e mais afeto por parte da mãe, seria fator protetor para dependência de tabaco. Dentro desta perspectiva, apesar de não ser possível diferenciar qual figura foi responsável por cada prática, os dados apontaram para convergência relativa dos resultados. Houve discordância quanto à associação entre experimentação de cigarro e supervisão do comportamento, porém houve concordância na associação entre dependência de maconha, aqui investigada através da frequência uso no mês, e supervisão do comportamento. Se apoio emocional for considerado como medida de afeto, já que envolve atitudes e comportamentos dos pais que demonstram disponibilidade

para com os filhos e favorecem a segurança emocional dos mesmos, poder-se-á observar uma associação positiva entre dependência de tabaco e apoio emocional.

No contexto das drogas e práticas parentais, estudos têm encontrado repetidamente uma relação inversa entre o conhecimento dos pais sobre o paradeiro de seu filho, e uso de drogas por adolescentes (Connell et al., 2010; Corrêa, 2014; Paiva & Ronzani, 2009; Wagner et al., 2010). De fato, corroborando essa relação, supervisão do comportamento mostrou-se significativamente associada ao uso no ano e uso no mês de todas as drogas menos para bebida alcóolica. O fato do conhecimento dos pais sobre as atividades dos filhos não apresentar impacto sobre a experimentação de cigarro, inalantes e maconha, mas sim sobre a continuação do uso, pode ser considerado fator protetor no comportamento de abuso dessas drogas, já que interromperia o consumo. Por outro lado, supervisão do comportamento não demonstrou associação significativa com o comportamento de beber dos adolescentes, e considerando o álcool a substância de uso mais prevalente entre os sujeitos (32,1% afirmaram uso no último ano e 15,1% no último mês), pode-se supor uma possível naturalização do uso do álcool entre os jovens e suas famílias, pois transmite a ideia de que os pais saberiam do comportamento de beber dos filhos.

Dentre as principais práticas educativas negativas, ligadas ao aumento do risco de envolvimento dos adolescentes com substâncias psicoativas, os estudos destacaram: punir excessiva e inconsistentemente o comportamento indesejável, a gestão exageradamente autoritária ou punitiva, além da exclusão dos filhos da tomada de decisão em família (Connell et al., 2010; Corrêa, 2014; Paiva & Ronzani, 2009; Wagner et al., 2010). Próximas a tais práticas, e medidas por esta pesquisa, estão as práticas de controle punitivo, que dizem respeito ao exercício da autoridade dos pais através de práticas punitivas e da imposição de ideias e valores, embora as consequências da punição possam não ser abusivas, e a

intrusividade, aqui caracterizada pela falta de respeito, por parte dos pais, e intromissão em aspectos da privacidade e intimidade dos filhos.

Contrariando a afirmação dos últimos estudos citados, de que o controle punitivo colocaria os jovens em maior risco para o uso de drogas, encontrou-se uma tendência de valores médios maiores dessa prática entre o grupo que negou uso de drogas. A relação mostrou-se significativa para uso de álcool no ano e para o uso de maconha, tanto para uso no ano, como para uso no mês. Tais resultados sugerem que a percepção de punição atuaria como fator protetor ao uso de álcool e maconha. Já a intrusividade demonstrou, de maneira geral, uma associação negativa com todas as medidas de uso drogas, indicando que a presença dessa prática parental realmente coloca os jovens em maior risco para o uso de substâncias psicoativas, o que corrobora os estudos anteriores (Connell et al., 2010; Corrêa, 2014; Paiva & Ronzani, 2009; Wagner et al., 2010). A associação entre intrusividade foi significativa para os sujeitos que afirmaram uso de maconha no mês, experimentação de inalantes e para todas as frequências de uso de bebida alcóolica. Tais dados sugerem que a invasão dos pais à privacidade dos adolescentes estaria gerando um efeito de aproximá-los do uso de drogas, talvez como forma de expressar ressentimento. Outra possível explicação seria a de que os pais ficariam mais intrusivos ao verem sinais de uso inicial de drogas nos filhos. Entretanto, como este estudo não informa a direção de causalidade e sequência temporal entre os eventos, são necessárias outras pesquisas, com delineamentos apropriados, que permitam afirmações sobre tais hipóteses.

As práticas parentais que foram destacadas como fatores de proteção, e que podem ser relacionadas com as práticas medidas neste estudo, envolvem, estabelecer regras e limites claros e coerentes, monitorar o seu cumprimento, supervisionar o comportamento dos filhos, autoridade exercida com equilíbrio e percepção de apoio (por exemplo, percepção de confiança, compreensão, justiça e orgulho) (Connell et al., 2010; Corrêa, 2014; Paiva &

Ronzani, 2009; Wagner et al., 2010). Em concordância com os autores citados, apoio emocional mostrou associação positiva e significativa para todas as frequências de uso das drogas lícitas, ou seja, para o uso de álcool, ocorrência de *binge* e uso de cigarro, além de associação significativa com experimentação de inalantes.

Discordando dos últimos estudos mencionados, a prática de cobrança de responsabilidade não apresentou associação significativa com o uso de nenhuma droga referida neste estudo, apesar de ter apresentado o maior valor médio ($M= 4,34$) dentre as práticas parentais investigadas. Se for considerada a hipótese de que, em geral, os pais cobram responsabilidades ligadas a tarefas e desempenho escolar dos filhos, poderia se pensar que essa prática não impactaria diretamente no uso de drogas, mas talvez estivesse associada a outra variável da relação, como perspectiva de tempo futuro, por exemplo.

Incentivo à autonomia, citada anteriormente como fator protetor ao uso de drogas (Connell et al., 2010; Corrêa, 2014; Paiva & Ronzani, 2009; Wagner et al., 2010), apresentou associação significativa apenas para experimentação de álcool e, além disso, foi uma associação negativa, ou seja, essa prática foi maior entre os que afirmaram terem bebido. A tendência geral de incentivo à autonomia foi negativa, as médias foram maiores para os que afirmaram *binge* em todas as frequências, que responderam positivamente à experimentação de cigarro e de inalantes, e as do grupo que referiu uso de álcool e maconha no ano. Esse resultado pode ser indício de que a liberdade para tomar decisões deva ser supervisionada ou ainda, os itens que compuseram a investigação dessa prática parental podem estar sendo interpretados pelos participantes como negligência dos pais.

O presente estudo não investigou diretamente os estilos parentais, mas se considerarmos que as práticas mais citadas pelos estudantes descrevem pais exigentes e envolvidos afetivamente, os pais desta amostra poderiam ser encaixados em um perfil

autoritativo, o que segundo Becona et al. (2012) e Paiva e Ronzani (2009), atuaria como fator de proteção ao uso de drogas. Conforme já descrito, e a favor desta última afirmação, cobrança de responsabilidade, supervisão do comportamento e apoio emocional alcançaram as três maiores médias, dentre as práticas parentais investigadas, e as duas últimas mostraram associação significativa com o fenômeno das drogas. Dessa forma, percebe-se que, mesmo quando uma prática isoladamente não impacte o uso de substâncias psicoativas, a combinação delas poderia atuar como fator de proteção ao uso de drogas. Apesar de não se ter uma frequência dos estudantes que referiram as práticas parentais que formariam o estilo parental autoritativo, pode-se considerar que o panorama encontrado foi mais positivo do que o descrito por Weber et al. (2004), no qual 67,3% dos pais não adotavam um estilo parental autoritativo.

