

Universidade Federal de Mato Grosso  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre  
adolescentes da Rede Pública do Ensino Fundamental e  
Médio de Cuiabá – Mato Grosso, Brasil.**

Luciana Martins Frassetto de Freitas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Delma Perpétua Oliveira de Souza.

Cuiabá-MT

2016

**Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre  
adolescentes da Rede Pública do Ensino Fundamental e  
Médio de Cuiabá – Mato Grosso, Brasil.**

**Luciana Martins Frassetto de Freitas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Delma Perpétua Oliveira de Souza.

Cuiabá – MT

2016

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

M386f Martins Frassetto de Freitas, Luciana.  
Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre adolescentes da Rede Pública do Ensino Fundamental e Médio de Cuiabá – Mato Grosso, Brasil. / Luciana Martins Frassetto de Freitas. -- 2016  
122 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Delma Perpétua Oliveira de Souza.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuiabá, 2016.  
Inclui bibliografia.

1. Adolescente. 2. Abuso de drogas. 3. Educação. 4. Epidemiologia. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO/TESE  
PELO ORIENTADOR

Eu Delma Perpétua Oliveira de Souza, pelo presente termo declaro ter feito a devida revisão da Dissertação/Tese "Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre adolescentes da Rede Pública do Ensino Fundamental e Médio de Cuiabá – Mato Grosso, Brasil.", de autoria do Mestrando(a) Luciana Martins Frassetto de Freitas, do(a) qual fui orientador e certifiquei de que todas as orientações, sugestões e necessidades de correções feitas pela Banca Examinadora da Defesa foram acatadas e cumpridas. Sendo assim, o texto está pronto para ser entregue à Coordenação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ISC/UFMT na forma de arquivo eletrônico em PDF.

Portanto, autorizo a entrega dos CDs com o arquivo eletrônico da mesma e 01 cópia impressa.

Data: 23/06/2016

  
\_\_\_\_\_  
Prof(a) Dr(a) Delma Perpétua Oliveira de Souza

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Eduardo e Sonia, por estarem sempre ao meu lado. Apesar de dedicatórias voltadas à família serem, por vezes, consideradas “clichê”, eu não consigo pensar em alguém que não sejam eles. Afinal, eles me ensinaram e incentivaram a seguir meu coração e sonhos, com seus exemplos de perseverança e, principalmente, fé em Deus.

Aos meus irmãos Pedro e Cecília pelas palavras de amor e paciência que tiveram comigo. Obrigada por fazer-me crescer.

Aos meus tios João Bosco e Raquel e a minha prima Jaqueline, que novamente se mostraram dispostos em me ajudar quando mais precisei e, principalmente, pela paciência que tiveram comigo no período que estive com vocês todos os dias.

Aos meus amigos Marianne, Tuanny, Luan e Florentino pelo suporte físico e emocional que proporcionaram quando eu mais precisei. Sempre estiveram ao meu lado, desde o curso de graduação, me oferecendo o melhor de vocês.

À minha amiga Bianca, uma das maravilhas que o curso de mestrado me trouxe, sempre com uma palavra de coragem a me oferecer.

Aos meus amigos e colegas de turma do curso de mestrado, pelo desprendimento sempre que necessário. Em especial ao Jackson e Patrícia, pela disposição em ajudar sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Agência do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), pela bolsa concedida durante todo o curso de mestrado.

À Secretaria de Estado de Educação (SEDUC) e as escolas participantes, pelo apoio e paciência para que esta pesquisa pudesse ser executada com êxito.

À Diretora do Instituto de Saúde Coletiva, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gisela Soares Brunken, à Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ruth Terezinha Kehrig, a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marina Atanaka pelos conhecimentos transmitidos nas disciplinas ministradas e ao Prof. Dr. Luis Henrique Leão pela amizade e palavras de encorajamento.

Aos servidores da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, campus Cuiabá, do Instituto de Saúde Coletiva – ISC, pela paciência e disposição em sempre ajudar quando necessário.

Aos professores e doutores Domingos Tabajara de Oliveira Martins, Ana Regina Noto Faria e Lenir Vaz Guimarães, por aceitaram participar da banca de defesa e pela dedicação nas correções, o que foi extremamente importante para a finalização deste trabalho.

À professora Dra. Delma Perpétua Oliveira de Souza, minha orientadora, por aceitar desenvolver esta pesquisa e por compartilhar o seu conhecimento na área de epidemiologia e de saúde mental. Agradeço pela dedicação durante esses dois anos de estudos e por se mostrar sempre disposta a ajudar.

Ao meu amigo Maurício, sem ele a pesquisa não teria sido tão gostosa de realizar. Agradeço pela força e disposição em ajudar na coleta dos dados e, principalmente, pelos momentos de descontração que me proporcionou ao longo desta jornada.

*"As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes."*

**Antonio Nery Filho**

## RESUMO

Freitas LMF. Uso de substâncias psicoativas e fatores associados entre adolescentes da rede pública do ensino médio e fundamental de Cuiabá – Mato Grosso, Brasil [dissertação]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT; 2016.

**Introdução:** O uso de substâncias psicoativas é também um problema de saúde pública, afetando a população de modo geral, principalmente a população de adolescentes. Esta fase é marcada pelo desenvolvimento psíquico, cognitivo e afetivo, se expondo a todo o momento em situações de conflitos e descobertas. O conhecimento da relação entre o uso de drogas psicoativas e os fatores associados é importante na elaboração de estratégias de prevenção primária e secundária para este grupo populacional. **Objetivo:** Analisar os fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre adolescentes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT. **Métodos:** Estudo transversal com amostragem aleatória sistemática de 872 estudantes adolescentes do Ensino Fundamental, Médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA), da área urbana de Cuiabá-MT. Aplicou-se, em sala de aula, um questionário anônimo de auto-preenchimento, o qual foi submetido a um teste-reteste avaliado pelo teste de confiabilidade Kappa. Os dados foram submetidos à análise univariada, bivariada, por meio da Razão de prevalência, teste do Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ) e o respectivo Intervalo de Confiança de 95%, e em seguida, foram incluídas na análise de Regressão de Poisson aquelas as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,20$ . **Resultados:** Verificou-se que entre os adolescentes houve uma forte associação entre uso na vida de drogas psicoativas (exceto álcool e tabaco) com as variáveis de relacionamento insatisfatório entre os pais e estilo parental não-autoritativo. Quanto ao uso na vida de narguilé observou-se alta prevalência (39,9%), o qual se mostrou associado à idade elevada, falta às aulas, relacionamento familiar ruim, uso de álcool e outras drogas. **Conclusão:** Os resultados indicam o contato cada vez mais precoce dos adolescentes às substâncias psicoativas, com destaque para a crescente procura pelo uso do tabaco por meio do narguilé. Sugere-se o realinhamento das políticas existentes sobre drogas às novas configurações da sociedade globalizada, com ações de prevenção e cuidado, envolvendo tanto ambiente escolar como familiar.

**Palavras-chave:** Adolescente; Educação; Abuso de drogas; Dependência química; Epidemiologia.

## ABSTRACT

Freitas LMF. Substance use and associated factors among adolescents in public high school and elementary Cuiabá - Mato Grosso, Brazil [dissertation]. Cuiabá: Public Health Institute of UFMT ; 2016.

**Introduction:** The use of psychoactive substances is also a public health problem, affecting the population in general, particularly the adolescent population. This phase is marked by psychological, cognitive and emotional development, exposing themselves at all times in situations of conflict and discoveries. Knowledge of the relationship between the use of psychoactive drugs and the associated factors is important in the development of primary and secondary prevention strategies for this population group. **Objective:** To analyze the factors associated with substance use among adolescents in elementary and high school in Cuiabá Education State Network - MT. **Methods:** Cross-sectional study with random sampling systematic 872 teenage students of Elementary Education, Middle and Youth and Adult Education (EJA ) , the urban area of Cuiabá MT. Be applied in the classroom, an anonymous self-completion questionnaire, which was submitted to a test-retest reliability assessed by Kappa test. The data were submitted to univariate, bivariate, through prevalence ratio, chi-square test ( $p < 0.05$ ) and its 95% confidence interval, and then were included in the regression analysis Poisson those variables with  $p \leq 0,20$ . **Results:** It was found that among adolescents there was a strong association between lifetime use of psychoactive drugs (excluding alcohol and tobacco) with the unsatisfactory relationship variables between parents and non-authoritative parenting style. As for the lifetime use of hookah observed high prevalence (39.9%), which was associated with older age, missing school, poor family relationships, use of alcohol and other drugs. **Conclusion:** The results indicate the contact increasingly early teens to psychoactive substances, especially the increasing demand for use of tobacco through hookah. It is suggested realignment of existing drug policies to new configurations of global society, with prevention and care, involving both the school environment and family.

**Keywords:** Adolescents; Education; Drug abuse; Addiction; Epidemiology.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1 FARMACOLOGIA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONCEITOS BÁSICOS</b> .	17
2.1.1 Conceito de Substâncias Psicoativas .....	17
2.1.1.1 Substâncias Depressoras do Sistema Nervoso Central .....	18
2.1.1.2 Substâncias Estimulantes do Sistema Nervoso Central .....	23
2.1.1.3 Substâncias Perturbadoras do Sistema Nervoso Central .....	26
2.1.1.4 Outras Substâncias .....	28
2.1.2 Uso, Abuso e Dependência .....	30
<b>2.2 ADOLESCÊNCIA – GRANDES TRANSFORMAÇÕES</b> .....	32
2.2.1 Consumo de Substâncias Psicoativas e Fatores Associados entre os Adolescentes.	33
<b>2.4 EDUCAÇÃO BÁSICA</b> .....	37
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	40
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	41
4.1 OBJETIVO GERAL .....	41
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	41
<b>5 MÉTODO</b> .....	42
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	42
5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	42
5.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	43
5.3 PLANO AMOSTRAL .....	43
5.3.1. Plano de Amostragem .....	43
5.4 O INSTRUMENTO .....	47
5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	47

5.6 TREINAMENTO DOS APLICADORES .....	49
5.7 TESTE RETESTE .....	49
5.8 OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO .....	51
5.9 ARMAZENAMENTO E CRÍTICA DOS DADOS .....	52
5.10 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
5.14 ASPECTOS ÉTICOS .....	53
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
Manuscrito 1 .....	54
Manuscrito 2 .....	71
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>87</b>
<b>9 ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>
ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM.....	95
ANEXO 2 – Autorização da Secretaria de Estado de Educação.....	98
APÊNDICE 1 – Instrumento de coleta de dados.....	99
APÊNDICE 2 – Manual do Aplicador .....	119
APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Distribuição do número de escolas, alunos e turmas existentes em 2013, e o número de escolas e turmas a serem sorteadas de acordo com os Estratos definidos por tipo de ensino ofertado nas escolas da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2013..... 45

**Tabela 2** – Distribuição proporcional segundo a classificação kappa das 211 questões. Cuiabá, Mato Grosso, 2015 ..... 51

### **Manuscrito 1**

**Tabela 1** – Associação do uso de substâncias psicoativas na vida (exceto álcool e tabaco), segundo variáveis sociodemográficas e escolares entre os adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015. (N=872) ..... 61

**Tabela 2** – Associação do uso de substâncias psicoativas na vida (exceto álcool e tabaco), segundo variáveis familiares entre adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015. (N=872) ..... 62

**Tabela 3** – Fatores associados ao uso na vida de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco) em adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015..... 63

### **Manuscrito 2**

**Tabela 1** – Associação do uso de narguilé, segundo variáveis sociodemográficas, escolares, relações familiares e condutas de saúde entre os adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015. (n=862)..... 78

**Tabela 2** – Fatores associados ao uso na vida de narguilé em adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá-MT, 2015..... 79

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Faixa etária preconizada para cada ciclo e sua respectiva fase ..... 38

### **Manuscrito 1**

**Figura 1** - Proporção de usuário na vida de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na amostra de adolescentes escolares. Cuiabá-MT, 2015. .... 60

### **Manuscrito 2**

**Figura 1** – Uso de substâncias psicoativa entre adolescentes matriculadas na Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015. (N=862). .... 77

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Nome químico dos principais medicamentos barbitúricos e sua duração quanto aos efeitos esperados. ....	21
<b>Quadro 2</b> – Nome químico e comercial dos principais opioides .....	22
<b>Quadro 3</b> – Nome químico e comercial dos principais medicamentos a base da substância anfetamina .....	23
<b>Quadro 4</b> – Nome químico de esteroides anabolizantes, segundo a via de administração .....	29

## SIGLAS UTILIZADAS

BDZ – Benzodiazepínicos

CAGE – *Cut-down-Annoyed-Guilty-Eye-opener*

CBA – Ciclo Básico de Aprendizagem

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CNE – Conselho Nacional de Educação

DSM-V – 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EJA – Ensino de Jovens e Adultos

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

OMS – Organização Mundial da Saúde

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar

SDA – Síndrome de Dependência Alcoólica

SEDUC – Secretaria de Estado de Educação

SNC – Sistema Nervoso Central

SRQ-20 – *Self-Reporting Questionnaire*)

TMC – Transtorno Mental Comum

# 1 INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é um fenômeno bastante antigo na história da humanidade. O primeiro registro foi sobre o uso do ópio e da maconha cerca de 3.000 a.C, inicialmente de cunho religioso ou médico foram disseminadas com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável (AZEVEDO, 2000).

Nas últimas décadas do século XX, estudos epidemiológicos foram surgindo evidenciando o uso, abuso e dependência de drogas em vários países do mundo. O uso indiscriminado de drogas pela população mundial tem sido tratado na atualidade como um grave problema de saúde pública, por atingir tanto homens como mulheres, de qualquer faixa etária, classe econômica e social. Também pelos seus efeitos na saúde física, mental e psicossocial, pois têm ameaçado valores políticos, econômicos e sociais, além de aumentar a demanda por serviços de saúde e contribuir para o crescimento da violência (OMS, 1955, 2001, 2004; SENAD, 2009; UNODOC, 2012).

Com processo de transição epidemiológica e demográfica iniciado no final do século XIX, cujos impactos estão visíveis na atualidade com as doenças crônicas não transmissíveis, tornou-se uma das preocupações recentes dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tendo como principais causas de mortalidade e morbidade as doenças crônico-degenerativas, as neoplasias e as causas externas (SCHRAMM *et al.*, 2004). Este cenário vem demandando um melhor conhecimento da prevalência de certos comportamentos que aumentam os riscos de ocorrência destes agravos, dentre eles os padrões de uso de álcool e outras drogas por constituírem fatores contribuintes para o evento desses quadros (CARLINI-COTRIM *et al.*, 2000).

No Brasil têm sido realizados levantamentos específicos sobre o uso de drogas na população estudantil e geral. Entre os estudantes do Ensino Fundamental e Médio estudos nacionais são desenvolvidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), desde os anos de 1987 (CARLINI-COTRIM *et al.*, 1989; CARLINI *et al.*, 1990; GALDURÓZ *et al.*, 1993, 1997, 2004; CARLINI *et al.*, 2010). Com a população geral foram realizados apenas dois levantamentos nacionais, em cidades com mais de 200.000 habitantes, o primeiro em 2001 e o segundo em 2005 (CARLINI *et al.*, 2002; CARLINI E GALDURÓZ, 2006).

Nas últimas décadas, verifica-se uma crescente preocupação de vários setores nacionais, no sentido de dotar o Brasil de dados científicos sobre o uso de drogas na população estudantil do ensino fundamental e médio, por atender uma população vulnerável a este comportamento.

No estado de Mato Grosso e no município de Cuiabá-MT, algumas foram as pesquisas sobre o uso de drogas e comportamento de saúde entre os adolescentes, com destaque para o estudo de CASTRO *et al.* (2011) realizado em Barra do Garças – MT, SOUZA e MARTINS (1998) e SOUZA *et al.* (2005) em Cuiabá. Os resultados mostraram que o uso de álcool predominou entre os participantes destes três estudos, com 74,4%, 78,6% e 71,3%, respectivamente. Já em relação ao uso de qualquer substância psicoativa (exceto álcool e tabaco), outros dados do VI levantamento nacional informaram uma prevalência de 25,6% (CARLINI *et al.*, 2010).

Tais levantamentos vêm apontando a prevalência de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas em adolescentes e despertado o interesse das autoridades, comunidade científica e população geral, sobre quais os fatores envolvidos nesse comportamento. No estudo de DOMINGUES *et al.* (2011) identificaram que as relações estabelecidas no âmbito familiar estão associadas às escolhas dos adolescentes pelo uso de substâncias psicoativas. Assim como ter membro na família que faz uso de álcool, desorganização familiar, violência doméstica, comportamento de risco a saúde pelos adolescentes, nível socioeconômico, entre outros (MALTA *et al.*, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2009), porém poucos autores trabalham as relações entre pais os pais.

Além disso, alguns estudos vêm apontando um grande consumo de narguilé entre os adolescentes quando comparada com o uso do tabaco de forma clássica (cigarro de tabaco), principalmente por proporcionar no momento do uso oportunidade de sociabilidade. Os fumantes que optam por este instrumento também estão expostos a diversos riscos à saúde, como tuberculose, hepatite, herpes, entre outras que podem ser transmitidas via oral, bem como, doenças advindas das substâncias tóxicas que são inaladas durante o uso, como o alcatrão, monóxido de carbono e a nicotina (AKL *et al.*, 2010).

Considerando que a adolescência é uma fase de desenvolvimento psíquico, cognitivo e afetivo e que diversos são os fatores envolvidos no processo de experimentação de substâncias psicoativas, torna-se pertinente conhecer tais fatores que estão relacionados ao uso de álcool e outras drogas. O monitoramento constante deste comportamento permite a mensuração da efetividade de diversos programas de promoção à saúde e prevenção, além de

auxiliar no sucesso destas ações (MARQUES e CRUZ, 2000). Desta forma, o presente estudo busca responder o seguinte questionamento: “na população de estudantes adolescentes, da rede pública estadual do ensino fundamental e médio de Cuiabá-MT, que fatores estão associados ao uso de substâncias psicoativas?”, visando contribuir para as ações de prevenção ao uso de substâncias psicoativas nas políticas públicas.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 FARMACOLOGIA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONCEITOS BÁSICOS

#### 2.1.1 Conceito de Substâncias Psicoativas

Diversos termos são utilizados, tanto na literatura especializada, quanto na leiga ou coloquial, para designar as substâncias que atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e que modificam o comportamento. As mais usadas são: psicotrópicos, narcóticos, tóxicos e drogas. Entretanto, cada denominação guarda consigo significações distintas e relacionadas aos diferentes contextos sociais e histórico (MEDINA *et al.*, 2014).

Diante da diversidade de termos, a expressão “substâncias psicoativas” é bastante usada na literatura, por se tratar de um termo que não atribui características de “juízo de valor” em comparação às demais (MEDINA *et al.*, 2014). No presente trabalho, a denominação utilizada será segundo a conceituação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1955) que define serem substâncias psicoativas aquelas que ao entrarem em contato com o organismo humano, através de diversas vias de administração, atuam no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição.

As drogas psicoativas segundo a OMS englobam desde medicamentos até álcool e solventes, porém existem algumas diferenças quanto à legalidade para consumo destas substâncias, podendo ser lícita ou ilícita. Com base em SOUZA (2006), concebem-se como drogas psicoativas lícitas aquelas aceitas socialmente, como álcool e tabaco, e ilícita aquelas cujo uso tem penalidades previstas na Lei Federal 11.343 de 2006. Entretanto, esta última não demanda uma separação conceitual nítida, pois apresenta ampla flutuação nos diversos contextos socioculturais.

## 2.1.2 Classificação das substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas estão organizadas em três grupos, de acordo com tipos de alterações provocadas no SNC, baseado nos efeitos de cada substância sobre a expressão motora de cada indivíduo (CARLINI *et al.*, 2010).

No entanto há de se considerar que as bases da classificação farmacológica é consequência direta das tentativas de tratamento de sinais e sintomas de doenças comuns. Porém com os avanços da ciência os diagnósticos são aprimorados, surgindo novos fármacos baseando-se no mecanismo de ação das substâncias psicoativas.

### 2.1.1.1 Substâncias depressoras do sistema nervoso central

As depressoras da atividade do SNC referem-se às substâncias que diminuem a atividade do cérebro, ou seja, deprimem o seu funcionamento, fazendo com que a pessoa fique desatenta, “devagar”, desinteressada pelas coisas. Este grupo também pode ser chamado de psicodélicos (CARLINI *et al.*, 2010).

Pertencem a este grupo as seguintes substâncias: álcool; inalantes e solventes; ansiolíticos e tranquilizantes; barbitúricos e sedativos; opiáceos e opióides. Cada uma delas possui diversos efeitos e perigos ao organismo humano.

- **Hipnosedativos**

- Álcool (ex. fermentados: vinho e cerveja; destilados: whisky, pinga e vodka)

O álcool é uma das substâncias mais antigas consumida pelo ser humano e esteve presente em diversas culturas, usada principalmente em momentos festivos. Ao ser ingerido o álcool provoca alterações em vários sistemas neuroquímicos cerebrais. As quais poderiam explicar as modificações motoras como incoordenação da marcha e deficiência na atenção e na regulação do sono-vigília (SILVA *et al.*, 2010).

O uso abusivo do álcool pode trazer diversas complicações no corpo humano, sendo que já foram encontrados mais de sessenta tipos de doenças decorrente do seu consumo. As

quais incluem câncer, cirrose, suicídios, perturbações familiares, mudanças de comportamento, danos intencionais (dependência química) e não intencionais (como beber e dirigir) (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007). Além dos transtornos psiquiátricos decorrentes do uso, tais como: transtorno psicótico delirante induzido pelo álcool, intoxicação patológica, *blackouts* alcoólicos, depressão, suicídio, hipomania, ansiedade, danos no tecido cerebral, ciúme patológico, transtorno de personalidade, transtornos alimentares, esquizofrenia e complicações sociais (SILVA *et al.*, 2010).

#### - Solventes

Os solventes são substâncias capazes de dissolver coisas, em geral são altamente voláteis e por este motivo podem ser facilmente inalados (CEBRID, 2010). Estas substâncias pertencem a um grupo de produtos bastante diversificado: gasolina, cola, solventes, tintas, vernizes, esmaltes, aerossóis removedores, fluido de isqueiro, gás de botijão, benzina, inseticidas, extintores de incêndio, laquê, acetonas, lança-perfume, cheirinho da loló, etc. Podem ser inalados involuntariamente por trabalhadores da indústria ou utilizados como drogas psicoativas de abuso (BORDIN *et al.*, 2010).

A principal via de administração para intoxicação voluntária é por meio da inalação, porém em caso de aproximação policial existem casos em que ocorre a ingestão do produto. Assim como o álcool, os inalantes possuem efeitos farmacodinâmicos específicos que não são muito compreendidos. A teoria mais aceita até o presente momento é que os inalantes ou solventes funcionam pela fluidização das membranas celulares (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007; BORDIN *et al.*, 2010).

A intoxicação produz sensações semelhantes ao do álcool: euforia inicial seguida de depressão (BORDIN *et al.*, 2010). Os efeitos ao organismo humano quanto ao uso crônico incluem lesões hepáticas ou renais irreversíveis e lesões musculares permanentes associadas à rabdomiólise. Outros efeitos adversos apresentam sintomas cardiovasculares e pulmonares (como dor torácica e espasmo brônquico), gastrintestinais (como dor, náuseas, vômitos e hematêmese) e neurológicos (como neurite periférica, cefaleia, parestesia, sinais cerebelares e encefalopatia por chumbo) (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007).

## - Ansiolíticos

Com a finalidade de atuar exclusivamente sobre a ansiedade e tensão, foram criados medicamentos que tivessem por este objetivo, os quais são chamados de tranquilizantes, por proporcionar à pessoa estressada, ansiosa e tensa a sensação de tranquilidade. Entretanto, ansiolíticos tem sido a terminologia mais utilizada para designar à estes medicamentos, pois “destroem” a ansiedade (CEBRID, 2010).

Após a introdução dos benzodiazepínicos nos Estados Unidos da América (EUA) em 1960 esses produtos se tornaram os medicamentos mais prescritos. No Brasil, assim como nos EUA, os benzodiazepínicos (BDZs) são um dos medicamentos mais utilizados, atualmente são mais de cem remédios legalizados para tratamento médico no país (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007). Os mais conhecidos são: Alprazolam, Bromazepam, Clobazam, Clonazepam, Clordiazepóxido, Cloxazolam, Diazepam e Lorazepam.

Os BDZs possuem a habilidade de produzir depressão ao SNC e vários riscos estão associados ao seu uso. Podem ser de ordem biológica e psicológica (BORDIN *et al.*, 2010):

- Riscos biológicos: afetam o controle central da função endócrina e aumentam os níveis plasmáticos de cortisol, prolactina e hormônios do crescimento. Além de causar deformidades fetais quando usada durante a gravidez.

- Riscos psicológicos: o uso dos BDZs quando usado no tratamento à reação ao estresse ou ao luto pode retardar a adaptação normal. Também tem demonstrado risco para acidentes, principalmente por veículos automotores, podendo aumentar em até cinco vezes o risco de acidentes. Além de prejudicar o desempenho psicomotor, a atenção, a vigilância e a capacidade de julgamento.

- Barbitúricos

Os barbitúricos são aqueles medicamentos que possuem a capacidade de diminuir a atividade do cérebro. Quando a droga possui a função de diminuir a dor é chamada de analgésico, já quando o sedativo possui a capacidade de aliviar a insônia, produzindo sono, recebe o nome de hipnótico ou sonífero, e quando um calmante é capaz de atuar em estados elevados de ansiedade chama-se ansiolítico. (CEBRID, 2010).

Existem diversos produtos com a função de diminuir a atividade do cérebro. Porém os barbitúricos pertencentes ao grupo de drogas sedativos-hipnóticos são os mais usados entre os toxicômanos (usuário de uma droga). Descoberta no início do século XX surgiu antes dos

benzodiazepínicos, o qual passou a ser prescrito com frequência, porém ao alto poder de abuso, atualmente, passou a ser rara sua indicação (CEBRID, 2010; SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007). Os medicamentos calmantes e sedativos mais conhecidos estão apresentados no Quadro 2.

**Quadro 1** – Nome químico dos principais medicamentos barbitúricos e sua duração quanto aos efeitos esperados.

<b>Nome químico</b>	<b>Duração da ação</b>
Amobarbital	Ação curta a intermediária
Barbital	Ação prolongada
Butobarbital	Ação curta a intermediária
Fenobarbital	Ação prolongada
Hexobarbital	Ação curta a intermediária
Mefobarbital	Ação prolongada
Pentobarbital	Ação curta a intermediária
Secobarbital	Ação curta a intermediária
Tiamilal	Ação ultra-curta
Tiopental	Ação curta a intermediária

Fonte: SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007

A indução enzimática e a aceleração do processo de degradação dos barbitúricos contribuem para o aparecimento da tolerância. A privação brusca das doses o indivíduo passa a ter a síndrome de abstinência, em intoxicações médias manifesta-se por anorexia, insônia, tremores e hipertermia, náuseas e vômitos e alteração do EEG (eletroencefalograma). Em intoxicação graves (caracterizada pelo uso de 2 gramas por dia durante vários meses), os sintomas precedentes são, geralmente, quadros de delirium, com possibilidade de aparecimento de convulsões epléticas (TOUZEAU, 1991). A síndrome de abstinência requer obrigatoriamente tratamento médico e hospitalização, pois há risco de a pessoa vir a falecer (CEBRID, 2010).

- **Hipnoanalgésicos**

- Opiáceos e opióides

As substâncias chamadas de drogas opiáceas são aquelas obtidas através do ópio, derivado da planta *Papaver somniferum* ou papoula do oriente. Estas drogas podem ser

naturais, como a morfina e a codeína, ou modificadas parcialmente chamando-se opiáceos semi-sintéticos, por exemplo, a heroína que é obtida por meio da morfina, ou totalmente sintética, como a meperidina, propoxifeno, metadona, entre outros. Apesar de serem produzidas em laboratório possuem ação semelhante aos opiáceos proporcionando efeito analgésico (tiram a dor) e hipnótico (dão sono) (CEBRID, 2010).

Em todo o mundo são mais de 20 substâncias produzidas quimicamente diferentes. No quadro abaixo segue as mais utilizadas (Quadro 2).

**Quadro 2** – Nome químico e comercial dos principais opióides.

<b>Nome registrado (químico)</b>
Morfina
Heroína (deacetilmorfina)
Hidromorfona (diidromorfinona)
Oximorfona (diidroidroximorfinona)
Levorfanol
Metadona
Meperidina (petidina)
Fentanil
Codeína
Hidrocodona (diidrocodeinona)
Drocode (diidrocodeína)
Oxicodona (diidroidroxicodeinona)
Propoxifeno
Buprenorfina
Pentazocina
Nalbufina
Butorfanol

Fonte: SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007.

Não existe tolerância uniforme para todas as ações do opióides. Os sintomas da abstinência não aparecem, a não ser que a pessoa os use há bastante tempo ou quando a cessação for abrupta. O uso a curto prazo diminui a atividade dos neurônios homeostático e conforme este uso torna-se constante a longo prazo a substância ativa o mecanismo homeostático compensatório dentro dos neurônios, e a abstinência resulta em hiperatividade (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1995), aponta ainda que existam alguns transtornos que são

induzidos pelos opióides. São eles: intoxicação, abstinência, transtorno do sono e a disfunção sexual. Além destes problemas induzidos pelo uso, SADOCK BJ e SADOCK VA (2007) apontam para a alta prevalência de pessoas dependentes de opióides com algum transtorno psiquiátrico não relacionado ao uso da substância, dos diagnósticos co-mórbidos mais frequentes são: transtorno depressivo maior, transtorno por uso de álcool, transtorno de personalidade anti-social transtornos de ansiedade.

#### 2.1.1.2 Substâncias estimulantes do sistema nervoso central

Os Estimulantes da atividade do Sistema Nervoso Central referem-se ao grupo de substâncias que aumentam a atividade do cérebro, ou seja, estimulam o seu funcionamento, fazendo com que a pessoa fique mais "ligada", "elétrica", sem sono. Esse grupo de substâncias é também chamado de psicoanalépticos, noanalépticos ou timolépticos (CARLINI *et al.*, 2010). As principais drogas são as anfetaminas, o tabaco, a cocaína e seus derivados.

- Anfetaminas

As anfetaminas são substâncias psicoativas sintéticas, ou seja, fabricadas em laboratório. Chamadas de “rebites” por motoristas que precisam passar horas trabalhando e conhecidas por “bola” entre os estudantes que as utilizam para passar horas estudando. Existem varias drogas sintéticas pertencentes ao grupo das anfetaminas, os principais medicamentos vendidos no Brasil estão apresentados no Quadro 3 (CEBRID, 2010). Destaca-se que todos esses fármacos atuam, principalmente, por liberação de monoaminas (noradrenalina e dopamina) de terminações nervosas no cérebro.

**Quadro 3** - Nome químico dos principais medicamentos a base da substância anfetamina vendidos no Brasil.

Nome químico
Dietilpropiona ou Anfepramona
Fenproporex
Mazindol
Metanfetamina
Metilfenidato

Fonte: CEBRID, 2010.

\* Retirado do mercado brasileiro, porém ainda é possível ser encontrado no Brasil por conta da importação ilegal de outros países sul-americanos. Nos EUA é usado sob o nome de ICE.

Estas substâncias podem ser administradas de varias formas, cuja intensidade e a duração variam conforme a via utilizada. São elas: a) via oral (medicamentos, tabletes e cápsulas); b) via intravenosa (*cranck, ice, cristal* – cristais de metanfetamina); via nasal (*ice e cristal*) e; c) via pulmonar (“fumada” – *ice e cristal*). A droga se torna mais potente ao ser administrada via injeção ou inalação, utilizadas quando se quer ter a finalidade *rush* ou *flash*, proporcionando um efeito de intenso prazer, sensação de poder, hiperexcitabilidade, euforia e aumento da libido, porém no plano físico podem surgir hipertensão arterial, taquicardia, broncodilatação e euforia. Sucede-se à exaltação um estado depressivo, impulsionando o indivíduo a renovar as injeções (BORDIN *et al.*, 2010; TOUZEAU, 1991).

- Tabaco

O tabaco é uma planta chamada cientificamente de *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída alcalóide nicotina, além dos alcatrões carcinogênicos e do monóxido de carbono. Em doses altas ou acima de 60/mg, em adultos, podem ser fatais decorrente da paralisia respiratória. Atualmente, os cigarros tradicionais de tabaco produzidos no Brasil possuem em média cerca de 0,8/g de tabaco e 9-17/mg de nicotina, sua absorção é feita rapidamente nos pulmões, sendo necessário o uso por via inalado para produzir uma absorção apreciável da nicotina (RANG *et al.*, 2007).

Esta substância é metabolizada, principalmente no fígado, em 1-2 horas. O metabólico inativo, a cotinina, tem longe meia-vida plasmática e pode ser usada como marcador tabágico. Os efeitos periféricos da nicotina são principalmente à estimulação ganglionar: taquicardia, aumento da pressão arterial e redução da motilidade gastrintestinal. Em doses baixas, uma experiência aversiva podem ser encontrados sintomas como náuseas, vômito, salivação e palidez, entretanto a tolerância desenvolve-se rapidamente (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007).

A ação aguda da nicotina no SNC envolve a interação com receptor de nicotina a diversos neurotransmissores e liberação de dopamina (gerando euforia); liberação de norepinefrina (gera aumento da frequência cardíaca, náuseas, vômitos, piloereção, e melhora a atenção); liberação da serotonina (gera ansiedade); liberação da acetilcolina (gera melhora da memória) (BORDIN *et al.*, 2010).

O uso crônico traz consigo complicações físicas e psiquiátricas. As físicas estão relacionadas às doenças cardiovasculares (doenças coronarianas, ataques cardíacos, etc.), cânceres (pulmão, laringe, faringe, etc.), doenças pulmonares (enfisema, bronquite, infecção respiratória) e efeitos sobre o feto (risco maior de aborto espontâneo, nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, morte neonato, entre outros). Quanto aos problemas psiquiátricos é prevalente o uso de tabaco entre os pacientes depressivos e psicóticos e entre os fumantes com histórico ou presente de ansiedade (BORDIN *et al.*, 2010).

- Cocaína (ex. oxy, pasta base, merla, crack)

A cocaína é uma substância natural extraída de uma planta chamada *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou epadu nativa da América do Sul. A cocaína pode chegar ao consumidor com formas variadas e consumidas de maneiras diferentes, em forma de “pó” (Cloridrato de cocaína) a droga pode ser aspirada ou dissolvida em água e injetada na veia por meio de seringas. Há ainda a forma de base ou pedra, crack, pouco solúvel em água, mas que volatiliza quando aquecida e então é utilizada por meio de cachimbos, assim como a merla, a diferença é que este produto é sem refino contendo substâncias utilizadas na extração (CEBRID, 2010).

Tanto o crack como a merla também são cocaína, portanto, todos os efeitos provocados no cérebro pela cocaína também ocorrem com o crack e a merla. A diferença é que quando fumada, os efeitos esperados pelo usuário surgem de 10 a 15 segundos após o uso e quando aspirada (5 a 10 minutos) ou injetada na veia (20 a 30 segundos) (CEBRID, 2010).

Os efeitos farmacológicos podem ser classificados em três principais: efeito anestésico local; efeitos cardiovasculares (provoca a vasoconstrição e aumento da frequência cardíaca); e efeitos no sistema nervoso central (age de duas formas: impacta o sistema neurotransmissor e nos mecanismos de tolerância e dependência; e bloqueia a captação neural de momanina, especialmente, de dopamina enorepinefrina). Quando o uso se torna crônico os efeitos no organismo podem deixar importantes sequelas no sistema cardiovascular, sistema nervoso central, sistema gastrointestinal, sistema renal, sistema endócrino, sistema respiratório, sistema reprodutor, adquirir infecções por meio do compartilhamento de seringas, entre outras (BORDIN *et al.*, 2010).

### 2.1.1.3 Substâncias perturbadoras do sistema nervoso central

As substâncias perturbadoras do Sistema Nervoso Centrais, também conhecidas por alucinógenos, psicodélicos e psicotomicomiméticos, pertencem ao grupo de drogas que provocam alucinações e modificam qualitativamente a atividade do cérebro, ou seja, afetam o pensamento, a percepção e o humor sem causar acentuada estimulação psicomotora ou depressão. Os pensamentos tendem a ficar distorcidos ou oníricos, e a mudança do humor geralmente é mais complexa que a simples alteração da euforia para depressão (CARLINI *et al.*, 2010).

Os psicotomicomiméticos incluem: maconha; cogumelos e plantas alucinógenas (primárias e secundárias); perturbadores sintéticos como LSD; e *ecstasy* (êxtase). Destaca-se que estas substâncias apesar dos seus efeitos psicológicos se sobrepõem aos efeitos dos psicoestimulantes altamente promotores de hábitos, como a cocaína e as anfetaminas, não possuem características que desencadeie dependência ou hábitos (RANG *et al.*, 2007). Entre elas:

- Maconha

A maconha, como é chamada no Brasil, deriva da planta *Cannabis sativa*, em outros países é conhecida por Hashishi, Bangh, Ganja, Diamba, Marijuana ou Marihiana. A principal substância extraída da planta é o THC (delta-9-tetra-hidrocanabinol), o qual atua sobre os receptores CB<sub>1</sub> canabidóides, que estão amplamente distribuídos no cérebro, produzindo uma mistura de efeitos psicomiméticos e depressores, juntamente com vários efeitos autonômicos periféricos mediados centralmente (CEBRID, 2010).

A forma mais comum de utilização da maconha é por meio do fumo, que é rapidamente absorvido dos pulmões para a corrente sanguínea. Os efeitos fisiológicos mais comumente observados são o aumento da pulsação, olhos avermelhados, aumento de apetite, boca seca, vertigens ocasionais e leve náuseas. Quanto aos efeitos psíquicos, ou seja, quando o THC chega no SNC desencadeiam-se alterações cognitivas, prejuízo da atenção, alterações de humor, exarcebação do apetite, dificuldades de coordenação motora em vários graus (BORDIN *et al.*, 2010).

Segundo SADOCK BJ e SADOCK VA (2007) existe tolerância quanto aos efeitos da maconha, com consequências menos favoráveis à dependência física. Contudo, quando o usuário utiliza a maconha há muito tempo é possível a dependência psicológica em relação ao

uso. Nos casos de intoxicação pelo uso é comum observar alguns transtornos psiquiátricos, como Delirium, transtorno psicótico, transtorno de ansiedade, sintomas de depressão e hipomania.