Resumidamente, os achados deste estudo, com relação às práticas parentais, revelaram que os maiores fatores de risco para o uso de drogas se constituiriam na presença de intrusividade e incentivo à autonomia, e, no sentido oposto, a adoção das demais práticas parentais, cobrança de responsabilidade (desde que associada às práticas seguintes), apoio emocional, supervisão do comportamento e controle punitivo, atuariam como fator de proteção. A clareza dos pais sobre quais comportamentos compõem cada uma dessas práticas e seus impactos, enquanto proteção ou risco ao uso de drogas para seus filhos, possivelmente proporcionaria aos pais, ou responsáveis, mais segurança ao escolher as práticas educativas a serem adotadas, o que já estaria atuando como fator de proteção aos adolescentes. Como o comportamento dos pais com relação ao uso de álcool, principalmente (Cerutti et al., 2015; Connell et al., 2010; Pasucha e Oliveira, 2014; Zappe, 2014), também tem um impacto direto no comportamento de beber dos filhos, um trabalho de psicoeducação, para tentar sensibilizar uma mudança de comportamento nos próprios pais, se mostrou urgente. Ações mais abrangentes, com envolvimento de mecanismos governamentais e sociais, na tentativa

de melhor conhecer e mudar a “cultura do álcool” entre as famílias também seria interessante.

Autoeficácia e Drogas

De maneira geral, estudos apontaram que a confiança na própria capacidade seria capaz de atuar como fator de proteção ao uso de drogas (Connor et al., 2011; Trigueiros & Gonçalves, 2015; McKay et al., 2012). Nesta perspectiva, o grupo investigado neste estudo, teria a autoeficácia como fator protetor ao uso de drogas, já que para as três medidas, autoeficácia para aprendizagem autorregulada (que diz respeito à organização e cumprimento de tarefas escolares), eficácia autoassertiva (relativa à habilidade de expressar discordância e defender o próprio ponto de vista) e autoeficácia para conseguir suporte parental (que refere-se a habilidade de pedir apoio da família) alcançaram valores acima da média ($M= 3,73$; $M= 3,91$; $M= 3,49$, respectivamente). Ainda que acima da média, os valores obtidos em autoeficácia não foram muito expressivos, o que pode ser considerado vantajoso, se forem considerados os achados de Zappe e Dell’Aglia (2016), que encontraram em sua amostra dados apontando que um elevado nível de autoeficácia estava associado com alto engajamento em comportamentos de risco, o que incluía uso de substâncias psicoativas. Porém, seria interessante um estudo qualitativo para investigar melhor este último apontamento.

Autoeficácia faz parte do conjunto de habilidades denominadas de habilidades sociais (HS) que poderiam atuar como fator individual protetor (Caballo, 2003; Schenker & Minayo, 2005; Olaz et al., 2011). As associações feitas neste estudo, revelaram que, para o uso de bebida alcóolica, as médias dos sujeitos que relataram não terem bebido foram significativamente maiores em autoeficácia para aprendizagem autorregulada e em autoeficácia para pedir suporte parental. Tais dados reforçariam as afirmações de que uma baixa confiança na própria capacidade, em contextos específicos, seria um preditor do abuso

do álcool (Connor et al., 2011) e que HS estariam relacionadas com a frequência do uso de álcool (Vorobjov et al., 2014). Mesmo que os resultados apontem para um fator protetor, não se pode afirmar que este estudo comprove a afirmação dos últimos autores, pois não se utilizou uma medida específica para avaliar a capacidade de resistir ou recusar a oferta de álcool e outras drogas.

Para eficácia autoassertiva não houve valores significativos para associação com uso de drogas, porém a variável apresentou uma tendência de relação negativa para uso de álcool (no ano e no mês), *binge* (na vida e no ano), uso de cigarro (no ano e no mês) e uso de maconha (na vida, no ano e no mês), indicando maior valor médio entre os sujeitos que afirmaram uso das substâncias. Tais dados se aproximam das afirmações de Zappe e Dell’Aglío (2016) e de McKay et al. (2012), na questão de que autoeficácia, ligada principalmente à autoeficácia social, poderia atuar como preditor de uso de álcool e outras drogas. Entretanto, não se pode afirmar que foi encontrado resultado semelhante aos citados pelos autores acima, pois este estudo não utilizou uma medida de autoeficácia similar a dos estudos anteriores.

Já para autoeficácia ligada às competências acadêmicas, pode-se afirmar que o presente estudo obteve resultados que reforçam os achados de McKay et al. (2012). Foi encontrada associação positiva entre autoeficácia acadêmica, ou autoeficácia para aprendizagem autorregulada, e proteção ao uso de substâncias entre os adolescentes, sendo que os estudantes que afirmaram não terem usado droga tiveram médias significativamente maiores nessa medida de autoeficácia, conforme descrito anteriormente.

A habilidade de pedir auxílio à família (autoeficácia para conseguir suporte parental) teve associação significativa com todas as drogas avaliadas, para o uso de álcool, ocorrência de *binge*, uso de cigarro e inalantes em todas as frequências de uso e, ainda, para

experimentação de maconha. Tal resultado pode ser considerado como fator de proteção, pois, segundo Freire e Oliveira (2011), mediante a necessidade de lidar com situações específicas de estresse, a capacidade do sujeito de buscar ajuda quando estiver ansioso, seria uma alternativa ao uso drogas.

Resumidamente, seriam necessárias melhores investigações da autoeficácia ligada à assertividade, pois houve uma tendência de associação negativa com o uso de drogas e da assertividade relacionada ao envolvimento social, já que a literatura (McKay et al., 2012; Zappe e Dell’Aglia, 2016) apontou a possibilidade de atuação como fatores de risco ao uso de drogas. Por outro lado, propiciar o desenvolvimento da autoeficácia para aprendizagem autorregulada e da autoeficácia para conseguir suporte parental pode propiciar o aumento dos fatores de proteção ao uso de drogas entre os adolescentes.