- Cogumelos e plantas alucinógenas

As drogas alucinógenas, também chamadas de psicodélicas, em grande parte podem ser encontradas na natureza, principalmente, em plantas. Foram descobertas por povos antigos que as consideravam “plantas divinas”. Assim, até hoje em culturas indígenas de vários países o uso dessas plantas tem significado religioso. Com o desenvolvimento da ciência, várias substâncias foram sintetizadas em laboratório, existindo, portanto, as naturais e sintéticas (CEBRID, 2010).

As substâncias psicoativas advindas das plantas são: *Psilocybe mexicana* (cogumelo), *Mimosa hostilis* (vinho jurema), *Mescal* ou *Peyot* (mescalina), *Caapi* e *chacrona* (Ayahuasca – utilizada no ritual Santo Daime). Tais substâncias induzem a alucinações e delírios. Os efeitos dependem muito do indivíduo e várias condições como: sensibilidade, personalidade do indivíduo, expectativa que a pessoa tem sobre os efeitos, presença de outras pessoas, etc. estas condições que irão definir se haverá uma “boa viagem” (são agradáveis) ou “má viagem” (são de natureza desagradável com visões terríficas) (CEBRID, 2010).

O uso prolongado não é comum e não causam dependência física, ainda que ocorra a psicológica, porém seja rara. A intoxicação por alucinógenos traz alterações mal adaptativas do comportamento e da percepção e por certos sinais fisiológicos, são eles: midríase, taquicardia, sudorese, palpitações, visão turva, tremores, falta de coordenação, transtorno persistente da percepção, delirium, transtorno psicótico, transtorno de humor e transtorno de ansiedade (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007).

- Perturbadores sintéticos

Dentre os alucinógenos existem aqueles elaborados em laboratórios e que são capazes de produzir alucinações mesmo com dosagens pequenas. Existem mais de 100 alucinógenos com estruturas moleculares diferentes, agrupados por sua similaridade com algum neurotransmissor, alguns deles são: Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD-25); Dimetiltryptamina (DMT); Dimetoximetilanfetamina (DOM); Metilenodioxianfetamina

(MDA); Metilenodioximetanfetamina (MDMA - êxtase); cetamina (Ketalar<sup>®</sup> ou heroína); entre outros (BORDIN *et al.*, 2010).

O LSD-25 talvez seja a droga alucinógena mais potente. Alguns microgramas são suficientes para produzir alucinações (CEBRID, 2010). A substância atua sobre o sistema serotoninérgico, atuando como agonista parcial nos receptores de serotonina pós-sinápticos. A tolerância, assim como para outros alucinógenos, desenvolve-se rapidamente, quase que completamente em torno de 3 a 4 dias de uso contínuo, podendo ser revertida após 4 a 7 dias com a interrupção do uso (TOUZEAU, 1991; SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007).

Os alucinógenos não causam dependência física nem fenômenos de abstinência, mas o usuário pode desenvolver dependência psicológica de experiências obtidas durante o uso. O consumo destas substâncias pode ainda acarretar atuações auto ou heteroagressivas. Cabe assinalar a ocorrência do “retorno do ácido”, assim como o surgimento de um estado depressivo ou de episódio psicótico, podendo revelar uma esquizofrenia (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007; TOUZEAU, 1991).

- Êxtase

O êxtase (MDMA), como descrito acima, é um alucinógeno sintético, ou seja, produzido em laboratório. Entretanto possui algumas singularidades quanto aos efeitos e seus usuários, muitas vezes associado à música eletrônica, existem indícios de uma popularização do uso recreativo da droga, principalmente, entre os jovens de classe socioeconômica alta e média (CEBRID, 2010).

O MDMA se assemelha ao MDA (metilenodioxianfetamina) quanto à estrutura, mas diferentes dos outros alucinógenos, apresenta sensação de elação maior que aquela obtida pela mescalina. Além de outros efeitos, como boca seca, aumento da frequência cardíaca, ranger de dentes, suores profundos e outros efeitos no sistema nervoso autônomo, há relatos das cores ficarem mais vibrantes, porém há poucas ocorrências de alucinações visuais (BORDIN *et al.*, 2010).

#### 2.1.1.4 Outras Substâncias

Existem ainda outras substâncias, os esteroides e anabolizantes, que apesar de não induzirem à dependência e não atuarem no Sistema Nervoso Central vem sendo usados de

modo abusivo sem prescrição médica, por ambos os sexos, principalmente, por aqueles que estão envolvidos em atividades que exigem força e resistência (atletas, halterofilistas, entre outros) (CARLINI *et al.*, 2010). Os principais produtos utilizados, tanto por via oral ou intramuscular, de forma abusiva estão no Quadro 5 (BORDIN *et al.*, 2004).

**Quadro 4** – Nome químico de esteroides anabolizantes, segundo a via de administração.

<b>Administrado via oral</b>	<b>Administrado via intramuscular</b>
Fluoximesterona	Decanoato de nandrolona
Metandienona	Fenpropionato de nandrolona
Metiltestosterona	Enantato de metenolona
Mibolerona	Undecilenato de boldenona
Oxandrolona	Stanozolol
Oximetolona	Misturas ésteres de testosterona
Mesterolona	Cipionato de testosterona
Stanozolol	Enantato de testosterona
	Propionato de testosterona
	Acetato de trenbolona
	Hexahydrobenzyl Carbonato de trenbolona

Fonte: SADOCK e SADOCK, 2007.

Esteroides são hormônios naturais. Há vários tipos de hormônios esteroides distribuídos no corpo humano, com diversos efeitos necessários para o bom funcionamento. As derivações sintéticas da testosterona (hormônio sexual masculino) são chamadas de esteroides anabolizantes e possuem dois efeitos primários: efeito androgênico e efeito anabolizante. O primeiro contribui para o desenvolvimento das características masculinas. O segundo inclui: o aumento da massa muscular, aumento do tamanho de alguns órgãos internos, controle da distribuição da gordura corporal, aumento da síntese de proteína e de cálcio dos ossos (BORDIN *et al.*, 2010).

Esses produtos usados de maneira abusiva e sem acompanhamento, podem causar danos a saúde. Inicialmente podem induzir à euforia e à hiperatividade, contudo, após períodos relativamente curtos, seu uso pode se tornar associado à raiva, excitação, irritabilidade, hostilidade, ansiedade, somatização e depressão (geralmente em épocas que não estão sendo usados). Os esteroides anabolizantes são substâncias “viciantes”, quando não consumidas seus usuários usualmente ficam deprimidos, ansiosos e preocupados com o estado físico de seus corpos (SADOCK BJ e SADOCK VA, 2007).

### 2.1.2 Uso, abuso e dependência

Pessoas que usam substâncias psicoativas podem ser classificadas de acordo com os padrões de uso da droga e as suas possíveis consequências. As classificações mais utilizadas são do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2013) e da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (OMS, 1993), os quais se baseiam na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a substância e suas consequências negativas.

Ambas as instituições definem os padrões de uso da seguinte maneira, diferenciando-se quanto ao uso abusivo/nocivo e dependência:

- **Uso Experimental:** caracterizado por poucos episódios de uso de uma droga específica, cujo consumo é infrequente ou não persistente.

- **Uso Recreativo:** uso de uma droga em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com a dependência e outros problemas relacionados.

- **Uso Controlado:** refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo.

- **Uso Social:** pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos.

Quanto ao uso nocivo/abuso e à dependência, existem algumas diferenças conceituais. A Organização Mundial da Saúde trabalha com o conceito de uso nocivo de substâncias psicoativas, utilizado para denominar o padrão de uso daqueles que consomem a droga de uma maneira que esteja resultando em dano físico ou mental. Nesse ponto, é observado se a substância já causou algum dano real à saúde física e mental do usuário, se a forma e a frequência do uso é criticada por várias pessoas, e se estão associadas a consequências sociais adversas (OMS, 1993).

Para identificar este padrão, a OMS utiliza uma classificação que trabalha com a intensidade e a frequência do consumo, sendo uso nocivo quando a pessoa é um usuário pesado, como se observa abaixo:

- **Uso na vida:** o uso de droga pelo menos uma vez na vida.

- **Uso no ano:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses.

- **Uso recente ou no mês:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

- **Uso frequente:** uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.
- **Uso pesado:** uso de droga vinte ou mais vezes nos últimos 30 dias.

O termo abuso é tratado pelo DSM-V (APA, 2013) como um padrão de uso que traz ao usuário algum prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, em um período de 12 meses, manifestado por alguns aspectos. São eles: o uso constante da substância proporcionando o fracasso na realização de algumas atividades do dia a dia; uso recorrente da droga em situações fisicamente comprometedoras; problemas legais constantes por causa da substância; e uso contínuo, apesar de problemas sociais e interpessoais causados pelos efeitos da substância.

Quando o uso de uma substância começa a se tornar cada vez mais regular com o objetivo de sentir os seus efeitos psíquicos e, por vezes, para evitar o mal-estar produzido pela sua privação, acaba resultando na dependência da droga. Neurobiologicamente, pode-se dizer que diante da exposição a uma substância psicoativa, o equilíbrio do sistema nervoso central é abalado, produzindo alterações que vão, gradativamente, determinar o surgimento da dependência ou a gravidade da síndrome quando estabelecida (BORDIN *et al.*, 2010).

O estado de dependência não é constituído em “ter” ou “não”, trata-se de um contínuo, de uma gradação entre um extremo e outro, entre a não dependência e a dependência. Desta forma, existem graus de dependência, ou seja, a forma como o usuário se relaciona com a droga é diferente em cada pessoa. Em alguns casos o usuário possui dependência elevada, com baixa tolerância à substância e sintomas de abstinência grave e em outros uma dependência média ou baixa, ou seja, o grau depende dos sinais e sintomas do indivíduo (BORDIN *et al.*, 2010).

## 2.2 ADOLESCÊNCIA – GRANDES TRANSFORMAÇÕES

Cada país possui critérios distintos para definir a transição entre a fase da infância para a adulta. Por diversas razões, é difícil a precisão na prática da conceituação. Entretanto, é amplamente reconhecido que o adolescente está exposto a diversas transformações corporais, acompanhadas de outras mudanças radicais do ponto de vista psíquico, cognitivo e afetivo (ASSUMPCÃO JUNIOR, 2008).

O início da puberdade faz parte da linha de demarcação entre infância e adolescência, porém, não é o único marcador para a sua definição. A Organização Mundial da Saúde conceitua que esta etapa da vida corresponde ao período entre os 10 anos e os 19 anos de idade. Considerando como fase inicial o período que se estende dos 10 aos 14 anos de idade, e, a fase final dos 15 aos 19 anos de idade (OMS, 2003).

Ao entrar nesse estágio da vida, o adolescente se encontra em um momento de experimentação de vários comportamentos, tendo como principal tarefa a construção da identidade própria, de sua imagem e papel social. Porém, a sua capacidade de avaliar riscos, pensar nas consequências e organizar temporalmente a relação de causa-efeito ainda é imatura, principalmente quando influenciado por aspectos emocionais. Tais características os tornam mais vulneráveis a exercer comportamentos de risco à saúde, como o uso de substâncias psicoativas (BESSA *et al.*, 2011).

Devido às diversas transformações vividas por este grupo, seus componentes tornam-se sujeitos vulneráveis. O termo vulnerabilidade compreende a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger (BRÊTAS, 2010). Dentre as principais vulnerabilidades estão os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e a conflitos entre casais, que tornam crianças testemunhas de agressões e de toda forma de violência (FONSECA *et al.*, 2013).

### 2.2.1 Consumo de Substâncias Psicoativas e Fatores Associados entre os Adolescentes.

Os adolescentes são indivíduos em desenvolvimento. Vivem em um momento que estão na escola e experimentam novos contatos sociais, atividades de lazer e iniciam a busca pela identidade própria. Quanto mais acesso a novas atividades, e quanto maior a aceitação dessa atividade no grupo em que vivem ou buscam reconhecimento, mais fácil ocorrerá a prática de novas experiências. E o mesmo processo ocorre em relação às drogas (ROCHA *et al.*, 2006; BESSA *et al.*, 2011).

Os primeiros contatos com o álcool e outros tipos de drogas ocorrem, geralmente, na adolescência. Nas últimas décadas, a experimentação de substâncias psicoativas tem sido cada vez mais precoce, assim como o abuso e a dependência (BESSA *et al.*, 2011).

O contato precoce com as drogas gera diversos problemas no desenvolvimento normal da pessoa, interferindo o adolescente de entrar em contato com atividades importantes nesta fase da vida. Outro ponto importante nessa relação, é que não se sabe previamente quais indivíduos possuem predisposição para a evolução à dependência (SCIVOLETTO, 2008).

Diversos são os fatores envolvidos no momento de experimentação, abuso e dependência de drogas por adolescentes. Eles dependem da interação entre predisposição genética (presença de algum transtorno mental), características de personalidade (rejeição dos colegas, insucesso na escola, manifestação de comportamento antissocial, dificuldade em lidar com as frustrações etc.), e fatores ambientais (disponibilidade de drogas, privação econômica e social, normas comunitárias favoráveis ao consumo de drogas etc.), podendo ser, por vezes, protetores ou até mesmo promotores, como o papel familiar (BESSA *et al.*, 2011).

As substâncias psicoativas mais consumidas no mundo, independente da população estudada, são de comércio permitido legalmente: o álcool e o tabaco. Nos Estados Unidos, os estudantes que estavam no último ano do Ensino Médio 72,7% já haviam experimentado álcool, 45,3% faziam uso pelo menos mensal e 3% bebiam diariamente (NIDA, 2006). Em levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), 21% da população mundial acima de 15 anos já usou tabaco alguma vez na vida e 8% com idade entre 13 e 15 anos.

No Brasil, o último levantamento nacional realizado com estudantes de escolas públicas e particulares do ensino fundamental e médio mostrou que 25,5% já haviam feito uso alguma vez na vida de drogas (exceto álcool e tabaco), 16,9% fizeram uso de tabaco e 60,5%

de álcool (CARLINI *et al.*, 2010). O uso de álcool na vida, no Brasil, foi menor que no Reino Unido (91%), Itália (82%) (ESPAD, 2006) e no Chile (68,13%), mas próximo do verificado no Equador (60,49%) (OID, 2006).

Outra questão, não menos importante, é o problema do uso abusivo de esteróides/anabolizantes. Muitos dos que usam estão ligados a atividades esportivas, porém, há aqueles que não são atletas, mas usam tais substâncias por aspectos de insatisfação com a imagem corporal. No Brasil o uso na vida foi de 1,4%, sendo significativamente maior entre homens (2,3%) (CARLINI *et al.*, 2010).

Não há dados que apontam precisamente sobre jovens que abandonaram a escola por causa específica do uso de substâncias psicoativas. Entretanto, sabe-se que existem adolescentes que interrompem os estudos e são usuários de drogas, mas são difíceis de serem identificados nas pesquisas, por se tratar muitas vezes de drogas ilícitas, fato que inibi a maioria dos indivíduos. Apesar deste limite, é possível observar quais são as principais substâncias psicoativas de maior contato entre os adolescentes e estudantes: álcool (60,5%), tabaco (16,9%), energético com álcool (15,4%), solventes e inalantes (8,7%), maconha (5,7%) e ansiolíticos (5,3%) (CARLINI *et al.*, 2010).

O uso constante de substâncias psicoativas proporciona danos fisiológicos, mas também diversos prejuízos psicológicos e sociais associados ao uso, como: dependência, violência, roubos, tráfico, acidentes de trânsito etc. Estima-se que no mundo todo, anualmente, somente o álcool provoca 3,2% de mortes e é o responsável por 4,0% de todas as doenças (OMS, 2007). Considerando as consequências negativas do uso de drogas e a iniciação cada vez mais precoce, o consumo pode ser um fator de risco ao desenvolvimento do adolescente.

Algumas pesquisas vêm sendo desenvolvidas com o propósito de investigar as variáveis relacionadas ao consumo de drogas por adolescentes. Sendo apontado como predisponentes do uso: ser do sexo masculino (CARLINI *et al.*, 2006, 2010; LARANJEIRA *et al.*, 2007), apresentar algum sofrimento psíquico (MARQUES e CRUZ, 2000; ROHDE *et al.*, 1996), incrementos na idade (BAUS *et al.*, 2002; STRAUCH *et al.*, 2009), defasagem escolar (D'ORAZIO *et al.*, 2013; HORTA *et al.*, 2007; TAVARES *et al.*, 2001), turno escolar noturno (TAVARES *et al.*, 2001), estudar em escola pública (SOLDERA *et al.*, 2004), uso de drogas pelos pais (FIGLIE *et al.*, 2004; BAHR *et al.*, 2005), não viver com os pais (NOTO *et al.*, 2004), não-monitoramento parental (BAHR *et al.*, 2005; BORAWSKI *et al.*, 2003;

SPRINGER *et al.*, 2006), estilo parental diferente do autoritativo (BENCHAYA *et al.*, 2011; DOMINGUES *et al.*, 2011), entre outros.

Segundo DOMINGUES *et al.* (2011), as variáveis relacionadas à família muitas vezes sobrepõem-se ao poder preditivo das demais. A presença de estilos parentais, entendidos como o clima emocional que perpassa as atitudes dos pais, à medida que apresentam extrema rigidez disciplinar, ou com pouco interesse na imposição de limites, pode interferir no desenvolvimento satisfatório da adolescência, acarretando em escolhas de comportamentos de risco, como o uso de substâncias psicoativas.

A tipologia dos estilos parentais proposta por MACCOBY e MARTIN (1983), a partir das dimensões exigência (atitudes que visam controlar e monitorar os filhos) e responsividade (atitudes compreensivas dos pais), contempla quatro estilos: autoritativo (elevados níveis de controle e de afetividade), negligente (níveis baixos de responsividade, de demonstração de afeto e controle, ou seja, baixa exigência), indulgente (pais muito afetivos, mas pouco exigentes) e autoritário (pais com elevado padrão de exigência, mas pouco afetivos e compreensivos, demonstrando pouco apoio ao adolescente). Estudo de BENCHAYA *et al.* (2011), com adolescentes de 14 a 19 anos, mostrou que o uso de drogas foi estatisticamente significativo entre aqueles que apresentavam pais não autoritativos (82%) em relação aos autoritativos (18%).

Outro fator importante apontado na literatura, mas pouco estudado entre os adolescentes, é a presença de algum transtorno mental comum (TMC) influenciando o desenvolvimento e a manutenção da dependência (MARQUES e CRUZ, 2000). Os TMC são sintomas, como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que trazem, de alguma forma, incapacitação funcional equivalente a quadros crônicos (SANTOS, 2002).

Um estudo de coorte norte-americano mostrou que 80% dos adolescentes com abuso/dependência de álcool apresentavam algum distúrbio psiquiátrico, que em geral precedia o uso de álcool (depressão, distúrbio de conduta etc.) (ROHDE *et al.*, 1996). Em Pernambuco, um estudo transversal em 4.217 estudantes (14-19 anos de idade) mostrou que, entre o sexo feminino, o consumo de substâncias psicoativas foi um fator associado ao estresse psicossocial (tristeza, sentimento de solidão, dificuldade para dormir devido à preocupação, pensamento em suicídio, planos de suicídio) (CARVALHO *et al.*, 2011)

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental foram trabalhados por MALTA *et al.* (2014), que encontraram

associação significativa referente ao uso de álcool entre aqueles que faltaram às aulas sem permissão dos pais, sofriram *bullying* (sofrimento de violência física ou psicológica) e com idade de 14 anos ou mais. A pesquisa de SOLDERA *et al.* (2004) revela que o uso pesado de drogas foi maior entre aqueles que tiveram educação religiosa pouco intensa na infância comparado aos que eram religiosos.

O uso de substâncias psicoativas, portanto, apresenta-se frequente entre os jovens e está associado a diferentes morbidades, mortalidade e incapacitação. Desta forma, maior conhecimento sobre o uso de drogas e os fatores relacionados ao consumo poderá auxiliar no planejamento e implementação de ações de prevenção aos comportamentos de risco e a promoção à saúde.

## 2.4 EDUCAÇÃO BÁSICA

No Brasil, a Constituição Federal aponta, no artigo 205, a educação como direito de todos, devendo ser um serviço de acesso universal. No artigo 6º, é enfatizada a sua natureza social e fundamental, tratando-se de uma dimensão que ultrapassa interesses individuais, tendo como característica o bem comum, o qual compõe o conjunto dos direitos sociais (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição Federal foi instituída a Lei nº 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que apresenta a organização da educação brasileira, constituída em duas etapas: Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio) e Educação Superior (BRASIL, 1996). Sendo que Ensino Fundamental e Médio é direcionado também para os jovens e adultos que não cursaram de forma regular esses níveis da educação, mediante o que se conhece como EJA (Educação de Jovens e Adultos). A primeira etapa objetiva desenvolver o sujeito, de forma que lhe assegure uma formação indispensável para o exercício da cidadania e forneça-lhe meios para progredir no trabalho em estudos posteriores.

Com a criação da LDB, o Ensino Fundamental era de duração de oito anos, com iniciação aos seis anos de idade, pela Lei nº 5.692/1971. Entretanto, a Lei nº 11.274/2006, alterou os artigos 29, 30, 32 e 87 daquela lei e instituiu a obrigatoriedade da duração de nove anos, que passou a vigorar em 2010 (BRASIL, 1971, 2006). Desta forma, a nomenclatura indicada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) para a Educação Infantil e o Ensino Fundamental, ficou estruturada da seguinte forma (CNE, 2010):

- Educação Infantil (até cinco anos de idade): Creche (até três anos de idade) e Pré-escolar (quatro e cinco anos de idade);
- Ensino Fundamental (até 14 anos de idade): Anos Iniciais (de seis a dez anos de idade, com duração de cinco anos) e Anos Finais (de onze a quatorze anos de idade, com duração de quatro anos).

Como etapa final da Educação Básica, segundo o artigo 35 da LDB, o Ensino Médio tem como finalidade a consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental, possibilitando o prosseguimento de estudos, tendo duração de três anos. Por meio da Lei nº 11.741/2008, tornou-se possível a Educação Profissional Técnica de Nível Médio (Ensino Médio Integrado), que tem o objetivo de preparar o educando para o trabalho

e, facultativamente, desenvolvida nos próprios estabelecimentos de Ensino Médio ou em instituições especializadas em educação profissional (BRASIL, 2008).

Para cumprir as determinações previstas para a Educação Básica, o Estado de Mato Grosso iniciou, em 1998, uma reestruturação no Ensino Fundamental, com a proposta de implantação do Ciclo Básico de Aprendizagem (CBA), passando a ser organizado em três ciclos de aprendizagem, cada um com duração de três anos (SEDUC, 2000), como apresenta a Figura 1.

Tem havido constantes iniciativas em tentar diminuir os problemas existentes na educação como, a elevação da escolaridade e a iniciativa de implantação do CBA, apontadas por BARRETO e MITRULIS (2001). Apesar de haver experiências bem sucedidas dos ciclos, o grau de satisfação dos atores envolvidos é um fator determinante no que diz respeito à probabilidade de sucesso. E tudo indica que os ciclos demandarão muito tempo para serem consolidados, tendo em vista a necessidade de assimilação por meio dos profissionais, pais e alunos, além dos problemas quanto à implantação de políticas públicas não estar acompanhada aos necessários investimentos em infraestrutura, condições materiais e humanas para que ocorram as mudanças demandadas pelo contexto pedagógico (ZIBETTI, 2006).

CICLOS	FASES	IDADE	
I CICLO	1° Fase 2° Fase 3° Fase	6 a 7 anos 7 a 8 anos 8 a 9 anos	Anos Iniciais do Ensino Fundamental
II CICLO	4° Fase 5° Fase 6° Fase	9 a 10 anos 10 a 11 anos 11 a 12 anos	
III CICLO	7° Fase 8° Fase 9° Fase	12 a 13 anos 13 a 14 anos 14 a 15 anos	Anos Finais do Ensino Fundamental

Fonte: SEDUC, 2000/adaptado.

**Figura 1** - Faixa etária preconizada para cada ciclo e sua respectiva fase.

E nesse contexto que se busca, por meio desta pesquisa, investigar o uso de substâncias psicoativas e os fatores associados a tal uso, dos estudantes do Ensino Fundamental (Anos Finais) e Médio, já que os estudos epidemiológicos apontam que o contato precoce, geralmente, ocorre na faixa etária correspondente a este período escolar.

### 3 JUSTIFICATIVA

A temática de drogas tem sido alvo de discussões em diversos setores da sociedade, por ameaçar valores políticos, econômicos e sociais, além de ter aumentado a demanda por serviços de saúde e contribuir para o crescimento da violência. Recentemente, alguns programas específicos estão sendo criados com o objetivo de prevenir o consumo e dar assistência àqueles que necessitam de atendimento por um profissional de saúde.

É fundamental destacar que estudos vêm mostrando que cada vez mais cedo os adolescentes têm se envolvido com substâncias psicoativas ilícitas e principalmente as lícitas (álcool e tabaco). Esta fase da vida é um momento de experimentação de vários comportamentos, porém, a capacidade dos adolescentes de avaliar riscos, pensarem nas consequências e organizarem temporalmente a relação de causa-efeito ainda é imatura, tornando-os vulneráveis a comportamentos de risco à saúde.

Além disso, de tempos em tempos diversas drogas se popularizam no mundo dos jovens e adolescentes. Recentemente o tabaco vem ganhando destaque entre esta população por o utilizarem por meio do instrumento narguilé, o qual pode ser usado com essências variadas. O uso do narguilé é real e frequente nos momentos de socialização dos de muitos adolescentes no mundo e no Brasil, porém na literatura científica brasileira há poucos estudos sobre o tema, tornando-se pertinente conhecer a sua prevalência.

Outro fator importante de se conhecer nesta população, quanto ao uso de drogas, refere-se à sua exposição, com maior frequência, a alguns comportamentos de risco à saúde, como envolvimento em discussões e agressões físicas, realização do intercurso sexual sem preservativo, ingerir bebidas alcoólicas e dirigir, pegar carona com motorista alcoolizado, entre outros. Desta forma, justifica-se o presente estudo que tem como objetivo estimar a prevalência do uso de substâncias psicoativas e de identificar os principais fatores associados a este comportamento entre os estudantes adolescentes de Cuiabá.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre adolescentes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT.

### **4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os estudantes quanto às variáveis escolares, sociodemográficas, familiares, comportamentos não saudáveis;
- Identificar a prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas;
- Analisar a associação do uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco) com as variáveis relacionadas à família de adolescentes escolares de Cuiabá-MT, Brasil.
- Analisar o uso na vida de narguilé e a exposição a comportamentos não saudáveis entre adolescentes escolares de Cuiabá-MT.

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente projeto trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, com variáveis relacionadas aos estudantes que compõem à Pesquisa: “Levantamento Epidemiológico do Comportamento de Saúde nas Unidades Escolares da Rede Estadual da Educação Básica do município de Cuiabá”, elaborado pelo Centro Regional de Referência de Formação Permanente aos Profissionais que atuam com Usuários de Crack, outras Drogas e Seus Familiares (CRR) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Os estudos de prevalência caracterizam-se pela investigação de uma população com tempo e espaço definidos, cujos resultados possibilitam analisar o momento pesquisado (PEREIRA, 2006). Tais estudos têm sido utilizados para investigar diversos problemas de saúde pública e têm se mostrando efetivos na elaboração de inferências dos dados (KLEIN e BLOCK, 2006).

### 5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população constituiu-se por adolescentes (10 anos a 19 anos de idade), matriculados no ano letivo de 2015, na Rede Estadual de Ensino de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, que estavam cursando entre o 6º e 9º ano do Ensino Fundamental (Anos Finais), 1º e 3º ano do Ensino Médio ou Integrado e Educação de Jovens e Adultos (composta pelas séries do Ensino Fundamental e Médio).

De acordo com os dados do censo escolar oferecido pela Secretaria de Estado de Educação (SEDUC), o ano de 2013 encerrou com 59.157 estudantes matriculados na Educação Básica, dos quais 20.317 do Ensino Fundamental (Anos Finais), 20.589 do Ensino Médio e Ensino Médio Integrado e EJA 13.244 estudantes.

### 5.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

O estudo delimitou-se em adolescentes que tenham acima de 10 anos e abaixo de 19 anos de idade, matriculados no ano de 2015, na Educação Básica da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá (Ensino Fundamental Anos Finais, Ensino Médio e EJA). Não participaram os estudantes que possuíam alguma deficiência física/mental ou aqueles que por qualquer outro motivo o impossibilitasse de preencher o questionário, bem como os que não estavam presentes no dia da aplicação do instrumento e quando os pais/responsáveis não tivessem autorizado a participar da pesquisa.

## 5.3 PLANO AMOSTRAL

### 5.3.1. Plano de Amostragem

Primeiramente, o cadastro básico das escolas foi construído a partir de uma relação de todas as escolas da Rede Estadual do Ensino Fundamental, Ensino Médio, Médio Integrado, Magistério e Educação de Jovens e Adultos, fornecida pela Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso (SEDUC), no ano de 2013, com matrícula final dos estudantes.

A listagem continha 77 escolas, das quais 4 foram excluídas, pois 2 escolas atendiam exclusivamente alunos com deficiência e 2 ofertavam apenas o Ensino Fundamental (Anos Iniciais). Desta forma, totalizou-se em 73 escolas, com 62.085 alunos, distribuídos em 1.325 turmas do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental, do 1º ao 3º ano do Ensino Médio e do Ensino de Jovens e Adultos.

#### 3.3.1.1. Tamanho da Amostra

O cálculo do tamanho da amostra considerou o emprego de estimativa mínima da amostra, conforme descrição abaixo:

- 1- Um efeito de desenho (Deff = design effect) de 1,3 para corrigir o tamanho da amostra levando em conta que a população advém de várias unidades escolares e os estudantes de várias turmas (LUIZ E MAGNANINI, 2000);
- 2- Uso da fórmula (PEREIRA, 2006):

$$n = \frac{p \cdot q}{E^2}$$

- 3- Estimativa de “p”, prevalência de uso de drogas, exceto o álcool e tabaco, na vida de 25,6%, no município de Cuiabá (CARLINI *et al.*, 2010);
- 4- Estimativa da proporção “q” dos livres de uso de drogas de 74,4%;
- 5- Precisão desejada em torno da prevalência de 3% (Intervalo de Confiança de 95%) o que equivale a dois erros padrão em torno da prevalência. Logo, o erro-padrão representa a metade deste valor: Erro-padrão (E)= 1,5% = 0,015.
- 6- Acréscimo de 11% no total da amostra, considerando as possíveis perdas (faltas às aulas, recusas em participar do estudo e não autorização dos pais ou responsáveis).

Cálculo do tamanho da amostra prevista:

$$n = \frac{0,256 \cdot 0,744}{0,015^2} = \frac{0,190464}{0,000225} \cong 846$$

$$n = 846 \cdot 1,3 \text{ (Efeito do desenho)} = 1099,8 \cong 1100$$

$$n = 1100 + 11\% \text{ (perdas)} = 1.221 \text{ alunos.}$$

### 3.3.1.2 Seleção da amostra

Para a seleção da amostra, seguiu-se a metodologia adotada nos levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CARLINI-COTRIM E BARBOSA, 1989). Define-se, previamente, que em cada escola serão 4 turmas pesquisadas. Considerando que o tamanho da amostra foi de 1221 alunos e que a média é de 27 de alunos em cada turma, de acordo com a Portaria n° 580/10/GS/SEDUC/MT, o

número aproximadamente de turmas a serem sorteadas seriam 46 distribuídas em 12 escolas.

Para o sorteio das escolas e turmas adotou-se amostragem aleatória sistemática em dois estágios, definição das escolas e posteriormente das turmas. No primeiro estágio, as escolas foram separadas em 4 estratos de acordo com o tipo de ensino: I Estrato – Ensino Fundamental; II Estrato – Ensino médio; III Estrato – Ensino Fundamental, Médio e EJA e; IV Estrato – Educação de Jovens e Adultos (EJA). Para identificar a quantidade de escolas a serem sorteadas em cada estrato, realizou-se um cálculo proporcional, segundo os dados da Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição do número de escolas, alunos e turmas existentes em 2013, e o número de escolas e turmas a serem sorteadas de acordo com os Estratos definidos por tipo de ensino ofertado nas escolas da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2013.

Estratos	Nº de escolas	Proporção dos Estratos	Nº de escolas sorteadas	Nº de alunos	Nº de turmas	Nº de turmas sorteadas
I – Ensino Fund.	32	0,438	04	15.533	513	16
II – Ensino Médio	04	0,055	01	4.602	60	04
III – Ensino Fund., Médio e EJA	34	0,466	06	38.468	697	24
IV – EJA	03	0,041	01	3.482	55	04
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>1,000</b>	<b>12</b>	<b>62.085</b>	<b>1.325</b>	<b>48</b>

Fonte: Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso/2013.

Ainda no primeiro estágio, no sorteio das escolas, considerou-se em cada Estrato uma Fração de Expansão (número de turmas do Estrato dividido pelo número de escolas a serem sorteadas) e um número aleatório. Desta forma, a primeira escola sorteada correspondia ao número resultante da Fração de Expansão, e a segunda ao número resultante da Fração de Expansão somado ao número aleatório e, assim, sucedeu o restante do sorteio.

No segundo estágio, conforme a metodologia do CEBRID (CARLINI-COTRIM E BARBOSA, 1989), 4 turmas seriam sorteadas em cada escola. Para isso, realizou-se a atualização das turmas existentes em cada escola referente ao ano de 2015 e, posteriormente, uma listagem do ano de 2013 e 2015 por escola. Para o sorteio, considerou-

se o total de turmas atualizadas (NTA), número de turmas sorteadas na escola (4) e total de turmas antigas (NTL), chegando-se à fração de expansão, por meio do cálculo:

$$F.Ex. = \frac{4.NTA}{NTL}$$

A primeira turma sorteada na escola “A” correspondia ao número escolhido aleatoriamente na Tabela de Números Aleatórios. A segunda turma encontrada foi resultante da somatória do número da 1ª turma mais a Fração de Expansão, resultando em um valor referente à listagem, e, assim, sucessivamente até alcançar as 4 turmas necessárias, depois seguiu-se para outra escola.

Tendo em vista a movimentação do estudante durante o ano escolar (transferência, evasão) e possíveis alterações nas escolas (fechamento, abertura de novas unidades), considerou-se conforme SOUZA et al. (2005), os seguintes procedimentos metodológicos, caso necessário:

- Prevendo a possibilidade de haver ocorrido mudanças, ou seja, aumentado, diminuído turmas, exclusão, estabeleceu-se para cada unidade amostral sorteada (escola ou turma) existente a sua substituta natural, que é a unidade vizinha (exemplo: a substituta da 6º ano A seria a 6º B e assim por diante), foram considerados ainda:

- Nos casos em que a escola tivesse diversas turmas para um mesmo ano, será respeitado o número verdadeiramente sorteado;

- Se no dia da aplicação a escola estivesse fechada (permanentemente ou em reforma), nenhuma escola seria sorteada para substituir as turmas que foram sorteadas;

- Se um diretor, ou professor, não permitisse a aplicação dos questionários, nenhuma turma seria sorteada para substituir-la.

Nenhuma ocorrência prevista acima aconteceu. Das 12 escolas e 48 turmas sorteadas, a coleta de dados foi realizada com a participação de quase todos os presentes em sala de aula. Houve exceção de uma turma, que no momento da aplicação havia apenas um aluno com permissão, tanto dos pais quanto da diretoria da escola, para participar da pesquisa.

## 5.4 O INSTRUMENTO

O instrumento adotado foi o questionário de auto-preenchimento, sem identificação pessoal do estudante, utilizado pelo CEBRID em 2010 (CARLINI *et al.*, 2010). Ele é uma adaptação do questionário elaborado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (SMART *et al.*, 1980), aplicado nos levantamentos de 1987, 1989, 1993 e 2010 (CARLINI-COTRIM *et al.*, 1989; GALDURÓZ *et al.*, 1993; CARLINI *et al.*, 2010). Para alcançar os objetivos propostos na pesquisa maior foram incluídos no instrumento questões sobre relacionamento familiar, o teste Cut-down-Annoyed-Guilty-Eye-opener (CAGE) e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (Apêndice n° 1).

O questionário foi estruturado de forma mista para que o aluno não se sentisse pressionado com as perguntas. As questões abordaram temas referentes ao perfil sócio demográfico, escolar, padrão de uso de álcool e outras drogas, familiar, saúde mental dos adolescentes e comportamentos de saúde.

## 5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variável dependente:

Conforme o objetivo do presente estudo, foram eleitas duas variáveis dependentes: (1) uso na vida de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco); (2) uso na vida de narguilé. As quais se apresentaram como variáveis dicotômicas (Sim/Não). O uso de substâncias psicoativas incluíam as seguintes substâncias e grupos farmacológicos que causam dependência química: Maconha; Benzodiazepínicos; Estimulantes; Anfetaminas; Solventes; Anticolinérgicos; Sedativos ou Barbitúricos; Anabolizantes<sup>a</sup>; Analgésicos Opiáceos; Xaropes; Orexígenos; Alucinógenos; Cocaína; Crack; Merla; Heroína.

---

<sup>a</sup> Não é considerado substância psicoativa, mas também foi pesquisado, devido à alta prevalência encontrada em outros estudos (CARLINI *et al.*, 2010).

- As variáveis independentes:

**(a) Características Sociodemográficas**

- Sexo (Feminino / Masculino);
- Idade (autorreferida);
- Religião (Católica / Evangélica / Espírita / Umbanda / Judaica / Budismo / Não tem religião / Outras);
- Classe socioeconômica (A / B / C / D / E) – Baseia-se na acumulação de bens materiais, tais como número de televisores na casa, aparelhos de som, automóveis e na escolaridade do chefe da família (ABEP, 2008).

Para análise de associação, algumas variáveis foram agrupadas para proceder aos testes estatísticos necessários, de modo que se tornassem binárias, quais sejam: Idade (10 a 14 anos / 15 a 19 anos); Religião (Não / Sim); Classe socioeconômica (B+C/D+E).