Perspectiva de Tempo Futuro e Drogas

Esta pesquisa optou por investigar a perspectiva de tempo futuro (PTF) ligada aos planos educacionais e/ou profissionais, pois estudos anteriores verificaram que os planos dos adolescentes para o futuro envolviam questões referentes à preparação e atuação profissional e destacavam a importância que os adolescentes atribuem à formação acadêmica para o seu futuro (Pratta & Santos, 2007; Schmitt, 2010). De fato, observou-se que a grande maioria da amostra (71,5%) referiu desejo em fazer faculdade após a conclusão do ensino médio. Esse grande percentual pode ter influências da cultura regional da amostra, já que a maioria dos participantes é proveniente do Distrito Federal, onde há uma valorização da educação superior. Segundo dados do Mapa do ensino superior no Brasil 2015 (<http://convergenciacom.net/pdf/mapa-ensino-superior-brasil-2015.pdf>) nos últimos 13 anos, o ensino superior privado no Distrito Federal obteve um crescimento de 195% em relação ao número de matrículas e o setor público apresentou um aumento de 76%. Somam-

se a esses números as matrículas em cursos a distância (EAD) no Distrito Federal, que registraram de 2009 a 2013 um crescimento de 52%. Esses números também apontam para uma crescente valorização da educação superior ao longo do tempo na região do Distrito Federal.

Partindo do princípio que a PTF atuaria como fator de proteção contra o engajamento no uso de drogas, devido ao seu potencial de levar os sujeitos a pensar sobre o futuro e, assim, estarem mais motivados a fazerem escolhas no sentido de alcançar as metas traçadas (Zappe et al., 2013), pode-se considerar que apenas 10,6% dos participantes deste estudo, que referiram não ter planos ainda, estariam em maior risco para o envolvimento com drogas. Ao se testar a associação entre o uso de drogas e os planos para o futuro, encontrou-se associação significativa para uso de cigarro, uso de inalantes e uso de maconha. Os resultados corroboram os achados de Zappe et al. (2013) para o uso de tabaco, inalantes e maconha, porém refutariam o resultado da pesquisa de Romer et al. (2010), na qual a PTF não foi diretamente relacionada ao uso de drogas, ela apenas teve relação com o atraso de gratificação, mais diretamente relacionado à habilidade de autocontrole. A falta de associação entre o álcool e planos para o futuro pode sugerir uma questão levantada anteriormente, a naturalização do uso de bebida alcóolica, pois parece haver preocupação dos jovens quanto a possíveis prejuízos em seus planos em decorrência do uso de outras drogas, mas não do álcool.

Após todas as análises, foi possível perceber que existem associações entre o uso de drogas, sexo, práticas parentais, autoeficácia e perspectiva de tempo futuro, variando a significância da associação, a substância psicoativa e a frequência de uso. Essa associação não aconteceu apenas para a prática parental cobrança de responsabilidade e eficácia autoassertiva, porém ambas apontaram tendências e/ou sugeriram maior significância quando avaliadas em conjunto com outras variáveis. Dessa forma, investimentos em

pesquisas para confirmar, ampliar e analisar as direções das associações entre as variáveis referidas se mostram viáveis.

Limitações do Estudo

Os resultados devem ser interpretados com cautela, já que limitações podem ser identificadas no presente estudo. Os dados foram coletados em apenas duas regiões, Distrito Federal e Goiânia, que possuem características culturais diversas de outras regiões brasileiras. Além disso, o tamanho da amostra de Goiânia correspondeu a apenas 15% da amostra total, o que dificulta, ou não permite, fazer generalizações sobre características representativas das duas regiões. A amostra se deu por conveniência e seu tamanho não foi suficiente para permitir análises de associações sobre o uso de cocaína e crack/merla. O delineamento transversal, sem a combinação com análises estatísticas multivariadas, impede a análise de relações causais entre as variáveis estudadas.

A variabilidade de conceitos e variações de subescalas dos construtos práticas parentais e autoeficácia dificultaram comparações mais fidedignas com outros estudos, haja vista a falta de coincidência com a medida utilizada neste estudo, como autoeficácia para resistir à pressão e estilo parental negligente, por exemplo.

A variável sexo apresentou pouca associação com o uso de drogas, porém alguns estudos (Gardner & Steinberg, 2005; McKay et al., 2012; Trigueiros & Gonçalves, 2015) apontam que o gênero foi significativo para outras variáveis envolvidas no contexto das drogas. Essa associação indireta, do sexo com as demais variáveis estudadas não foi verificada, o que pode ser um fator limitante para os resultados encontrados.

Implicações para a Prática Profissional

É importante que profissionais envolvidos com a população infanto-juvenil, especialmente os da saúde e educação, reconheçam a importância das práticas parentais, e das habilidades individuais (autoeficácia e perspectiva de tempo futuro) no fenômeno das drogas, pois profissionais como professores e psicólogos tem possibilidade de orientar os pais e promover ações diretas com crianças e adolescentes e, assim, favorecer o aumento dos fatores de proteção.

Os profissionais envolvidos em contextos de saúde mental e educação (psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, dentre outros), munidos desses conhecimentos, teriam aporte teórico-metodológico para se destacarem como multiplicadores dessas práticas, atuando em programas de saúde pública direcionados à jovens e suas famílias, por exemplo, o que impactaria um maior número de indivíduos simultaneamente e contribuiria para mudanças mais efetivas, com resultados coletivos, como a diminuição do consumo abusivo de drogas e de suas consequências negativas. Além disso, em um nível de atenção secundária, as informações sobre as associações que indicam proteção no contexto das drogas podem ser introduzidas em tratamentos ou abordagens de ajuda aos que já fazem uso abusivo de drogas.

Sugestões de Pesquisa Futura

Não foram explorados neste estudo alguns fatores potenciais, indicados como limitações do estudo, que podem estar relacionados ao uso de drogas. No futuro, seria importante conduzir pesquisas para confirmar, ampliar ou refutar os dados descritos. Como sugestão, ampliar a amostra pode permitir análises para o uso de cocaína e crack; incluir outras idades, para comparações sobre mudanças no padrão de uso de drogas; fazer estudos

longitudinais para acompanhar possíveis mudanças nesse padrão e investigar em que direção uma variável impacta a outra.

Incluir análises sobre as associações entre sexo e as demais variáveis (práticas parentais, autoeficácia e planos para o futuro), como práticas parentais, autoeficácia e planos para o futuro, podem favorecer conclusões acerca das influências de uma variável sobre a outra e, assim, subsidiar decisões sobre sequências e variações de implementação de ações que favoreçam de maneira mais efetiva os fatores de proteção ao uso de drogas.

Em futuras avaliações de autoeficácia e de práticas parentais, seria necessário incluir medidas da capacidade de resistir à pressão dos pares, engajamento social com pares e práticas parentais com medidas para comportamentos negligentes dos pais, já que há indícios na literatura (Becona et al., 2012; Dell’Aglia, 2016); McKay et al., 2012; Paiva & Ronzani, 2009; Weber et al., 2004) sobre o impacto dessas variáveis no uso de drogas.

Outra variável que pode revelar impactos significativos sobre o uso de drogas, e que merece investigação, é a constituição familiar e suas variações, conforme já indicado por Becona et al. (2012), Malta et al. (2011), Nardi et al. (2014), Trigueiros e Gonçalves (2015) e Wagner et al. (2010). Além disso, análises descritivas mais detalhadas, como a verificação do uso de múltiplas drogas, poderão auxiliar na melhor compreensão do fenômeno.

Por último, sugere-se mais pesquisas que possam reforçar, ou não, a ideia sugerida pelos resultados encontrados nesta pesquisa, referentes à naturalização do uso de bebida alcoólica entre a população adolescente, pois as consequências desse fenômeno podem impactar negativamente vários aspectos do desenvolvimento e das relações dos jovens.

Referências

- Alves, C. F., Zappe, J. G. & Dell'Aglio, D. D. (2015). Índice de Comportamentos de Risco: construção e análise das propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia*, 32(3), 371-382. doi: 10.1590/0103-166X2015000300003.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Assumpção Jr., F. B., & Kuczynski, E. (2008). Desenvolvimento infantil e agentes estressores. In F. B. Assumpção Jr. & E. Kuczynski (Eds.) *Situações psicossociais na infância e na adolescência* (pp. 03-14). São Paulo: Atheneu.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory for behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baptista, M. N. (2008). O impacto do estresse na criança. In F. B. Assumpção Jr. & E. Kuczynski (Eds.) *Situações psicossociais na infância e na adolescência* (pp. 16-36). São Paulo: Atheneu.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Hermida, J. R. F., & Secades-Villa R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(1), 1–10. doi: 10.3109/09687637.2011.631060.
- Behrendt, S., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Perkonigg, A., Bühringer, G., Lieb, R., & Wittchen, H.U. (2012). The relevance of age at first alcohol and nicotine use for initiation of cannabis use and progression to cannabis use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 123, 48–56. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.10.013.
- Borges, L. M. & Barletta, J. B. (2015). Teorias e modelos explicativos em prevenção e promoção da saúde orientados para o indivíduo e para a comunidade. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos & L. Polejack (Eds.). *Prevenção e promoção em saúde mental:*

- fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 113-150). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos Editora.
- Carlini-Cotrim B.H.R.S, Carlini EA, Silva-Filho A.R., Barbosa M.T.S. (1989). O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos 5); 1989. p. 9-84.
- Carlini, E. L., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini-Cotrim, M., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., . Moura, Y. G. (2010). *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*. Retirado de <http://www.obid.senad.gov.br>.
- Carvalho, I. S. & Pellegrino, A. P. (2015). *Política de drogas no Brasil: a mudança já começou*. Retirado de https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16_CADERNO-DE-EXPERI%C3%84NCIAS_24-03w.pdf.
- Carvalho, R. G., Pocinho, M., & Silva, C. (2010). Comportamento adaptativo e perspectivação do futuro: algumas evidências nos contextos da educação e da saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (3), 554-561.
- Cassoni, C. (2013). *Estilos parentais e práticas educativas parentais: revisão sistemática e crítica da literatura* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cerutti, F., Ramos; S. P. & Argimon, I. I. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. *Acta Colombiana de Psicología*, 18 (2), 173-181.

- Champagne, F. (2010). Epigenetic influences of social experiences across the lifespan. *Developmental Psychobiology*, 52, 299–311. Doi: 10.1002/dev.20436.
- Connell, C. M., Gilreath, T. D., Aklin, W. M., & Brex, R. A. (2010). Social-ecological influences on patterns of substance use among non-metropolitan high school students. *American Journal Community Psychology*, 45, 36–48. doi: 10.1007/s10464-009-9289-x.
- Connor, J. P., George, S. M., Gullo, M. J., Kelly, A. B., & Young R. McD. (2011). A prospective study of alcohol expectancies and self-efficacy as predictors of young adolescent alcohol misuse. *Alcohol and Alcoholism*, 46 (2), 161–169. doi: 10.1093/alcalc/agr004.
- Conrod, P. J., & Nikolaou, K. (2016). Annual research review: on the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 371–394. doi:10.1111/jcpp.12516.
- Cordeiro, D. C. (2013). Dependência química: conceituação e modelos teóricos. In N. A. Zanelatto & R. Laranjeira (Eds.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas* (pp. 25-32). Porto Alegre: Artmed.
- Corrêa, A. O. (2014). *Adaptação e validação do communities that care youth Survey para uma comunidade brasileira* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: ArtMed.
- Dias, M. A. B. (2012). *Políticas públicas para o combate às drogas no Brasil* (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Barbacena).

- Recuperado de <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-0635f6ff3a902553a60464031931a8fe.pdf>.
- Diehl, A., & Souza, P. M. (2013). Principais comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias. In N. A. Zanelatto & R. Laranjeira (Eds.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: Um guia para terapeutas* (pp. 73-91). Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A., & Barroso, L. P. (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas: sumário executivo*. Retirado de <http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>.
- Farrugia, A., & Fraser, S. (2016). Science and scepticism: drug information, young men and counterpublic health. *Health*, 1–21.
- Fraser, S. (2015). A thousand contradictory ways: Addiction, neuroscience, and expert autobiography. *Contemporary Drug Problems*, 42(1), 38–59.
- Freire, S. D., & Oliveira, M. S. (2011). Autoeficácia para abstinência e tentação para uso de drogas ilícitas: uma revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (4), 527-536.
- Freitas, M. F. R. L. (2011). *Autoeficácia: evidências de validade de uma medida e seu papel moderador no desenvolvimento de dotação e talento*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.
- Friedber, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental Psychology*, 41 (4), 625–635.
- Gilbert, L., Raj, A., Hien, D., Stockman, J., Terlikbayeva, A., & Wyatt (2015). Targeting the SAVA (substance abuse, violence, and aids) syndemic among women and

- girls: a global review of epidemiology and integrated interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 69 (2), 118–127.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais – IEP: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Gouveia, V. V., Santos, W. S., Guerra, V. M., Fonseca, P. N., & Gouveia, R. S. V. (2013). Escala de autocontrole: adaptação brasileira e evidências de validade de construto. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 379-386.
- Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., & Ingberman, Y. K. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 69-74.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Hammond, C. J., Mayes, L. C., & Potenza, M. N. (2014). Neurobiology of adolescent substance use and addictive behaviors: prevention and treatment implications. *Adolescent Medicine: state of the art reviews*, 25(1), 15–32.
- Hart, C. (2013). *High price: A neuroscientist's journey of self-discovery that challenges everything you know about drugs and society*. Harper Collins: New York.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2011). *Censo demográfico 2010: Características da população e dos domicílios: resultados do universo*. Retirado de http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf.
- Kaufman, J., Yang, B. Z., Douglas-Palumber, H., Crouse-Artus, M., Lipschitz, D., Krystal, J., & Gelernter, J. (2007). Genetic and environmental predictors of early alcohol use. *Biological Psychiatry*, 61, 1228– 1234. doi:10.1016/j.biopsych.2006.06.039.