**(b) Características Escolares**

- Período escolar (Matutino / Vespertino / Noturno);
- Falta às aulas nos últimos 30 dias (Não faltou / Faltou de 1 a 3 dias / Faltou de 4 a 8 dias / Faltou 9 ou mais);

Para a análise de associação, algumas variáveis foram agrupadas para proceder aos testes estatísticos necessários: Turno escolar (Matutino/Vespertino e Noturno); Falta às aulas (Não / Sim);

**(c) Características familiares**

- Com quem mora (Pai / Padrasto / Mãe / Irmã(s) ou Irmão(s) / Avó(s) ou Avô(s) / Outros);
- Álcool na família (Não / Sim);
- Estilos parentais (Autoritário / Autoritativo / Indulgente / Negligente);
- Relacionamento do estudante com o pai (Muito bom / Bom / Regular / Péssimo);
- Relacionamento do estudante com a mãe (Muito bom / Bom / Regular / Péssimo);
- Relacionamento entre os pais do adolescente (Muito bom / Bom / Regular / Péssimo).

Para análise de associação, para proceder aos testes estatísticos necessários, as seguintes variáveis foram agrupadas: “Com quem mora” transformou-se em três categorias “só com o pai”, “só com a mãe”, “pai e mãe” e “outros familiares”; Estilos parentais em

“autoritativo” e “não-autoritativo”; Relacionamento com o pai, com a mãe e entre os pais foram categorizadas em “satisfatório” e “insatisfatório”.

**(d) Comportamento de risco à saúde**

- Violência: considerou-se positivo quando nos últimos 30 dias alguma vez portou arma de fogo, arma branca (faca, canivete, taco de madeira ou pedra), envolveu-se em briga com agressão física ou envolveu-se em briga onde o grupo de amigos brigou com outro grupo (Sim / Não);
- Uso na vida de energético (Sim / Não);
- Relação sexual nos últimos 30 dias (Sim / Não);
- Controle do peso foi considerado “sim”, quando nos últimos 30 dias o adolescente tomou algum remédio para emagrecer ou provocou vômito com a intenção de perder peso;
- Uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco) (Sim / Não);
- Uso na vida de álcool (Sim / Não).

## 5.6 TREINAMENTO DOS APLICADORES

O presente projeto contou com a participação de alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Graduação em Saúde Coletiva da UFMT. Todos foram devidamente treinados para a aplicação do instrumento de coleta de dados e receberam o Manual do Aplicador (Apêndice nº 2), com as devidas orientações. Foram agendadas reuniões com a coordenadora da pesquisa “Levantamento epidemiológico do comportamento de saúde nas unidades escolares da rede estadual da educação básica do município de Cuiabá”, para os ajustes necessários.

## 5.7 TESTE RETESTE

Após a aprovação do Projeto, que o presente trabalho faz parte, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (Anexo nº 1), surgiu a necessidade de

realizar o teste reteste, com o objetivo de avaliar o nível de compreensão dos adolescentes em relação às questões contidas no instrumento e treinar os aplicadores.

O teste e o reteteste ocorreram em duas escolas que não haviam sido sorteadas para compor a amostra. A escolha da escola que participou deste procedimento obedeceu aos mesmos critérios adotados neste estudo para a seleção da amostra, considerando o sorteio da escola e turmas.

Para análise dos dados, foram realizadas distribuições absolutas e percentuais de cada questão. Com o objetivo de verificar a confiabilidade das questões, foram obtidos os escores de coincidência de Kappa para cada questão, incluindo a obtenção de um intervalo de confiança para o Kappa. A escala utilizada para os escores de Kappa foi a de Landis e Koch (1977): <0,20 (Pobre); 0,21-0,40 (Frac); 0,41-0,60 (Moderada); 0,61-0,80 (Boa); 0,81-0,99 (Ótima); 1,00 (Perfeita).

Os dados foram digitados no Programa Epi Info™ 3.5.4 for Windows (CDC, 2013) e o software utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS 15 for Windows.

A aplicação do questionário foi realizada no mês de junho de 2015, com um intervalo de 8 dias entre o teste o reteste. Para o pareamento do questionário da primeira e segunda aplicação, os alunos utilizaram um código na primeira folha, mantendo preservada a identidade dos participantes.

Do total de 150 alunos presentes no momento da coleta, 12 (8%) recusaram-se a participar. Entre o teste e o reteste houve uma perda de 54 estudantes, que não estavam em sala de aula no segundo momento da aplicação do questionário, resultando em uma população de 84 alunos.

A Tabela 2 apresenta a análise do teste reteste realizada com os 84 estudantes, os quais responderam um total de 211 perguntas. A média do Coeficiente Kappa das questões foi de 0,532, considerado moderado pela Escala de Landis e Koch, com concordância média de 83,93%. Observa-se que mais da metade (n=151, 71,6%) das perguntas apresentaram classificação Boa, Moderada ou Perfeita.

**Tabela 2** – Distribuição proporcional segundo a classificação kappa das 211 questões. Cuiabá–MT, 2015.

Classificação kappa (K)	n	%
Pobre	4	1,9
Fraca	6	2,8
Moderada	50	23,7
Boa	69	32,7
Ótima	59	28
Perfeita	23	10,9
Total	211	100

Devido aos resultados encontrados na análise de confiabilidade das questões, entre Boa e Perfeita, considerou-se que o questionário estava apto a ser aplicado nas demais escolas previstas no projeto.

## 5.8 OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

O questionário foi aplicado por pessoas previamente treinadas pela coordenadora do projeto (pesquisadora principal), conforme a metodologia adotada pelo CEBRID (Apêndice n° 5). Por meio de um ofício da SEDUC-MT (Anexo n° 2), a pesquisadora fez contato com a direção da escola para que fosse permitida a aplicação da pesquisa em seu estabelecimento educacional. Após a autorização do dirigente, foram entregues aos alunos das respectivas turmas sorteadas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice n° 3), para que os pais/responsáveis estivessem cientes da realização da pesquisa.

Todos esses procedimentos foram realizados em horário de aula previamente acordado com a unidade escolar. O questionário foi aplicado em sala de aula, sem a presença do professor. Cada estudante teve o anonimato garantido ao depositar seu questionário em uma urna ao término do preenchimento e mesmo aqueles que não quisessem participar também procederam desta maneira.

## 5.9 ARMAZENAMENTO E CRÍTICA DOS DADOS

A entrada dos dados foi pelo Programa *Epi Info™ 3.5.4 for Windows* (CDC, 2013) e a análise estatística pelo *software* Stata 9.

A crítica quantitativa visou detectar e corrigir erros de digitação. Para tanto, cada questionário recebeu um número de identificação, evitando a duplicidade e facilitando a recuperação da informação. Instrumentos com todas as alternativas marcadas foram anulados e alternativas “em branco” foram consideradas como “não informou”, de modo a manter a uniformidade na digitação dos dados. Além disso, realizou-se sorteio de 10% dos questionários de cada escola, para que os questionários fossem redigitados e, desta forma, permitisse conferência da digitação. Os erros de digitação atingiram 0,25% do total de 17.575 dados digitados.

A crítica qualitativa foi realizada no sentido de identificar incoerências nas alternativas relacionadas ao uso de drogas, por exemplo, informar que nunca usou drogas na vida e posteriormente assinalar que utilizou drogas no último mês, tendo em vista a probabilidade de o aluno querer omitir a informação sobre o uso de drogas ou ainda responder afirmativamente quando nunca usou drogas, foram conferidos todos os questionários e corrigidos os erros.

O questionário possui uma questão sobre um tipo de droga falsa (questão 18), para que pudessemos identificar os instrumentos que foram respondidos sem tanta responsabilidade, desta forma, quando respondida afirmativamente, optou-se pela exclusão. Na amostra completa foram encontrados apenas 17 questionários em que houve resposta positiva para a droga fictícia.

## 5.10 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, realizou-se a análise univariada de todas as variáveis do estudo, obtendo o percentual de cada uma das variáveis selecionadas. Para avaliar a associação das variáveis independentes com os seus respectivos desfechos, fez-se análise bivariada, tendo como medida de associação a Razão de Prevalência (RP), com seu respectivo intervalo de confiança (IC=95%) e nível de significância (valores de  $p < 0,05$ ) (BARROS e HIRAKATA, 2003).

As variáveis que resultaram  $p \leq 0,20$  no teste de Qui-quadrado foram incluídas na

análise de Regressão de Poisson, com estimativa robusta – modelagem que proporciona melhor ajuste e estima diretamente as razões de prevalência e seus intervalos de confiança (95%) (BARROS e HIRAKATA, 2003; FRANCISCO *et al.*, 2008; SKOV *et al.*, 1998), permanecendo no modelo final apenas as variáveis significativas ( $p < 0,05$ ), com exceção de sexo e idade, que foram mantidas por razões biológicas.

#### 5.14 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa “Levantamento epidemiológico do comportamento de saúde nas unidades escolares da rede estadual da educação básica do município de Cuiabá” foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) e aprovada sob o Protocolo nº 952.473/CEP/HUJM/15 aprovado em 10 de fevereiro de 2015 (Anexo nº 1).

Todos os procedimentos realizados seguiram as considerações éticas da Declaração de Helsinque e da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, que exige aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), institucionalmente formalizado e que incorpore um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser assinado pelos pais/responsáveis.

Quanto a transferência de resultados, o projeto contempla a divulgação dos resultados da pesquisa. No tocante à análise crítica dos riscos e benefícios, trata-se do ambiente escolar, ou seja, a escola. Cabe ressaltar que o projeto visa desenvolver e contribuir para a prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas entre os adolescentes.

Os sujeitos da pesquisa tiveram garantia de livre consentimento. Os quais puderam escolher em participar ou não, após total esclarecimento de todos os benefícios e possíveis riscos que poderiam advir do processo investigatório.

## 6 RESULTADOS

### Manuscrito 1: Prevalência do uso de drogas psicoativas e relações familiares de adolescentes escolares de Cuiabá-MT.

**Resumo: Objetivo:** analisar a prevalência e a associação do uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco) com as variáveis relacionadas à família de adolescentes escolares de Cuiabá-MT, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com amostragem aleatória sistemática de 872 estudantes do Ensino Fundamental, Médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA), da área urbana de Cuiabá-MT, em 2015. A variável dependente foi o uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco) e as independentes analisadas foram sexo, idade, período escolar, prática religiosa, falta às aulas nos últimos 30 dias sem autorização dos responsáveis, nível socioeconômico, com quem mora, relacionamento com a mãe, relacionamento com o pai, relacionamento entre os pais e estilos parentais. Para as análises de associação utilizou-se a razão de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança (95%) e regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de uso de drogas na vida foi de 23,5%, apresentando associação com as variáveis: idade, prática religiosa, falta às aulas e nível socioeconômico. Quanto às relações familiares, mantiveram-se associadas ao uso de drogas, após a análise múltipla, os adolescentes que tinham pais que relacionavam entre si de maneira insatisfatória e com estilo parental não-autoritativo. **Conclusão:** Os resultados indicam presença de uso de substâncias psicoativas, exceto álcool e tabaco, entre os adolescentes, associada ao relacionamento insatisfatório entre os pais e com estilo parental não-autoritativo. Esses resultados sugerem nas ações de prevenção e cuidado uma ampla discussão sobre ambiente familiar e escolar.

**Palavras-chave:** Educação; Adolescente; Relações familiares; Drogas ilícitas.

**Abstract: Objective:** Analyze the prevalence and association of using the drug life (except alcohol and tobacco ) with the variables related to the family of teenage students in Cuiabá, Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional study with systematic random sample of 872 students of elementary school, middle and Youth and Adult Education (EJA), the urban area of Cuiabá-MT, in 2015. The dependent variable was the use in drug life (except alcohol, tobacco and hookah) and analyzed independent variables were gender, age, school year, religious practice, missing classes in the last 30 days without parental consent, socioeconomic status, with those who live, relationship with the mother, relationship with his father, relationship between parents and parenting styles. For association analyzes used the prevalence ratio with their respective confidence intervals (95%) and Poisson regression. **Results:** The prevalence of drug use in their lifetime was 23.5%, an association with the variables: age, religious practice, missing classes and socioeconomic status. As for family relations, they remained associated after multivariate analysis teens who had parents who were related to each other unsatisfactorily and non-authoritative parenting style. **Conclusion:** The results indicate the presence of psychoactive substances, except alcohol and tobacco among adolescents, associated with the unsatisfactory relationship between parents and non-authoritative parenting style. These results suggest the prevention and care a broad discussion on family and school environment.

**Keywords:** Education; adolescents; Famliares relations; Illicit drugs.

## INTRODUÇÃO

Os primeiros contatos com as drogas geralmente ocorrem na adolescência. Até a década de 1980 a média de idade para a experimentação era por volta dos 18 anos de idade, quando os jovens ingressavam na faculdade. Nas últimas décadas, o perfil de quem busca experimentação com alguma substância psicoativa vem sofrendo mudanças, a começar pelo uso cada vez mais precoce, incluindo casos de abuso e dependência<sup>1</sup>.

Estudos mostram que o consumo prematuro de substâncias psicoativas está associado às questões familiares. Destacam-se fatores como não viver com os pais, não-monitoramento parental, estilo parental diferente do autoritativo, ter membro na família que faz uso de álcool, desorganização familiar, violência doméstica, entre outros<sup>2,3,4,5,6,7</sup>. Embora diversos estudos da literatura especializada mostrar essas associações, poucos trazem a importância que os relacionamentos entre os pais e entre pais e filhos está associada ao uso de drogas entre adolescentes escolares.

As variáveis relacionadas à família muitas vezes sobrepõem-se ao poder preditivo das demais. A presença de estilos parentais pode interferir no desenvolvimento satisfatório da adolescência, acarretando em escolhas de comportamentos de risco, como o uso de substâncias psicoativas. Tais estilos são entendidos como o clima emocional que perpassa as atitudes dos pais na adoção das práticas educativas com os filhos<sup>7</sup>.

O modelo teórico proposto por Maccoby e Martin (1983)<sup>8</sup> sobre estilos parentais visou classificar o conjunto de atitudes dos pais, por meio da interação de duas dimensões fundamentais nas práticas dos pais quanto à educação dos filhos denominadas exigência (*demandingness*) e responsividade (*responsiveness*). A primeira trata das questões relativas ao controle e monitoramento do comportamento dos filhos, com imposição de regras e limites. A segunda refere-se às atitudes compreensivas, de apoio e comunicação bidirecional, que visa favorecer o desenvolvimento da autonomia e autoafirmação dos filhos.

As tipologias dos estilos parentais, definida a partir destas dimensões, resultam em quatro estilos: autoritativo (altos níveis de exigência e responsividade); negligente (baixos níveis exigência e responsividade); indulgente (níveis altos de responsividade e baixos de exigencia); e autoritário (níveis altos de exigência e baixos de responsividade)<sup>8</sup>.

Recentemente em um estudo realizado por Tondowski *et al.* (2015)<sup>9</sup>, utilizando estas mesmas dimensões, observaram forte associação protetiva ao uso frequente de tabaco entre aqueles adolescentes com pais autoritativos. Entretanto, quanto ao uso de drogas, exceto

álcool e tabaco, há poucos trabalhos que abordam esse fator na população estudantil de Cuiabá (MT), Brasil, sendo necessário para auxiliar na efetividade e sucesso das ações de promoção e prevenção ao uso de substâncias psicoativas no ambiente escolar e familiar.

O uso de drogas por adolescentes escolares tem despertado uma crescente preocupação de vários setores nacionais, no sentido de dotar o Brasil de dados científicos sobre o tema. Tendo em vista, uma tendência de aumento, conhecer a situação epidemiológica do uso de drogas de uma população permite saber quais principais estratégias de prevenção e promoção devem ser tomadas. Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo analisar a possível associação do uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco) com as variáveis relacionadas à família.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal. Os dados foram extraídos da pesquisa “Levantamento Epidemiológico do Comportamento de Saúde nas Unidades Escolares da Rede Estadual da Educação Básica do município de Cuiabá”. Foram estudados alunos do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano), Médio (1º ao 3º ano) e Educação de Jovens e Adultos (EJA) de escolas públicas de zona urbana do município de Cuiabá, MT, no segundo semestre de 2015. Apenas os adolescentes pertencentes à faixa etária de 10 a 19 anos foram incluídos no estudo, com base na classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>b</sup>, Organização Panamericana<sup>c</sup> de Saúde e Organização Mundial de Saúde<sup>d</sup>.

Considerou-se para o procedimento de amostragem do estudo original uma prevalência de 25,6% para o uso de drogas na vida (exceto álcool e tabaco)<sup>10</sup>, erro-padrão de 1,5% (0,015) e 95% Intervalo de Confiança. A amostra mínima calculada foi de 846 estudantes; esse valor inicial foi aumentado levando-se em conta possível efeito de agregado de 1,3 e 11% de perdas (faltas às aulas, recusas em participar do estudo e não autorização dos pais). Totalizando em 1221 estudantes a serem pesquisados.

Para a seleção da amostra, seguiu-se a metodologia adotada nos levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)<sup>11</sup> e Souza & Martins<sup>12</sup>. Desta forma, considerando a estimativa de 27 alunos por turma, de acordo com a Portaria n° 580/10 da Secretaria de Estado de Educação (SEDUC)<sup>e</sup>, foram sorteadas 4 (quatro) turmas em 12 (doze) escolas, totalizando 48 (quarenta e oito) turmas.

Em campo, obteve-se a aplicação do instrumento em todas as turmas previstas. Do total previsto, obteve-se 960 (78,6%) estudantes que responderam ao instrumento. Dos quais, 17 questionários foram excluídos, pois continha resposta afirmativa à pergunta falsa e 71 com idade superior a 19 anos de idade, totalizando em uma população de 872 adolescentes, atendendo a totalidade da amostra mínima prevista.

O instrumento de coleta dos dados foi o mesmo utilizado nos estudos realizados no contexto nacional<sup>9</sup> e em Cuiabá-MT<sup>12</sup>, com o acréscimo das variáveis relações familiares. O

---

<sup>b</sup> Brasil. Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul 1990; Seção 1, p. 13563.

<sup>c</sup> Organização Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Washington (DC): OPS; 2010 [citado 21 jan 2016]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>

<sup>d</sup> Organização Mundial de Saúde. Child and adolescent health and development. 2003 [citado 20 nov 2014]. Disponível em: [www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/adolescent.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/adolescent.htm).

<sup>e</sup> Secretaria de Estado de Educação. Portaria n° 580, de 19 de outubro de 2010. Dispõe sobre os critérios para Composição de Turmas das Unidades Escolares da Rede Estadual de Ensino. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso. 26 nov 2010; p. 28.

desfecho principal foi definido como “uso na vida de qualquer droga, exceto álcool e tabaco” e apresentado como variável dicotômica (Sim/Não), construída a partir da resposta afirmativa do adolescente as perguntas sobre uso alguma vez na vida das seguintes drogas (que causam dependência): maconha; solventes/inalantes; ansiolíticos; cocaína; crack; anticolinérgicos; esteróides/anabolizantes; ópio ou heroína; opiáceos analgésicos; LSD; êxtase; metanfetamina; ketamina; e benflogin®.