- Kazdin, A. E. (2002). Methodology: general lessons to guide research. In A. E. Kazdin (Org.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (vol.3, pp. 877-888). Washington, DC: American Psychological Association.
- Locatelli, A. C. D., Bzuneck, J. A., & Guimarães, S. E. R. (2007). A Motivação de Adolescentes em Relação com a Perspectiva de Tempo Futuro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 268-276.
- Malta, D. C., Porto, D. L., Melo, F. C. M., Monteiro, R. A., Sardinha, L. M. V., & Lessa, B. H. (2011). Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(1), 166-77.
- Marques, L. F., & Dell’Aglío, D. D. (2013). Relações com a escola e fatores psicossociais positivos na adolescência. In V. F. R. Colaço & A. C. F. Cordeiro. *Adolescência e juventude: Conhecer para proteger* (pp. 81-102). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McKay, M. T., Sumnall, H. R., Cole, J. C., & Percy, A. (2012). Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(1): 72–80. doi: 10.3109/09687637.2011.579585.
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de planejamento e investimento estratégico (2015). *Plano plurianual 2016–2019: desenvolvimento, produtividade e inclusão social*. Retirado de <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-2016-2019/ppa-2016-2019-ascom-3.pdf>
- Monahan, K. C., Oesterle, S., & Hawkins, J. D. (2010). Predictors and consequences of school connectedness: The case for prevention. *The Prevention Resercher*, 17 (3), 3-6.

- Murta, S. H., Nobre-Sandoval, L. A., Vinha, L. G. A., Iglesias, F., Miranda, A. A. V., Rocha, V. P., & Souza-Sampaio, A. S. (2015). *Avaliação da Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes*. Dados brutos não publicados.
- Nardi, F. L., Jahn, G. M., & Dell’Aglío, D. D. (2014). Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. *Psicologia em Revista*, 20 (1), 116-137. doi:10.5752/p.1678-9523.2014v20n1p116.
- Olaz, F. O., Medrano, L. A., & Cabanillas, G. A. (2011). Programa vivencial versus programa instrucional de habilidades sociais: impacto sobre a autoeficácia de universitários. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Eds.). *Habilidades sociais, intervenções efetivas em grupo* (175-202). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 177-183. doi:10.1590/S1413-73722009000100021.
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*; 23 (1), 154-162.
- Pasucha, C., & Oliveira, M. S. (2014). Levantamento sobre o uso de drogas por estudantes do ensino médio: Uma revisão sistemática. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22, 171-183. doi:10.4322/cto.2014.043.
- Pereira, M. O., Silva, S. S., Oliveira, M. A. F., Vargas, D., Colvero, L. A., & Leal, B. M. M. L. (2011). A percepção dos adolescentes acerca do álcool e outras drogas no contexto familiar. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas*, 7(3),148-54.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro. *Paidéia*, 17(36), 103-114.

- Ribeiro, M., & Rezende, E. P. (2013). Critérios para diagnóstico de uso nocivo, abuso e dependência de substâncias. In N. A. Zanelatto & R. Laranjeira (Eds.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas* (pp. 33-42). Porto Alegre: Artmed.
- Robertson, A. A., Xu, X., & Stripling, S. (2010). Adverse events and substance use among female adolescent offenders: effects of coping and family support. *Substance use & Misuse*, 45, 451–472. doi: 10.3109/10826080903452512.
- Romer, D., Duckworth, A. L., Sznitman, S., & Park, S. (2010). Can Adolescents Learn Self-Control? Delay of Gratification in the Development of Control over Risk Taking. *Prevention Science*, 11:319–330. doi: 10.1007/s11121-010-0171-8.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiat*. 57(3), 316-331.
- Sbicigo, J. B., Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G. & Dell’Aglío, D. D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Psico*, 43 (2), 139-146.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717. doi: 10.1590/S1413-81232005000300027.
- Schmitt, R. E. (2010). Teoria da Perspectiva de Tempo Futuro: aplicações preliminares e reflexões voltadas à pesquisa no ensino superior. *Revista Educação por Escrito*, 1(1), 5-16.
- Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD (2003). *Política nacional antidrogas*. Retirado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (2010). *Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil*. Retirado de <http://obid.senad.gov.br/obid/biblioteca/publicacoes/legislacao-e-politicas-publicas-sobre-drogas-no-brasil.pdf>.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (2016). *Uma política sobre drogas é uma política sobre pessoas*. Retirado de <http://www.justica.gov.br/noticias/senad-mj-disponibiliza-relatorio-uma-politica-sobre-drogas-e-uma-politica-sobre-pessoas/senad-relatorio-e-anexo.pdf>.

Smart, R. G., Arif, A., Hughes, P. H., Medina Mora, M. E., Navarathan, V., Varma, V. K., & Wadud, K. A. (1980). *Drug use among non-student youth*. World Health Organization. Geneva.

Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K. P., Dierker, L., He, J., & Merikangas, K. R. (2012). Use and Abuse of Alcohol and Illicit Drugs in US Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 390-398.

Teixeira, M. A. P., Oliveira, A. M., Wottrich, S. H. (2006). Escalas de Práticas Parentais (EPP): Avaliando dimensões de práticas parentais em relação a adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 433-441.

Trigueiros, L., & Gonçalves, G. (2015). Auto-eficácia para o consumo de drogas: Diferenças entre consumidores e não consumidores. In A. Esteves, M. A. Cunha, V. J. Sá, E. Panyik, F. Ponte, D. Monteiro, C. Silva, & S. Fernandes (Eds.). *Dos riscos à criminalidade* (pp. 201-212). Braga: Universidade Católica Portuguesa.

United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (2015). *World Drug Report*. Retirado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf.

- Vorobjov, S., Saat, H., & Kull, M. (2014). Social skills and their relationship to drug use among 15–16-year-old students in Estonia: An analysis based on the ESPAD data. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 31 (4), 401-412. doi: 10.2478/nsad-2014-0031.
- Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., Chou, C.P., Pokhrel, P., Duan, L., Baezconde-Garbanati, L., Soto, D. W., & Unger, J. B. (2010). Associations between family structure, family functioning, and substance use among hispanic/latino adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(1), 98–108. doi: 10.1037/a0018497.
- Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), pp.323-331.
- Weber, L. N. D., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, A. J. (2006). Qualidade de interação familiar: Instrumento de medida e programas de prevenção. In M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette, & A. Del Prette (Eds.). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 125-142). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yunes, M. A. M. (2015). Dimensões conceituais da resiliência e suas interfaces com risco e proteção. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos & L. Polejack (Eds.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 93-112). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Zappe, J. G. (2014). Comportamento de risco na adolescência: aspectos pessoais e contextuais (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115076/000956038.pdf?sequence=1>
- Zappe, J. G., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 65(1):44-52. doi: 10.1590/0047-2085000000102.

Zappe, J. G., Moura Jr., J. F., Dell'aglio, D. D. & Sarriera, J. C. (2013). Expectativas quanto ao futuro de adolescentes em diferentes contextos. *Acta Colombiana de Psicología*, 16 (1), 91-100.

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a)

Gostaríamos de convidar sua(seu) filha(o) para participar da pesquisa **Avaliação de Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Fortalecendo Famílias**, conduzido sob minha responsabilidade, Profa. Dra. Sheila Giardini Murta, vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF. O objetivo desta pesquisa é avaliar mudanças na saúde e na vida escolar produzidas por um programa dirigido a crianças, adolescentes e pais chamado “Programa Famílias Fortes”. Estamos na etapa inicial de nossa pesquisa. Neste momento, estamos ainda preparando o questionário de avaliação. Queremos convidar sua(seu) filha(o) para participar desta etapa inicial e responder a um questionário sobre sua saúde e vida escolar, para que possamos examinar a qualidade de nossas perguntas e melhorar nosso questionário. Assim, gostaria de pedir sua autorização para que sua(seu) filha(o) responda ao questionário. Esta atividade deverá durar, aproximadamente, 50 minutos. Você receberá todos os esclarecimentos necessários acerca da pesquisa e lhe asseguro que o nome de sua(seu) filha(o) não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de suas respostas ao questionário ficarão sob a minha guarda, como pesquisadora responsável pela pesquisa. A participação neste estudo é voluntária e livre de qualquer pagamento ou benefício. Você é livre para não permitir que ele(a) participe, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 3107 6890 ou pelo e-mail giardini@unb.br. Você poderá conhecer os

resultados finais deste estudo por meio de um relatório para a comunidade a ser postado no site www.geppsvida.com.br quando da finalização da pesquisa. Além deste relatório, os resultados desse estudo deverão ser publicados posteriormente na comunidade científica e informados aos órgãos do governo interessados na saúde das famílias e adolescentes. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com você. Caso concorde com a participação de seu(sua) filho(a), não é preciso nos devolver esta carta. Caso você discorde, assine abaixo, indicando “não autorização”, e nos devolva a carta. Obrigada!

Não autorizo a participação

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, 24 de maio de 2016.

Anexo B

Questionário sobre Saúde e Vida Escolar



SENAD



<<XXXXXXX>>

QUESTIONÁRIO SOBRE

SAÚDE E VIDA ESCOLAR

**Olá!**

Muito obrigado por participar de nossa pesquisa! Antes de tudo, é importante que você saiba que não existem respostas certas ou erradas para o que vamos perguntar a você. Além disto, repare que o seu nome não está escrito neste questionário. Então, fique à vontade para dizer o que pensa.

Sua opinião sincera é o que nos importa!

Responda com calma e lembre-se de seguir as instruções.

Se tiver dúvida, pode nos chamar.



__ / __ / __

1. Como você imagina sua vida no futuro?

2. Responda o quanto cada uma das afirmações abaixo descreve **SUA MANEIRA DE SER**.

	Nada a ver comigo	Pouco a ver comigo	Mais ou menos	Muito a ver comigo	Tudo a ver comigo
a) Quando discuto com alguém fico aborrecido só de falar nesse assunto	<input type="checkbox"/>				
b) Quando estou com muita raiva é melhor que as pessoas fiquem longe de mim	<input type="checkbox"/>				
c) Quando estou com raiva, tenho mais vontade de agredir a pessoa do que conversar	<input type="checkbox"/>				
d) Fico irritado com facilidade	<input type="checkbox"/>				
e) Faço as coisas que eu gosto mesmo quando atrapalham o meu futuro	<input type="checkbox"/>				
f) Estou mais preocupado com o que me acontece agora do que com coisas no futuro	<input type="checkbox"/>				
g) Não fico me preparando para o futuro	<input type="checkbox"/>				
h) Tento evitar situações quando sei que serão difíceis	<input type="checkbox"/>				
i) Tenho sonhos para o futuro	<input type="checkbox"/>				
j) Não gosto de atividades muito difíceis	<input type="checkbox"/>				
k) Quando as coisas complicam, eu desisto	<input type="checkbox"/>				

3. Veja a situação abaixo:

Numa sexta-feira de sol na escola...



Como você vê, ele está sendo pressionado. Se chamassem você para faltar a aula, o que você faria? Conseguiria resistir ao chamado dos colegas?

Resistir à pressão dos colegas é quando conseguimos dizer não a chamados que podem “ser uma fria”. Quando conseguimos dizer não, quando saímos de fininho, quando não fazemos o que esses colegas querem que a gente faça...

Pergunta: E nas situações que aparecem abaixo, **VOCÊ CONSEGUIRIA RESISTIR?**

	Com certeza eu não consigo	Eu não consigo	Talvez eu consiga	Eu consigo	Com certeza eu consigo
a) Resistir à pressão dos colegas para fazer coisas na escola que podem gerar problemas para você	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Resistir à pressão dos colegas para fumar cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Resistir à pressão dos colegas para beber bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Resistir à pressão dos colegas para fumar maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Resistir à pressão dos colegas para usar remédios como drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Resistir à pressão dos colegas para beijar na boca de alguém que você não quer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Resistir à pressão dos colegas para ter uma relação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por favor, responda **COMO VOCÊ SE SENTE** em relação a cada uma das frases abaixo.

	Com certeza eu não consigo fazer isso	Eu não consigo fazer isso	Talvez	Eu consigo fazer isso	Com certeza eu consigo fazer isso
a) Terminar meu dever de casa (tarefa ou lição) no dia marcado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Estudar quando tem outras coisas interessantes para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sempre me concentrar no que está sendo ensinado durante as aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fazer anotações do que o professor está falando durante a aula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Utilizar várias fontes de informação (internet, biblioteca) para realizar trabalhos escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Planejar o meu dia para fazer as atividades escolares (por exemplo: trabalhos, tarefas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Lembrar das informações apresentadas em aula e em livros da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fazer eu mesmo as atividades escolares (por exemplo: trabalhos, tarefas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Controlar minha vontade de faltar à escola mesmo quando estou chateado ou triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Expressar minhas opiniões quando outros colegas de classe discordam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continue respondendo sobre **COMO VOCÊ SE SENTE** em relação a cada uma das frases abaixo.

	Com certeza eu não consigo fazer isso	Eu não consigo fazer isso	Talvez	Eu consigo fazer isso	Com certeza eu consigo fazer isso
k) Me defender quando sinto que estou sendo tratado injustamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Fazer com que os outros parem de me aborrecer ou ferir meus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Manter-me firme com alguém que está pedindo para que eu faça alguma coisa errada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Pedir aos meus pais (ou responsáveis) que me ajudem com um problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Pedir aos meus irmãos e/ou irmãs para me ajudarem com um problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Pedir aos meus pais para participarem das minhas atividades escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sobre sua vida escolar responda as perguntas abaixo:

5. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você faltou às aulas ou à escola **SEM PERMISSÃO DOS SEUS PAIS OU RESPONSÁVEIS?**

- Nenhum dia (0 dias)
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- Mais de 5 dias

6. Você faz as tarefas ou deveres da escola?

- Nunca
- Raramente
- Várias vezes
- Muitas vezes
- Sempre

7. Como você se sente em relação à escola **ATUALMENTE**?

- Detesto
- Não gosto
- Gosto pouco
- Gosto bastante
- Adoro

8. No geral, como foram suas notas na escola **NO ÚLTIMO ANO** ?

- Baixas
- Médias
- Altas

9. O que você pretende fazer quando você terminar o ensino médio?

- Fazer faculdade
- Fazer curso técnico
- Apenas trabalhar
- Tenho outros planos
- Quais planos? _____
- Ainda não sei