As variáveis independentes abrangem: sexo; idade (categorizada em faixa etária); raça/cor, dicotomizadas em branca / não branca, esta última incluem a cor preta, parda, amarela e vermelha; período escolar; prática religiosa; falta às aulas no último mês sem autorização dos responsáveis; nível socioeconômico da família do adolescente (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)<sup>f</sup>, em que a somatória das mensuração da escolaridade dos pais e bens de consumo duráveis resulta em cinco categorias socioeconômicas, agrupadas para este estudo em: alto (A+B) e médio (C)/ baixo (D+E), concebendo-as como condições de vida satisfatórias e insatisfatórias, respectivamente; com quem mora, agrupada em: “só com o pai”, “só com a mãe”, com “pai e mãe” e com “outros familiares” (tios, avós, amigos, sozinho, namorado (a), cônjuge). As variáveis “relacionamento com a mãe”, “relacionamento com o pai” e “relacionamento entre os pais”, foram categorizadas em “satisfatório” para “ótimo” e “bom” ou “insatisfatório” para “regular”, “péssimo” e “não há relacionamento”, a categoria “falecido (a)” foi considerada *missing*, tendo em vista o objetivo da pergunta. Os estilos parentais foram agrupados em duas categorias “autoritativo” ou “não-autoritativo”, esta última referente aos estilos “autoritário”, “indulgente” e “negligente”; e álcool na família (Sim/Não), considerou o uso de álcool por pelo menos um membro da família (pai, mãe ou irmão).

Para analisar os estilos parentais foi utilizada uma escala traduzida e validada por Costa et al. (2000)<sup>13</sup>. O instrumento contém 24 itens, sendo 12 relacionados à exigência e 12 à responsividade das práticas educativas dos pais, avaliado por um sistema *Likert* de 3 pontos. O sistema de pontuação utilizado permite que para cada escala os itens contribuam com até 3 pontos (1, 2 ou 3) para o escore total (obtido somando-se os pontos dos itens de cada escala). Desta forma, os escores da escala de exigência podem variar de 6 a 18, e os de responsividade de 10 a 30. Os quatro tipos de estilos parentais são obtidos conforme cálculo das medianas

---

<sup>f</sup> Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2008 [acesso 20 novembro 2014]. Disponível em: [www.abep.org/new/Servicos/Download.aspx?id=07](http://www.abep.org/new/Servicos/Download.aspx?id=07)

das duas subescalas de exigência e responsividade. Os valores medianos obtidos neste estudo foram 14 para exigência e 25 para responsividade.

A confiabilidade das questões do instrumento foi avaliada pelo coeficiente kappa<sup>14</sup> com 84 estudantes em duas escolas não sorteadas para a amostra. Utilizou-se interpretação por Landis & Koch (1977)<sup>15</sup>, mediante a aplicação de um teste-reteste, com intervalo de 8 (oito) dias entre as aplicações. Obteve-se coeficientes satisfatórios para o conjunto de variáveis do instrumento, entre elas concordância quase perfeita para uso de maconha, anticolinérgicos, heroína/ópio, opiáceos, benflogin® e anabolizantes (k=1,00), substancial para uso de álcool, tabaco, sedativos, cocaína, crack, êxtase, ketamina, relacionamento com a mãe e relacionamento entre os pais (kappa entre 0,600 a 0,800) e moderado para relacionamento com o pai (k=551, IC95% 0,398-0,704).

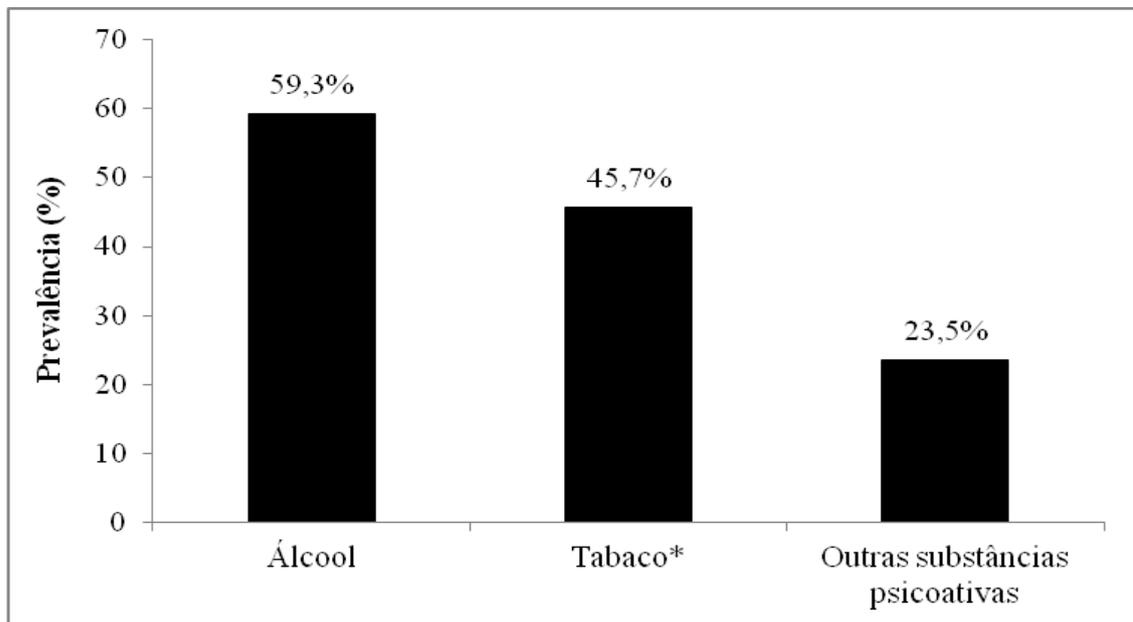
A coleta foi realizada por aplicadores devidamente treinados, no período de setembro a outubro de 2015, do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Os dados foram digitados no Programa Epi Info (versão 6.0) e as análises foram feitas no programa Stata, versão 9. Primeiramente foi realizada análise exploratória dos dados para se definir a apresentação final das variáveis. Na segunda etapa na análise bivariada, as associações entre o desfecho e as variáveis independentes foram investigadas com base na razão de prevalência bruta, com seu respectivo intervalo de 95% de confiança (IC95%) e nível de significância (valores de p). Em seguida, as variáveis que apresentaram associações com valores de  $p < 0,20$ , pelo teste de qui-quadrado, foram pré-selecionadas para compor o modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta, com exceção de sexo e idade, que foram mantidas por razões biológicas. Permaneceram no modelo final somente as variáveis que apresentaram valores de  $p < 0,05$ <sup>16</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Julio Müller da UFMT (Parecer n° 952.473/CEP/HUJM/15). Os participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Os dados obtidos junto aos adolescentes mostram o uso de substâncias psicoativas. Sendo a maior proporção para o álcool, seguido do tabaco (narguilé e cigarro). Exceto essas substâncias, observa-se que 23,5% dos estudantes fizeram na vida o uso de alguma substância, entre elas maconha, cocaína, solventes, os ansiolíticos e a cocaína, ao passo que o, opiáceos, ketamina, Benflogin® e ópio/heroína foram consumidas em menores proporções (Figura 1)



\* Considerou uso de tabaco na forma de cigarro e/ou narguilé.

**Figura 1** – Proporção de usuário na vida de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na amostra de adolescentes escolares. Cuiabá-MT, 2015.

Em relação a categoria de usuário de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco), pelo menos uma vez na vida, foi de 23,5% (n=205), no ano 14,9% (n=130), no mês 11,5% (n=100), frequente 4,4% (n=38) e 3,2% (n=28) pesado.

Na Tabela 1 observa-se o perfil da amostra estudada. Verificou maior proporção de adolescentes do sexo feminino (50,6%), na faixa etária de 15 a 20 anos de idade (52,5%), de raça/cor preta e parda (70,1%), com prática religiosa (85,2%), 53,7% do Ensino Fundamental, 63,3% período matutino e 70,1% não faltaram às aulas nos últimos 30 dias sem a permissão dos responsáveis. Os fatores que mostraram associados com o desfecho foi adolescentes com idade entre 15 e 19 anos; nenhuma prática religiosa; faltou as aulas nos últimos 30 dias sem autorização dos responsáveis; classe socioeconômica alta/média.

**Tabela 1**– Associação do uso de substâncias psicoativas na vida (exceto álcool e tabaco), segundo variáveis sociodemográficas e escolares entre os adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015. (N=872).

Variáveis	N	Droga na vida n(%)	RP	IC (95%)	P-valor
<b>Sexo</b>					
Masculino	427	101 (23,7)	1,01	0,738-1,282	0,9470
Feminino	438	103 (23,5)	1		
<b>Raça/cor</b>					
Não branca	635	157 (24,7)	1,24	0,899 - 1,700	0,1833
Branca	185	11 (21,6)	1		
<b>Idade</b>					
15 a 19 anos	458	126 (27,5)	1,44	1,123-1,843	0,0036
10 a 14 anos	414	79 (19,1)	1		
<b>Período</b>					
Vespertino e noturno	320	82 (25,7)	1,15	0,905-1,471	0,2513
Matutino	552	123 (22,3)	1		
<b>Prática religiosa</b>					
Não	126	40 (31,7)	1,42	1,065-1,901	0,0216
Sim	727	162 (22,3)	1		
<b>Faltou às aulas no último mês</b>					
Sim	242	75 (31,0)	1,72	1,332-2,228	<0,0001
Não	567	102 (18,0)	1		
<b>Nível socioeconômico</b>					
Alto e médio	270	77 (28,5)	1,34	1,050-1,708	0,0202
Baixo	602	128 (21,3)	1		

IC95%: Intervalo de 95% de Confiança; RP: Razão de Prevalência.

Quanto à dinâmica da família, 44,9% moravam com pai e mãe, 82,7% dos adolescentes referiram manter um relacionamento satisfatório com a mãe, 33,3% insatisfatório com o pai e 69,3% afirmaram que os pais relacionam entre si de forma insatisfatória. Na classificação dos estilos parentais, 36,8% dos pais foram considerados negligentes, 27% autoritativos e 22% autoritários (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta a associação com uso de drogas na vida. Observa-se que o relacionamento insatisfatório apresenta exposição acima de mais de uma vez em relação ao relacionamento satisfatório para com o pai (RP=1,78, IC 95% 1,390-2,285), entre os pais (RP= 1,72, IC95% 1,332-2,217) e com a mãe (RP= 1,68, IC 95% 1,287-2,199). Em relação ao estilo parental, verificou que pais dos adolescentes com atitude não-autoritativa estão quase

duas vez mais expostos ao uso de drogas na vida (RP= 1,9, IC95% 1,342-2,685), bem como, o uso de álcool na família (RP= 1,35, IC95% 1,003-1,829).

**Tabela 2** – Associação do uso de substâncias psicoativas na vida (exceto álcool e tabaco), segundo variáveis familiares entre adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015. (N=872).

Variáveis	n	Droga na vida n(%)	RP	IC (95%)	P-valor
<b>Com quem mora</b>					
Só com o pai	68	11 (16,2)	0,79	0,443-1,402	0,4080
Só com a mãe	273	64 (23,4)	1,14	0,854-1,528	0,3702
Outros familiares	132	43 (32,6)	1,59	1,159-2,174	0,0049
Pai e mãe	385	79 (20,5)	1,00		
<b>Relacionamento com a mãe</b>					
Insatisfatório	144	50 (34,7)	1,68	1,287-2,199	0,0003
Satisfatório	688	142 (20,6)	1,00		
<b>Relacionamento com o pai</b>					
Insatisfatório	266	87 (32,7)	1,78	1,390-2,285	<0,0001
Satisfatório	534	98 (18,4)	1,00		
<b>Relacionamento entre os pais</b>					
Insatisfatório	240	77 (32,1)	1,72	1,332-2,217	<0,0001
Satisfatório	541	101 (18,7)	1,00		
<b>Estilos Parentais</b>					
Não-autoritativo	613	164 (26,8)	1,9	1,342-2,685	0,0001
Autoritativo	227	32(14,1)	1,00		
<b>Álcool na família</b>					
Sim	525	135(25,7)	1,35	1,003-1,829	0,0430
Não	237	45 (19,0)	1,00		

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

Após análise da regressão de Poisson, permaneceram no modelo final com associação significativa ( $p < 0,05$ ), os adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos, do período vespertino/noturno, falta às aulas nos últimos 30 dias sem autorização dos pais, nível

socioeconômico elevado, relacionamento insatisfatório entre os pais; e estilo parental não-autoritativo (Tabela 3).

**Tabela 3** – Fatores associados ao uso na vida de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco) em adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015.

Variáveis	RP*	IC (95%)	P-valor
<b>Sexo</b>			
Masculino	0,87	0,661-1,142	0,314
Feminino	1,00		
<b>Idade</b>			
15 a 19 anos	1,35	1,015-1,802	0,039
10 a 14 anos	1,00	-	-
<b>Falta as aulas</b>			
Sim	1,56	1,186-2,056	0,002
Não	1,00	-	-
<b>Classe Socioeconômica</b>			
Alta e média	1,45	1,100-1,915	0,008
Baixa	1,00	-	-
<b>Relacionamento entre os pais</b>			
Insatisfatório	1,43	1,075-1,911	0,014
Satisfatório	1,00	-	-
<b>Estilos Parentais</b>			
Autoritário/indulgente/negligente	1,67	1,144-2,439	0,008
Autoritativo	1,00	-	-

IC95%: Intervalo de 95% de Confiança; RP: Razão de Prevalência.

\* Regressão de Poisson.

## DISCUSSÃO

O uso de drogas psicoativas por adolescentes é uma preocupação mundial de saúde pública. No Brasil, desde o final da década de oitenta tem sido realizado pelo CEBRID<sup>10</sup> levantamentos sobre o uso, abuso e dependência de drogas, bem como, estudos regionalizados sobre a questão<sup>12,17</sup>. Conhecer a magnitude desse problema em relação à dinâmica familiar permite o aprofundamento da questão, para além dos muros da escola, subsidiando as políticas públicas na prevenção e assistência.

No contexto cuiabano tem-se realizado estudos com a população da rede pública da Educação Básica, os quais constataram uso de drogas na vida, exceto álcool e tabaco. Ao longo de vinte anos, os resultados de estudos, utilizando a mesma metodologia, do CEBRID<sup>11</sup>, sofreram alterações. No ano de 1995 a proporção foi de 25,2% de usuários<sup>12</sup>, tendo um decréscimo substancial em 1997 (17,9%)<sup>g</sup>, voltando a subir em 1998 (22,7%)<sup>h</sup> e 23,5% em 2015, no presente estudo. Os dados obtidos no contexto cuiabano, exceto o realizado em 1997, assemelham-se aos dados encontrados no contexto nacional<sup>10</sup>. É importante atentar-se para a pequena diminuição na proporção de usuários de drogas na vida em relação aos estudos anteriores, indicando uma necessidade de consolidar a política sobre drogas adotada no país a partir de 2006, a qual deve priorizar a formação de recursos humanos da educação para atuação nas ações de prevenção<sup>18</sup>.

Embora, a Lei 11.346/2006 esteja vigorando a quase dez anos, que prevê em seus eixos a política de prevenção, assistência e pesquisa, os dados deste estudo evidenciaram contato cada vez mais precoce às drogas. Sugerindo que as políticas sobre drogas ainda não estão implantadas nas escolas pesquisadas, o que poderá trazer conseqüências ao desenvolvimento normal do adolescente, interferindo na experimentação de atividades importantes para a construção da sua subjetividade. Nesta fase da vida, surgem novas interações sociais, atividades de lazer e, principalmente, iniciam a busca pela identidade própria. Outro ponto importante nessa relação, é que não se sabe previamente quais indivíduos possuem predisposição para a evolução à dependência<sup>19</sup>.

Nesta perspectiva é interessante e necessário conhecer o perfil epidemiológico dos estudantes para as ações de prevenção a ser desenvolvidas pela escola. Entre os estudantes analisados, o comportamento de uso de drogas psicoativas (exceto álcool e tabaco) esteve

---

<sup>g</sup> Almeida AMT. II Levantamento do Uso de drogas nas escolas de 1º e 2º da rede estadual de Cuiabá-MT [dissertação]. Cuiabá:UFMT;1999

<sup>h</sup> Souza DPO. Uso de drogas psicoativas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso [doutorado]. Cuiabá:UFMT;2006.

associado à falta às aulas sem autorização dos pais, idade na fase final da adolescência (15 a 19 anos) e de não possuir prática religiosa. Estudos mostram o uso de drogas psicoativas significativamente associadas a estes fatores<sup>20,21</sup>. Tais resultados reforçam a necessidade de melhor interação entre as políticas de saúde e educação para a prevenção do uso de substâncias psicoativas entre estudantes adolescentes, tornando necessária, a inclusão do tema no currículo dos cursos de graduação na modalidade licenciatura, para que os professores possam executar o previsto nos Temas Transversais da Lei de Diretrizes e Bases do Brasil.

Outro fator relevante a ser considerado nas ações de prevenção é o nível socioeconômico da família dos adolescentes escolares. Constatou neste estudo, associação do uso drogas com o nível socioeconômico elevado (A+B+C). Estudos realizados em Mato Grosso com estudantes adolescentes, nos municípios de Barra do Garças<sup>1</sup> e Cuiabá<sup>12</sup>, apontam que a prevalência do uso de drogas ilícitas também é maior entre os usuários de poder aquisitivo elevado. Observa-se que a prevalência de agravos à saúde se dá tanto nos processos epidemiológicos da classe dos subproletários como nas classes dominantes. Esta questão sugere ainda a relação do acesso à droga e poder de compra, tornando necessária a quebra de conceitos comuns que relacionam pobreza ao “mundo das drogas”.

Além dos aspectos da renda familiar, outros fatores são relevantes para melhor conhecimento do adolescente usuário de substâncias psicoativas, considerando que a adolescência é marcada pela busca de novas experiências, que geram conflitos a todo o momento. A curiosidade natural é um dos fatores de maior influência na experimentação de drogas, ao lado de fatores externos, como opinião dos amigos e facilidade de obtenção<sup>21</sup>. Neste cenário, a família pode exercer um papel protetor ou de risco para o uso de substâncias psicoativas.

Os resultados mostram maior prevalência de uso de drogas entre os adolescentes que residiam com outros familiares ou amigos. Pesquisas da área específica também têm identificado a associação entre esse fator, destacando que os adolescentes estavam mais protegidos ao desfecho quando residiam com ambos os pais em comparação às famílias “monoparentais” e moradia com outras pessoas<sup>2,3,4</sup>.

As famílias, ao longo do século passado vieram sofrendo diversas alterações, com a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais e, em especial, aquelas chefiadas por mulheres sem cônjuge.

---

<sup>1</sup> Castro ML. Uso de Substâncias psicoativas e fatores associados entre adolescentes da rede pública do Ensino Fundamental e Médio de Barra do Garças, MT [dissertação]. Cuiabá: UFMT; 2009.

O aumento das famílias “monoparentais” tem mudado a conformação tradicional das famílias e em algumas populações específicas, podem implicar no aumento da vulnerabilidade social e sobrecarga de papéis nas funções que um grupo familiar assume<sup>22</sup>.

A configuração familiar no contexto da sociedade contemporânea tem influenciado as relações estabelecidas entre seus membros, constituindo fator de proteção ou risco ao uso de drogas. Observou neste estudo que relacionamento insatisfatório com a mãe, com o pai e entre os pais é um fator de exposição ao uso de drogas. Em consonância com os achados desta investigação Sanchez et al. (2011)<sup>23</sup> mostram que os adolescentes que apresentaram menor interesse na experimentação de drogas eram de famílias que tinham um relacionamento positivo. Tais resultados sugerem a necessidade de regatar atitudes simples, como interação e diálogo saudável entre os pais e pais e filhos.

Neste sentido, a ausência de comunicação nos relacionamentos familiares pode contribuir para atitudes de indiferença, negligência e maus tratos, do cuidado e proteção dos pais para com o filho. Isso significa que os adolescentes estão mais vulneráveis ao uso de drogas quando os pais possuem dificuldades na imposição de limites, de afeto e apoio, em comparação com aqueles que possuem elevada afetividade e espaço para diálogo, bem como, transmitem entendimento aos filhos sobre as exigências impostas e negociadas<sup>24</sup>.

A associação positiva entre o estilo não-autoritativo e o consumo de substâncias também foram encontrados em estudos semelhantes<sup>7,25</sup>. Por outro lado, a literatura tem reportado que quando comparada as dimensões exigência e responsividade entre mães e pais, as mulheres são mais afetivas, apresentam maior apoio e interesse nas atividades, além de reportarem maior exigência do que os pais, os quais são percebidos como menos envolvidos nas relações familiares<sup>7</sup>.

Outra questão a ser observada como fator de exposição ao uso de drogas pelos adolescentes é o comportamento do uso de álcool na família. Embora na análise bivariada verificou-se associação ao uso de drogas entre os adolescentes e família com uso de álcool, essa variável, durante muito tempo, foi considerada forte influencia para as questões relacionadas às drogas, porém alguns estudos vêm mostrando que as relações estabelecidas com a família podem ser muito mais determinante, podendo minimizar até em situações de grupos que possuem pares usuários<sup>24</sup>.

A análise dos achados deste estudo possui limitações dado o desenho epidemiológico adotado quanto à causalidade<sup>26</sup>. Ele permite a observação da complexidade que as relações familiares influem sobre os comportamentos dos adolescentes. Ressalta-se a abrangência da

pesquisa que só atingem adolescentes matriculados nas escolas públicas, deixando de estimar provavelmente uma parte importante de adolescentes que estudam em escolas particulares ou que não tem acesso ao ambiente educacional.

## CONCLUSÃO

A configuração familiar contemporânea e suas constantes modificações têm influenciando diretamente na complexidade das relações familiares, as quais, no presente estudo, estiveram relacionadas ao uso de drogas entre os adolescentes. A questão das drogas invade múltiplos contextos, bem como o sistema familiar em o seu papel formador de sujeitos, desta forma, os laços de afetividade entre os membros devem ser valorizados e cultivados.

As formas como os pais relacionam entre si e com seus filhos despontou como fator importante para o uso de substâncias psicoativas entre os adolescentes. Esses resultados sugerem a necessidade de uma ampla discussão no ambiente familiar e escolar, reforçando a importância da família como principal difusor de informações, por meio da comunicação e diálogo.

A replicação de estudos periódicos que avaliem em maior profundidade os diversos motivos envolvidos no uso de substâncias psicoativas entre os adolescentes, poderia aumentar a capacidade de monitoramento desses indicadores, subsidiar com maior qualidade o debate em torno do tema, além de auxiliar na implementação dos programas existentes para as escolas públicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Bessa MA, Boaratti MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011, p. 359-374.
- 2 – Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(1):166-177.
- 3 – Guimarães ABP, Hochgraf PB, Brasileiro S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. Rev Psiquiatr Clín. 2009;36(2):69-74.
- 4 – Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. Rev Saúde Pública. 2002;36(1):40-46.
- 5 – Figlie N, Fontes A, Moraes E, Payá R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?. Rev. Psiq. Clín. 2004;31(2):53-62.
- 6 – Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. The Journal of Primary Prevention. 2005;26(6),529-551.
- 7 – Benchaya MC, Bisch NK, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. Jornal de Pediatria. 2011;87(3):238-244.
- 8 – Maccoby E, Martin J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Mussen PH, Hetherington EM, editors. Handbook of child psychology, socialization, personality, and social development. New York: Wiley; 1983. p. 1-101.
- 9 – Tondowski CS, Bedendo A, Zuquetto C, Locatelli DP, Opaaleye ES, Noto AR. Estilos parentais como fator de proteção ao consumo de tabaco entre adolescentes brasileiros. Cad Saúde Pública. 2015; 31(12):2514-2522.
- 10 – Carlini ELA, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: CEBRID; 2010.
- 11 – Carlini-Cotrim BHRS, Barbosa MTS. Pesquisa epidemiológica sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais — 1993. São Paulo: CEBRID; 1993.
- 12 – Souza DPO, Martins DTO. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. Cad Saúde Pública. 1998;14(2):391-400.

- 13 – Costa FT, Teixeira MAP, Gomes WB. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2000;13(3):465-473.
- 14 – Cohen JA. Coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas*. 1960;20(1):37-46.
- 15 – Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
- 16 – Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-998.
- 17 – Castro ML, Cunha SS, Souza DPO. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1054-1061.
- 18 – Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia e sociedade*. 2008;20(2):267-276.
- 19 – Scivoletto S. Abuso e dependência de drogas. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 489-514.
- 20 – Malbergier A, Cardoso LRD, Amaral RA. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):678-688.
- 21 – Horta RL, Horta BL, Costa AWN, Prado RR, Oliveira-Campos M, Malta DC. Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;14(Supl 1):31-45.
- 22 – IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013*. Rio de Janeiro; 2013.
- 23 – Sanchez ZM, Oliveira LG, Ribeiro LA, Nappo SA. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):1257-1266.
- 24 – Paiva FS, Rozani TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*. 2009;14(1):177-183.
- 25 – Springer AE, Sharma S, Guardado AM, Nava, FV, Kelder SH. (2006). Perceived parental monitoring and health risk behavior among public secondary school students in El Salvador. *The Scientific World Journal*. 2006;6(3):1810-1814.
- 26 – Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

## Manuscrito 2: Uso de narguilé entre adolescentes escolares.

### Resumo

**Objetivo:** Analisar o uso na vida de narguilé e a exposição a comportamentos não saudáveis entre adolescentes escolares de Cuiabá-MT. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com amostragem aleatória sistemática de 862 estudantes do Ensino Fundamental, Médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA), da área urbana de Cuiabá-MT, em 2015. A variável dependente foi o uso na vida de narguilé e as independentes analisadas foram sexo, idade, falta às aulas nos últimos 30 dias sem autorização dos responsáveis, relacionamento familiar, nível socioeconômico, uso de álcool e outras drogas, consumo de energético, violência, relação sexual, controle do peso. Para as análises de associação utilizou-se a razão de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança (95%) e regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de uso na vida de tabaco foi de 45,7%, dos quais 21,9% usaram o tabaco na forma de cigarro e 39,9% de narguilé. Os fatores associados ao desfecho foram adolescentes que tinham idade elevada (RP=1,22), faltaram às aulas (RP=1,20), relacionamento familiar ruim (RP=1,21), uso de álcool (RP=2,16) e outras drogas (RP=1,69). **Conclusão:** Os resultados indicam a existência de diferentes formas para fumar tabaco entre os adolescentes escolares, sendo mais frequente o uso do narguilé. Esses resultados sugerem a necessidade de realinhamento das políticas de prevenção ao tabagismo às novas configurações da sociedade globalizada.

**Palavras-chave:** Saúde Escolar; Adolescente; Consumo de Produtos Derivados do Tabaco.

### Abstract

**Objective:** Analyze the lifetime use of hookahs and exposure to unhealthy behaviors among adolescent students of Cuiabá. **Methods:** This is a cross-sectional study with systematic random sample of 862 students of elementary school, middle and Youth and Adult Education (EJA), the urban area of Cuiabá-MT, in 2015. The dependent variable was the use in hookah life and the independent analyzed were gender, age, missing classes in the last 30 days without parental consent, family relationships, socioeconomic status, use of alcohol and other drugs, energy consumption, violence, sex, weight control. For association analyzes used the prevalence ratio with their respective confidence intervals (95%) and Poisson regression. **Results:** The prevalence of use of tobacco in life was 45.7 %, of which 21.9 % used tobacco in cigarettes and 39.9% of hookahs. Factors associated with outcome were teenagers who were older age (PR = 1.22), missed classes (PR = 1.20), bad family relations (PR = 1.21), alcohol use (OR = 2.16 ) and other drugs (PR = 1.69). **Conclusion:** The results indicate the existence of different ways to tobacco smoking among adolescent students, more frequent use of hookahs. These results suggest the need for realignment of prevention policies to smoking to new configurations of global society.

**Keywords:** School Health; adolescents; Consumption of tobacco products.

## INTRODUÇÃO

O uso do tabaco ainda é um importante problema de saúde pública em razão dos efeitos nocivos à saúde. Considerado como a principal causa de mortes evitáveis, estima-se que seja responsável por, aproximadamente, 71% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e quase 10% das doenças cardiovasculares<sup>1</sup>.

O conhecimento dos efeitos adversos a saúde devido consumo de tabaco, bem como, adoção de políticas públicas de prevenção no Brasil iniciaram nas últimas décadas do século passado. Por ser considerado um comportamento até então aceito e incentivado, o seu uso iniciava precocemente. Apesar do êxito das políticas para a diminuição do tabagismo na população brasileira<sup>2</sup>, estudos têm apontado para a persistência do consumo entre os adolescentes por meio de diversas formas de uso do tabaco, tais como o narguilé<sup>3,4</sup>.

O aumento progressivo na preferência pelo narguilé entre os adolescentes deve-se a ideia difundida na população que esse instrumento produz menos danos à saúde. A crença surgiu na Índia durante o reinado do Imperador Akbar (1556-1605), quando o médico chamado Hakim Abul Fath ao inventar o instrumento supôs que se o fumo passasse por um espaço contendo água os seus efeitos seriam menos prejudiciais à saúde. A manutenção dessa ideia na atualidade é reforçada, grande parte, por práticas de *marketing* irresponsáveis, trazendo aos seus consumidores à falsa sensação de segurança nos momentos agradáveis de interação social que as sessões de uso de narguilé proporcionam<sup>5</sup>.

O instrumento narguilé é composto por uma peça central, onde fica a água, e junto à base tem uma peça cilíndrica que sustenta o forninho, local onde se coloca o tabaco, e em cima o carvão. A mangueira é ligada a parte superior do narguilé e termina numa piteira, podendo haver mais de uma mangueira, o que possibilita o fumo coletivo. Ele funciona quando é aspirado pela mangueira que reduz a pressão no interior do instrumento fazendo que o ar gerado pelo carvão passe pelo fumo, produzindo a fumaça, a qual é resfriada e “filtrada” pela água. Em seguida, a fumaça sobe pelo tubo a para ser consumida<sup>a</sup>.

Os fumantes de narguilé, conhecido como cachimbo d’água, estão expostos a diversos riscos à saúde. Além de compartilharem o mesmo bocal, o que pode ajudar na propagação de doenças, como resfriados, infecções respiratórias, tuberculose, hepatite e herpes. Existem ainda os riscos advindos da sua composição, contendo na fumaça inalada a nicotina,

---

<sup>a</sup> Ministério Público de Rondônia [internet]. Rondônia; 2016 [acesso em 21 jan 2016]. Disponível em: [http://www.mp.ro.gov.br/documents/29249/1586481/Informa%C3%A7%C3%B5es\\_sobre\\_Narguile.pdf](http://www.mp.ro.gov.br/documents/29249/1586481/Informa%C3%A7%C3%B5es_sobre_Narguile.pdf)

monóxido de carbono e alcatrão, que são potencializados pela combustão do carvão, podem causar dor de cabeça, náuseas, seguida de síncope. Tal uso foi apontado por pesquisadores em uma revisão sistemática, no ano de 2010, uma forte associação à doenças respiratórias, cardíacas e ao câncer de pulmão, com razões de prevalência quase duas vezes maior em relação aqueles que não fumavam<sup>6</sup>.

Devido os diversos os efeitos deletérios à saúde e o risco potencial à dependência ao tabaco, são limitadas as referências sobre o uso do narguilé entre os adolescentes e os comportamentos que podem influenciar sua saúde. O objetivo deste estudo foi analisar o uso na vida de narguilé e a exposição a comportamentos não saudáveis entre adolescentes escolares de Cuiabá-MT.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal. Os dados foram extraídos da pesquisa “Levantamento Epidemiológico do Comportamento de Saúde nas Unidades Escolares da Rede Estadual da Educação Básica do município de Cuiabá”. Foram estudados alunos do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano), Médio (1º ao 3º ano) e Educação de Jovens e Adultos (EJA) de escolas públicas, da zona urbana do município de Cuiabá, MT, no segundo semestre de 2015. Apenas os adolescentes pertencentes à faixa etária de 10 a 19 anos foram incluídos no estudo, com base na classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>b</sup>, Organização Panamericana de Saúde<sup>c</sup> e Organização Mundial de Saúde<sup>d</sup>.

Considerou-se para o procedimento de amostragem do estudo original uma prevalência de 25,6% para o uso de drogas na vida (exceto álcool e tabaco)<sup>7</sup>, erro-padrão de 1,5% (0,015) e 95% Intervalo de Confiança. A amostra mínima calculada foi de 846 estudantes; esse valor inicial foi aumentado levando-se em conta possível efeito de agregado de 1,3 e 11% de perdas (faltas às aulas, recusas em participar do estudo e não autorização dos pais). Totalizando em 1221 estudantes a serem pesquisados.

Para a seleção da amostra, seguiu-se a metodologia adotada nos levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBID)<sup>8</sup> e Souza & Martins (1998)<sup>9</sup>. Desta forma, considerando a estimativa de 27 alunos por turma, de acordo com a Portaria n° 580/10 da Secretaria de Estado de Educação (SEDUC)<sup>10</sup>, foram sorteadas 4 (quatro) turmas em 12 (doze) escolas, totalizando 48 (quarenta e oito) turmas.

Em campo, obteve-se a aplicação do instrumento em todas as turmas previstas. Do total previsto, obteve-se 960 (78,6%) estudantes que responderam ao instrumento. Dos quais foram excluídos, 17 questionários que continha resposta afirmativa à pergunta falsa, 71 com idade superior a 19 anos de idade e 10 por não terem respondido a questão que objetiva o presente estudo, totalizando em uma população de 862 adolescentes, atendendo a totalidade da amostra mínima prevista.

O instrumento de coleta dos dados foi o mesmo utilizado nos estudos realizados no contexto nacional<sup>8</sup> e em Cuiabá-MT<sup>9</sup>, com o acréscimo das variáveis relações familiares. O

---

<sup>b</sup> Brasil. Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul 1990; Seção 1, p. 13563.

<sup>c</sup> Organização Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Washington (DC): OPS; 2010 [citado 21 jan 2016]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>

<sup>d</sup> Organização Mundial de Saúde. Child and adolescent health and development. 2003 [citado 20 nov 2014]. Disponível em: [www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/adolescent.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/adolescent.htm).

desfecho principal foi definido como “uso na vida de narguilé” e apresentado como variável dicotômica (Sim/Não).

As variáveis independentes abrangem: sexo; idade (categorizada em faixa etária); falta às aulas nos últimos 30 dias sem autorização dos responsáveis; nível socioeconômico da família do adolescente (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)<sup>e</sup>, em que a soma das posses resulta em uma de cinco categorias socioeconômicas, agrupadas para este estudo em: alto e médio (A+B+C) e baixo (D+E); uso de drogas (exceto álcool e tabaco) pelo menos uma vez na vida; uso de álcool na vida; uso de energético na vida; teve relação sexual nos últimos 30 dias. Para a variável “controle do peso” foi considerado “sim”, quando nos últimos 30 dias o adolescente tomou algum remédio para emagrecer ou provocou vômito com a intenção de perder peso. Referente à “violência” considerou-se positivo quando nos últimos 30 dias alguma vez portou arma de fogo, arma branca (faca, canivete, taco de madeira ou pedra), envolveu-se em briga com agressão física ou envolveu-se em briga onde o grupo de amigos brigou com outro grupo.

A confiabilidade das questões do instrumento foi avaliada pelo coeficiente kappa<sup>11</sup> com 84 estudantes em duas escolas não sorteadas para a amostra. Utilizou-se interpretação por Landis & Koch<sup>12</sup>, mediante a aplicação de um teste-reteste, com intervalo de 8 dias entre as aplicações. Obtiveram-se coeficientes satisfatórios para o conjunto de variáveis do instrumento, entre elas concordância substancial para uso de narguilé (k=0,746, IC95% 0,607-0,885), álcool (k=0,699, IC95% 0,537-0,861), tabaco (k=0,770, IC95% 0,621-0,920), relação sexual nos últimos 30 dias (k=0,704, IC95% 0,515-0,893) relacionamento com a mãe (k=0,750, IC95% 0,591 - 0,910) e relacionamento entre os pais (k=0,705, IC95% 0,568-0,843) e moderado para relacionamento com o pai (k=0,551, IC95% 0,398-0,704).

A coleta foi realizada por aplicadores devidamente treinados, no período de setembro a outubro de 2015, do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Os dados foram digitados no Programa Epi Info (versão 6.0) e as análises foram feitas no programa Stata, versão 9. Primeiramente foi realizada análise exploratória dos dados para se definir a apresentação final das variáveis. Na segunda etapa, na análise bivariada, as associações entre o desfecho e as variáveis independentes foram investigadas com base na razão de prevalência bruta, com seu respectivo intervalo de 95% de confiança (IC95%) e nível de significância (valores de p). Em seguida, as variáveis que apresentaram associações com

---

<sup>e</sup> Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Unicamp: 2008 [acesso 20 novembro 2014]. Disponível em: [www.abep.org/new/Servicos/Download.aspx?id=07](http://www.abep.org/new/Servicos/Download.aspx?id=07)

valores de  $p < 0,20$ , pelo Teste de Qui-quadrado, foram pré-selecionadas para compor o modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta, com exceção de sexo e idade, que foram mantidas por razões biológicas. Permaneceram no modelo final somente as variáveis que apresentaram valores de  $p < 0,05$ <sup>13</sup>.

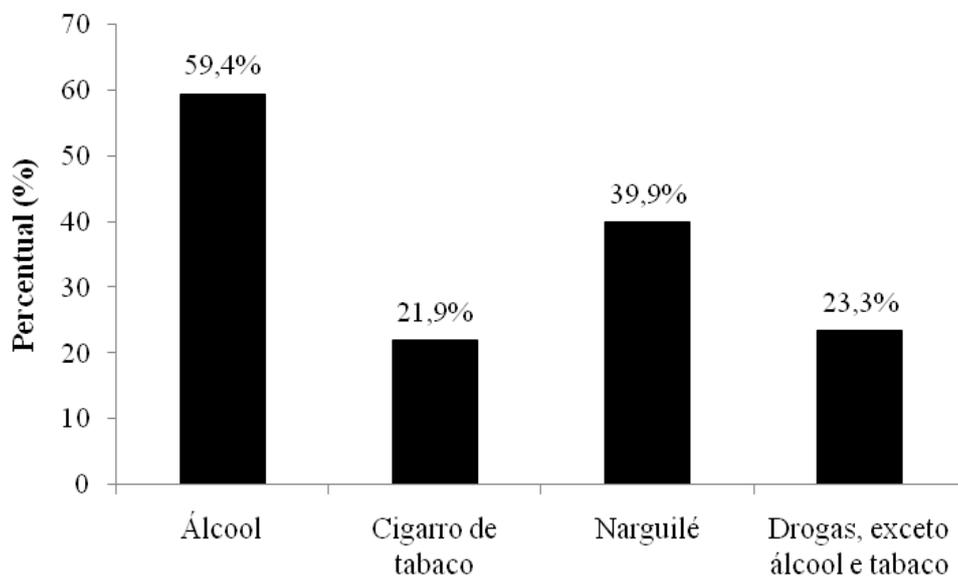
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Julio Müller da UFMT (Parecer n° 952.473/CEP/HUJM/15). Os participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Na amostra composta por 862 estudantes, 50,8% eram meninas, com idade média de 14,65 e  $DP \pm 2,09$  anos, 53,6% do ensino fundamental, 70% afirmaram não faltar às aulas nos últimos 30 dias sem autorização dos pais, 69% eram de baixo nível socioeconômico e 42,8% apresentavam algum problema de relacionamento na família.