10. Você parou de ir para a escola **NO ÚLTIMO ANO**?

- Não
- Sim

11. Você foi reprovado **NO ÚLTIMO ANO**?

- Não
- Sim

12. Você participa de aulas de **REFORÇO** ou acompanhamento **ESPECIAL** na escola?

- Não
- Sim, para melhorar minhas notas
- Sim, pois fui reprovado no ano anterior

13. De qual disciplina abaixo você mais gosta?

- Língua portuguesa
- Matemática
- Educação física
- Se for outra, escreva qual: _____

14. De qual disciplina abaixo você menos gosta?

- Língua portuguesa
- Matemática
- Educação física
- Se for outra, escreva qual: _____

15. Na nossa casa, diferentes pessoas podem participar da nossa criação e ser o nosso responsável. Por exemplo: mãe, pai, avô, avó, uma tia, um tio, a madrinha, uma irmã mais velha. Sobre a pessoa que **MAIS CUIDA DE VOCÊ** na sua casa, ou seja, o seu responsável,

RESPONDA:

	Nunca	Pouquíssimas vezes	Algumas vezes	Várias vezes	Sempre
a) Me incentiva a dar o melhor de mim em tudo o que eu faça	<input type="checkbox"/>				
b) Me elogia quando eu faço uma tarefa bem feita	<input type="checkbox"/>				
c) Mostra interesse pelas coisas que eu faço	<input type="checkbox"/>				
d) Encontra um tempo para fazer algo divertido comigo	<input type="checkbox"/>				
e) Passa um tempo conversando comigo	<input type="checkbox"/>				
f) Me dá apoio quando eu necessito	<input type="checkbox"/>				
g) Me proíbe de fazer algo que gosto quando eu faço alguma coisa errada	<input type="checkbox"/>				
h) Me castiga se desobedeço alguma ordem	<input type="checkbox"/>				
i) Impõe regras sem pedir minha opinião	<input type="checkbox"/>				
j) Me incentiva na vida	<input type="checkbox"/>				
k) Deixa eu aprender por mim mesmo	<input type="checkbox"/>				
l) Me estimula a tomar decisões sozinho	<input type="checkbox"/>				
m) Me incentiva a ter a minha própria opinião	<input type="checkbox"/>				

Continue respondendo sobre a pessoa que **MAIS CUIDA DE VOCÊ** na sua casa, ou seja, o seu responsável...

	Nunca	Pouquíssimas vezes	Algumas vezes	Várias vezes	Sempre
n) Mexe nas minhas coisas sem me pedir	<input type="checkbox"/>				
o) Faz brincadeiras sobre assuntos meus de um jeito que eu não gosto	<input type="checkbox"/>				
p) Dá palpite em tudo que eu faço	<input type="checkbox"/>				
q) Se intromete nos meus assuntos	<input type="checkbox"/>				
r) Só permite que eu saia de casa se souber onde eu vou	<input type="checkbox"/>				
s) Procura verificar por onde eu ando caso não saiba	<input type="checkbox"/>				
t) Procura saber aonde vou quando saio de casa	<input type="checkbox"/>				
u) Tem a última palavra sobre o que eu posso fazer	<input type="checkbox"/>				
v) Exige que eu vá bem na escola	<input type="checkbox"/>				
w) Me cobra que eu seja organizado(a) com as minhas coisas	<input type="checkbox"/>				
x) Me cobra se eu não levo a sério meus compromissos	<input type="checkbox"/>				
y) Pergunta o que faço quando estou com meus amigos	<input type="checkbox"/>				
z) Me ajuda se eu tiver algum problema	<input type="checkbox"/>				
aa) Sabem quem são os meus amigos	<input type="checkbox"/>				

16. Você alguma vez já experimentou bebida alcoólica?

Exemplos: cerveja, chopp, ice, birinight, vinho, pinga, caipirinha, batidas, catuaba, ou outras.

Não

Sim

17. Que idade você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela **PRIMEIRA VEZ**?

Nunca tomei

Eu tinha _____ anos

18. De um ano para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você tomou alguma bebida alcoólica?

Não

Sim

19. E depois que você experimentou bebida alcoólica a primeira vez você:
(Marque quantas opções você quiser)

Nunca mais tomei

Dou uns goles quando alguém está bebendo

Tomo uma vez ou outra

Tomo só quando alguém me oferece

Tomo apenas em datas especiais (Natal, fim do ano, carnaval)

Tomo em festas ou encontro de famílias (aniversários, churrascos)

Tomo sempre que saio com os meus amigos

Se for outra resposta que não aparece nos exemplos, por favor escreva aqui:

20. De um mês para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**, você tomou alguma bebida alcoólica?

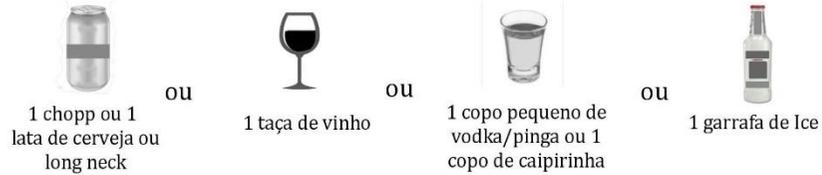
Não

Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês

Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês

Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

A próxima parte ainda é sobre o uso de bebida alcoólica. É muito importante que você responda a essa pergunta calculando quantas **DOSES** de bebida alcoólica você tomou. Assim, nessa questão você deve considerar **UMA DOSE IGUAL A:**



Exemplo: Se você tomou 3 latas de cerveja e 2 caipirinhas na mesma ocasião, então você tomou 5 doses de bebida alcoólica.

Pergunta:

21. Você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica **EM UMA ÚNICA OCASIÃO?**

- Não
- Sim

22. De um ano para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica **EM UMA ÚNICA OCASIÃO?**

- Não
- Sim

23. De um mês pra cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**, quantas vezes você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica **EM UMA ÚNICA OCASIÃO?**

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 a 5 vezes
- Mais de 5 vezes

24. Você alguma vez fumou cigarro?

- Não
- Sim

25. De um ano para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você fumou algum cigarro?

- Não
- Sim

26. De um mês para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**, você fumou algum cigarro?

- Não
- Sim, fumei de 1 a 5 dias no mês
- Sim, de 6 a 19 dias no mês
- Sim, fumei 20 dias ou mais no mês

27. Se você fuma, quantos cigarros você fuma **POR DIA?**

- Não fumo
- De 1 a 10 cigarros por dia
- De 11 a 20 cigarros por dia
- Mais de 20 cigarros por dia

28. Você alguma vez **CHEIROU** algum produto para **SE SENTIR ALTERADO OU DIFERENTE?**
Exemplos: loló, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, esmalte, acetona, tíner, aguarrás, tinta, desodorante aerosol (**NÃO VALE COCAÍNA**).

- Não
 Sim

29. De um ano para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você cheirou algum produto para se sentir alterado ou diferente?

- Não
 Sim

30. De um mês para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**, você cheirou algum produto para se sentir alterado ou diferente?

- Não
 Sim, cheirei de 1 a 5 dias no mês
 Sim, cheirei de 6 a 19 dias no mês
 Sim, cheirei 20 dias ou mais no mês

31. Você já experimentou maconha?

- Não
 Sim

32. De um ano para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você usou maconha?

- Não
 Sim

33. De um mês para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**, você usou maconha?

- Não
 Sim, usei de 1 a 5 dias no mês
 Sim, usei de 6 a 19 dias no mês
 Sim, usei 20 dias ou mais no mês

34. Você alguma vez já experimentou cocaína?

- Não
 Sim

35. De um ano para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você usou cocaína?

- Não
 Sim

36. De um mês para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**, você usou cocaína?

- Não
 Sim, usei de 1 a 5 dias no mês
 Sim, usei de 6 a 19 dias no mês
 Sim, usei 20 dias ou mais no mês

37. Você alguma vez experimentou crack ou merla?

- Não
 Sim

38. De um ano para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você usou crack ou merla?

- Não
 Sim

39. De um mês para cá, ou seja, **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**, você usou crack ou merla?

- Não
- Sim, usei de 1 a 5 dias no mês
- Sim, usei de 6 a 19 dias no mês
- Sim, usei 20 dias ou mais no mês

40. Você já experimentou holoten ou terpinol?

- Não
- Sim

41. **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você teve algum dos problemas abaixo?

Atenção, em cada linha você pode marcar mais de uma resposta se isso foi o que aconteceu com você.

	Não	Sim, porque eu fumei cigarro	Sim, porque eu bebi	Sim, porque eu usei outras drogas	Sim, por razões diferentes do uso de álcool, cigarro ou drogas
a) Discuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Briguei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Me acidentei ou me feri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Perdi dinheiro ou coisas de valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Estraguei meus objetos, celular ou roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continue a responder se **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, você teve algum dos problemas abaixo.

Atenção, em cada linha você pode marcar **mais de uma resposta** se isso foi o que aconteceu com você.

	Não	Sim, porque eu fumei cigarro	Sim, porque eu bebi	Sim, porque eu usei outras drogas	Sim, por razões diferentes do uso de álcool, cigarro ou drogas
f) Tive problemas na relação com meus pais ou responsáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tive problemas na relação com meus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Faltei na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fui mal na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fui roubado ou pegaram algo meu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fui hospitalizado ou atendido em emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta questão é apenas para **MENINAS**

42. Você já ficou grávida?

- Não
- Sim. Que idade você tinha? _____

Esta questão é apenas para **MENINOS**

43. Você já engravidou alguém?

- Não
- Sim. Que idade você tinha? _____

44. NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, você já praticou alguma das ações abaixo?

	Nunca	Pouquíssimas vezes	Algumas vezes	Várias vezes	Muitas vezes
a) Mentiu para tirar vantagem	<input type="checkbox"/>				
b) Xingou pessoas	<input type="checkbox"/>				
c) Ameaçou pessoas	<input type="checkbox"/>				
d) Entrou em lugares proibidos	<input type="checkbox"/>				
e) Jogou objetos em carros na rua	<input type="checkbox"/>				
f) Carregou algum objeto que serve como arma para brigar com alguém	<input type="checkbox"/>				
g) Pegou sem permissão coisas que não são suas	<input type="checkbox"/>				
h) Respondeu mal aos mais velhos	<input type="checkbox"/>				
i) Provocou briga entre outras pessoas	<input type="checkbox"/>				
j) Cuspiu em alguém	<input type="checkbox"/>				
k) Pegou comida ou bebida a mais mesmo sabendo que outra pessoa podia ficar sem	<input type="checkbox"/>				
l) Culpou outra pessoa por algo que você fez	<input type="checkbox"/>				
m) Pichou lugares não permitidos	<input type="checkbox"/>				
n) Estragou coisas na rua (ex, placa, banco, parada de ônibus, janelas, vitrines)	<input type="checkbox"/>				
o) Pegou coisas dos outros quando não estavam olhando	<input type="checkbox"/>				

Para finalizar, gostaríamos de saber um pouquinho mais sobre você.

45. Você pratica algum esporte ou atividade física fora das aulas de educação física?

- Não
 Sim

Quais?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Skate | <input type="checkbox"/> Futebol | <input type="checkbox"/> Tênis |
| <input type="checkbox"/> Corrida | <input type="checkbox"/> Basquete | <input type="checkbox"/> Pilates |
| <input type="checkbox"/> Academia | <input type="checkbox"/> Vôleibol | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Dança | <input type="checkbox"/> Surf | <input type="checkbox"/> Bicicleta |

Se for outra resposta que não aparece nos exemplos, por favor escreva aqui:

46. Você já leu algum livro de histórias, romance, aventura, fantasia? **NÃO** vale livro que o professor passou.

- Não
 Sim

47. Você cuida de bichos de estimação?

- Não
 Sim



48. Você ajuda os seus pais em casa **SEM ELLES PEDIREM?**

- Não
 Sim

49. Você ajuda os seus professores em sala de aula?

- Não
 Sim

50. Você já participou de algum concurso na escola (por exemplo: concurso de redação, matemática, robótica)?

- Não
 Sim. Qual? _____

51. Você participa de algum grupo? (por exemplo: grupo da igreja, grupo de jovens da comunidade, grupo de corrida, você tem banda, canta em algum coral)

- Não
 Sim. Qual? _____

52. Você toca algum instrumento musical?

- Não
 Sim. Qual? _____

53. Você é...

- Menina
 Menino

54. Quantos anos você tem?

- 10 anos
 11 anos
 12 anos
 13 anos
 14 anos
 Outra idade _____

55. Em que ano escolar você está?

- 4º ano
 5º ano
 6º ano
 7º ano
 8º ano
 9º ano
 Outro. Qual? _____

56. Qual ou quais pessoas listadas abaixo moram na mesma casa que você?

PODE MARCAR MAIS DE UMA.

- Pai
 Padrasto
 Mãe
 Madrasta
 Irmão(s)
 Avós
 Outros. Quem? _____

57. Até que grau sua **MÃE** (ou responsável) estudou?

- Nunca estudou
- Não completou o 5º ano
- Completou o 5º ano, mas não completou o 9º ano
- Completou o 9º ano, mas não completou o Ensino Médio
- Completou o Ensino Médio, mas não completou a Faculdade
- Completou Curso Técnico - Profissionalizante
- Completou a Faculdade
- Não sei

58. Alguém na sua casa recebe Bolsa Família?

- Não
- Sim
- Não sei

Mais uma vez agradecemos a sua valiosa participação!



Agora, se você quiser e ainda tiver tempo, encontre os sete erros entre as figuras abaixo.