Quanto aos comportamentos de risco praticados nos últimos 30 dias, 12,6% usaram preservativo no último intercurso sexual, 5% fizeram alguma intervenção de risco para controlar o peso e 21,7% apresentaram alguma conduta de violência, dentre elas: 5,5% portaram arma de fogo, 10,9% arma branca, 10,4% envolveram-se em briga com agressão física e 9,6% em briga com o grupo de amigos.

A substância psicoativa de maior experimentação entre os adolescentes foi o álcool (59,4%), seguido dos produtos do tabaco ( $n=394$ , 45,7%). Na população estudada, o uso na vida de narguilé foi de 39,9% ( $n=344$ ), cigarro 21,9% ( $n=189$ ) e 23,3% ( $n=201$ ) outras drogas (exceto álcool e tabaco) (Figura 1).



**Figura 1** – Uso de substâncias psicoativas entre adolescentes matriculadas na Rede Estadual de Ensino de Cuiabá-MT. 2015. (N=862).

**Tabela 1** – Associação do uso de narguilé, segundo variáveis sociodemográficas, escolares, relações familiares e comportamentos não saudáveis de saúde entre os adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá – MT, 2015. (n=862)

Variáveis	n	Uso de narguilé n(%)	RP	IC (95%)	P-valor
<b>Sexo</b>					
Masculino	421	183 (43,5)	1,19	[1,006-1,399]	0,041
Feminino	434	159 (36,6)	1,00		
<b>Idade</b>					
15 a 19 anos	454	221 (48,7)	1,62	[1,355-1,924]	<0,0001
10 a 14 anos	408	123 (30,1)	1,00		
<b>Falta às aulas nos últimos 30 dias</b>					
Sim	240	123 (51,2)	1,54	[1,297-1,823]	<0,0001
Não	561	187 (33,3)	1,00		
<b>Relacionamento familiar</b>					
Ruim	369	177 (48,0)	1,46	[1,239-1,729]	<0,0001
Bom	476	156 (32,8)	1,00		
<b>Nível socioeconômico</b>					
Alto	268	117 (43,7)	1,14	[0,964-1,354]	0,131
Baixo	594	227 (38,2)	1,00		
<b>Uso de drogas</b>					
Sim	201	142 (70,6)	2,31	[1,999-2,674]	<0,0001
Não	661	202 (30,6)	1,00		
<b>Uso de álcool</b>					
Sim	512	280 (54,7)	2,99	[2,364-3,783]	<0,0001
Não	350	64 (18,3)	1,00		
<b>Uso de Energético</b>					
Sim	582	315 (54,1)	5,17	[3,634-7,354]	<0,0001
Não	277	29 (10,5)	1,00		
<b>Violência</b>					
Sim	187	77 (41,2)	1,05	[0,862-1,279]	0,629
Não	630	247 (39,7)	1,00		
<b>Relação sexual</b>					
Sim	188	125 (66,5)	2,11	[1,806-2,454]	<0,0001
Não	630	199 (31,6)	1,00		
<b>Controle do peso</b>					
Sim	43	23 (53,5)	1,38	[1,028-1,845]	0,056
Não	775	301 (38,8)	1,00		

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

A Tabela 1 apresenta os resultados da associação entre as variáveis independentes e o uso de narguilé entre os adolescentes escolares. As variáveis que apresentaram significância estatística para o desfecho foram: o sexo masculino (RP=1,19), faixa etária de 15 a 19 anos de idade (RP=1,62), faltar às aulas nos últimos 30 dias sem permissão dos responsáveis (RP=1,54) e relacionamento ruim na família (RP=1,46), apresentaram associação significativa ( $p < 0,05$ ). Quanto aos comportamentos de risco para a saúde, apresentaram relação ao desfecho as categorias: uso de drogas na vida (RP=2,31); uso de álcool na vida (RP=2,99); uso de energético (RP=5,17); e relação sexual nos últimos 30 dias (RP=2,1). O não uso de preservativo não mostrou ser um fator de exposição ao desfecho (RP=0,920, IC95% 0,745-1,135).

Na análise de regressão de Poisson permaneceram apenas as variáveis que mantiveram significância estatística ( $p < 0,05$ ). Os fatores que apresentaram associação ao uso de narguilé foram: idade na faixa etária de 15 a 19 anos, faltar às aulas nos últimos 30 dias, relacionamento familiar ruim, uso de drogas (exceto álcool e tabaco) e uso de álcool na vida (Tabela 2).

**Tabela 2** – Fatores associados ao uso na vida de narguilé em adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá-MT, 2015.

Variáveis	RP*	IC (95%)	p-valor
<b>Sexo</b>			
Masculino	1,13	[0,959-1,323]	0,148
Feminino	1,00		
<b>Idade</b>			
15 a 19 anos	1,22	[1,02-1,461]	0,033
10 a 14 anos	1,00		
<b>Falta às aulas nos últimos 30 dias</b>			
Sim	1,20	[1,022-1,427]	0,026
Não	1,00		
<b>Relacionamento familiar</b>			
Ruim	1,21	[1,005-1,393]	0,044
Bom	1,00		
<b>Uso de drogas</b>			
Sim	1,69	[1,442-1,987]	<0,0001
Não	1,00		
<b>Uso de álcool</b>			
Sim	2,16	[1,694-2,842]	<0,0001
Não	1,00		

IC95%: intervalo de confiança; RP: Razão de prevalência.

\*Regressão de Poisson.

## DISCUSSÃO

O tabaco continua sendo um grande desafio para a saúde pública. No Brasil, ao longo dos últimos vinte anos, foram desenvolvidas diversas medidas de controle visando a diminuição do consumo, como o aumento dos impostos sobre os produtos, restrições quanto a comercialização e uso em ambientes públicos e advertências sobre os riscos à saúde nos maços de cigarros. Diante desses esforços, o tabagismo vem apresentando diminuição consistente na população geral<sup>14</sup>. Porém, entre os adolescentes, a literatura vem apontando para uma inversão na preferência do instrumento para fumar o tabaco, com a perda de espaço do cigarro para o narguilé<sup>3</sup>.

Nesse sentido, tem-se realizado estudos com adolescentes no contexto cuiabano, visando monitorar os comportamentos de uso de drogas psicoativas, os quais apresentaram oscilações quanto à proporção de usuários de tabaco. No ano de 1995<sup>9</sup> verificou-se que 29% haviam usado tabaco na vida, diminuindo em 2004 (18%)<sup>8</sup>, em 2010 continuou a cair (17,6%)<sup>8</sup> e no presente estudo observou-se um aumento substancial para 45,7%.

O aumento dessa proporção na população estudada é devido ao grande número de usuários de narguilé (39,9%), o qual vem crescendo globalmente. Nos estados Unidos, na Flórida, em um estudo com universitários, encontraram uma prevalência de uso na vida de cachimbo d'água de 39%<sup>15</sup>, outro na Califórnia<sup>16</sup> com adolescentes, perceberam um aumento de 40% no número de usuários entre 2005 e 2008, no Brasil, em São Paulo-SP a proporção era de 22,1%<sup>3</sup>, em Várzea Grande-MT 19,7%<sup>4</sup> e em Campo Grande-MS 18,3%<sup>3</sup>. Observa-se que o achado do presente estudo aproximou-se com o comportamento de uma população universitária, caracterizada por altas prevalências de uso, abuso e dependência de drogas.

O aumento pela experimentação de narguilé, quando comparada com a iniciação clássica, que é fumar cigarros, torna-se preocupante, pois indica como essa forma de uso do tabaco popularizou entre os adolescentes. Esta fase da vida é marcada pela curiosidade e necessidade de confrontar, experimentar limites, ou mesmo transgredi-los, constituindo um espaço de conquista, vivido individualmente ou em grupo. Neste contexto, o narguilé surge como “novidade” cercada de glamour e possibilidades de interações sociais diversas. Além disso, a migração para outras formas do tabaco deve-se ao fato que com as políticas restritivas do uso do cigarro, as indústrias do ramo vêm direcionando seus produtos de forma a atrair a população adolescente, por meio de essências aromatizadas e até mesmo narguilé eletrônico<sup>17</sup>.

O consumo do cachimbo d'água, geralmente, é marcado pela socialização com os amigos e descontração, proporcionando aceitação do sujeito pelo grupo. E é na busca pela identidade própria que o adolescente pode se colocar em situações de risco à saúde<sup>18</sup>.

Nas análises de associação da variável dependente com as independentes, observa-se que a prevalência de uso de narguilé foi 1,19 vezes maior entre os meninos (43,5%), resultado superior ao encontrado por Reveles et al.<sup>4</sup>. Apesar de alguns estudos apontarem semelhança entre os sexos nos últimos anos, o uso do tabaco está relacionado a diversos propósitos culturais e sociais. Segundo Oliveira e Gorayeb<sup>19</sup> as motivações para cada gênero repercutem de forma distinta na experimentação do tabaco entre adolescentes, proporcionando para as meninas, geralmente, a sensação de prazer e alívio de sentimentos negativos e entre os meninos a busca relaciona-se aos mecanismos de auto-afirmação e inserção em um grupo.

Outros fatores associados ao uso de narguilé entre os estudantes foram a faixa etária de 15 a 19 anos e faltar às aulas nos últimos 30 dias, assim como no estudo realizado em Várzea Grande-MT<sup>4</sup>, que apresentou uma razão de prevalência ajustada de até 6 vezes maior para aqueles que usaram na vida. Sabe-se que na fase final da adolescência (15 a 19 anos de idade) a opinião dos membros do seu grupo ainda é importante, diminuindo à medida que adquire confiança em sua identidade<sup>20</sup>. Isso reforça a necessidade de realinhamento das políticas existentes na saúde e educação, tendo em vista que uma das principais características do narguilé é o uso coletivo.

Além da sociabilidade que o uso do narguilé traz ao adolescente, a crença difundida pela mídia irresponsável, possivelmente, seja um dos motivos para o aumento progressivo do uso nesta população. Apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente prever a proibição da venda de qualquer produto do tabaco para menores de 18 anos de idade no país, incluindo as essências aromatizadas, o acesso fácil ao instrumento tem contribuído para o aumento. Neste cenário, a família pode ser um fator protetor ou de risco ao consumo<sup>21</sup>.

Os resultados do presente estudo apontaram que adolescentes de famílias com relacionamento ruim apresentaram maior probabilidade de experimentação do narguilé. O dado assemelha-se ao uso de cigarros por essa população, os quais recebem influência das relações estabelecidas entre os membros da família, contribuindo no estabelecimento de valores, atitudes e comportamentos na adolescência que serão consolidados no início da fase adulta<sup>21</sup>.

Por outro lado, o nível socioeconômico não mostrou relação significativa com a experimentação de narguilé entre os estudantes, apontando para o quão potencial consumidor

são os adolescentes, indiferente as questões financeiras. O uso é caracterizado pelo compartilhamento entre o grupo e, possivelmente, os custos também são divididos.

Além dos aspectos familiares, outros fatores são relevantes para melhor conhecimento do adolescente que usa narguilé, como o desejo natural em ter novas experiências coexistindo com o sentimento de invulnerabilidade. O adolescente expressa suas emoções, vontades e frustrações de diversas maneiras, tornando-o vulnerável a comportamentos de risco à saúde<sup>20</sup>.

Os comportamentos dos adolescentes que estiveram associados ao uso de narguilé foram uso de drogas (exceto álcool e tabaco), uso de álcool, uso de energético, relação sexual e controle do peso. Apesar destas três últimas variáveis estarem relacionadas ao desfecho, o resultado deve ser analisado com cautela, pois sugere-se que a relação de ambas advém muitas vezes pelo mesmo propósito, da necessidade de aceitação pelo grupo. Embora não seja possível dizer que estes comportamentos aumentem diretamente a chance de usar o narguilé, os adolescentes que possuem estas características comportamentais apresentaram alta prevalência de uso, sendo até 5 vezes maior entre aqueles que referiram tomar bebidas energéticas.

O uso de drogas e álcool pelos estudantes mostraram-se associados ao uso de narguilé na análise múltipla, dados semelhantes sobre uso de tabaco, foram encontrados no estudo de Elicker et al.<sup>22</sup>, com razão de prevalência de 1,84 e 6,68 respectivamente. Tais comportamentos sugerem ao fato, que a exposição às substâncias psicoativas pode ter um efeito multiplicador, em que o consumo de uma aumenta o risco do uso de outra.

Os dados levantados, contudo, devem ser considerados com cautela quanto à causalidade, dadas as limitações do desenho epidemiológico adotado<sup>23</sup>. Outras limitações chamaram a atenção durante as análises dos resultados, como a comparabilidade do problema com outros estudos, pois são poucas as pesquisas sobre o tema entre a população estudantil. Por outro lado, há ainda o possível viés de informação. Apesar do processo de coleta dos dados ter garantido o anonimato, é possível que por questões de insegurança alguns adolescentes tenham omitido o uso de narguilé.

## CONCLUSÃO

A prevalência do uso de tabaco na forma de cigarro (21,9%) entre os adolescentes escolares evidenciou que as políticas públicas de prevenção ao tabaco junto a esta população não se mostrou eficaz. Destaca-se a inversão da preferência do instrumento para o consumo do tabaco por meio do narguilé (39.9%), sendo os mais expostos os adolescentes mais velhos, faltaram às aulas, com relacionamento familiar ruim, usuários de álcool e outras drogas.

Conclui-se que as políticas de prevenção e assistência ao tabagismo sejam realinhadas a nova dinâmica do mundo globalizado, marcado pelas relações sociais instantâneas, expansão e desenvolvimento de comunidades multiculturais. Sobretudo, que as ações abranjam a escola e a família para que possam na sua função contribuir para o fortalecimento de comportamentos saudáveis na adolescência.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 – World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
- 2 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
- 3 – Szklo AS, Sampaio MMA, Fernandes EM, Almeida LM. Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileiras: há motivo de preocupação?. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(11):2271-2275.
- 4 – Reveles CC, Segri NJ, Botelho C. Fatores associados à experimentação do narguilé entre adolescentes. *J. Pediatr*. 2013;89(6):583-587.
- 5 – Martins SR, Paceli RB, Bussacos MA, Fernandes FLA, Prado GF, Lombardi EMS, et al. Experimentação de e conhecimento sobre narguilé entre estudantes de medicina de uma importante universidade do Brasil. *J. Bras. Pneumol*. 2014;40(2):102-110.
- 6 – Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int. J. Epidemiol*. 2010;39(3):834-857.
- 7 – Carlini-Cotrim BHRS, Barbosa MTS. Pesquisa epidemiológica sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais — 1993. São Paulo: CEBRID; 1993.
- 8 – Carlini ELA, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: CEBRID; 2010.
- 9 – Souza DPO, Martins DTO. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(2):391-400.
- 10 – Secretaria de Estado de Educação. Portaria n° 580, de 19 de outubro de 2010. Dispõe sobre os critérios para Composição de Turmas das Unidades Escolares da Rede Estadual de Ensino. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso*. 26 nov 2010; p. 28.
- 11 – Cohen JA. Coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas*. 1960;20(1):37-46.
- 12 – Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.

- 13 – Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-998.
- 14 – Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carline EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13 Spec No:888-95.
- 15 – Nuzzo E, Shensa A, Kim KH, Fine MJ, Barnett TE, Cook R, Primack BA. Associations between hookah tobacco smoking knowledge and hookah smoking behavior among US college students. *Health Educ. Res.* 2013;28(1):92-100.
- 16 – Smith JR, Edland SD, Novotny TE, Hofstetter R, White MM, Lindsay SP, Al-Delaimy WK. Increasing Hookah Use in California. *Am. J. Public Health*. 2011;101(10):1876-1879.
- 17 – Mejia AB, Ling PM. Tobacco industry consumer research on smokeless tobacco users and product development. *Am. J. Public Health*. 2010;100(1):78-87.
- 18 – Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. *J. Pediatr*. 2001;77(2):125-134.
- 19 – Oliveira CM, Gorayeb R. Diferenças de gênero e fatores motivacionais para início do tabagismo em adolescentes. *Sau. &Transf. Soc.* 2012;3(1):49-54.
- 20 – Assumpção Junior FB. Desenvolvimento psicológico. In: Saito MI, Silva LEV da, Leal MM. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2008, p. 67-71.
- 21 – Abreu MNS, Caiaffa WT. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. *Rev. Panam Salud Publica*. 2011;30(1):22-30.
- 22 – Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(3):399-410.
- 23 – Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência constitui-se como a principal fase do desenvolvimento humano, que requer atenção e cuidados pela família e instituições sociais por meio de políticas públicas. Por ser um momento marcado de transformações físicas, psíquicas e sociais, o adolescente se torna vulnerável a comportamentos de transgressões característicos das passagens desta faixa etária, entre elas a exposição ao uso de substâncias psicoativas.

Entre os fatores de maior exposição verificados neste estudo, com adolescentes do ensino fundamental, médio e EJA da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá, chamou a atenção para a relação entre os pais e o uso de substâncias ilícitas, bem como, o uso de narguilé associado à comportamentos de risco à saúde, como uso na vida de álcool e outras drogas. Embora muitas variáveis, perderam sua significância estatística no modelo de análise executado é importante considerar que as mesmas requerem análises mais aprofundadas devido interações existentes entre os vários comportamentos não saudáveis a saúde.

Conclui-se que as políticas de prevenção e assistência à substâncias psicoativas sejam realinhadas a nova dinâmica da sociedade brasileira, marcada por transformações na estrutura familiar, expansão e desenvolvimento de comunidades multiculturais. Desta forma, sugere-se que as ações abrangem tanto a escola como a família, levando em consideração os múltiplos contextos em que as drogas estão presentes hoje, visando o fortalecimento dos laços de afetividade entre os membros e de comportamentos saudáveis na adolescência.

Tendo em vista que o uso de drogas psicoativas deve ser tratado como uma questão multidimensional, que permite um olhar abrangente e coletivo no campo social e da saúde, faz-se necessária a replicação de estudos periódicos que avaliem em maior profundidade os diversos fatores envolvidos no consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Washinton: APA; 2013.

Assumpção Junior FB. Desenvolvimento psicológico. In: SAITO MI, SILVA LEV da, LEAL MM. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo:Atheneu;2008, p. 67-71.

Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int. J. Epidemiol.* 2010;39(3):834-857.

Azevedo RCS de. Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco [Tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UEC; 2000.

Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention.* 2005;26(6),529-551.

Barreto ESS, Mitrulis E. Trajetória e desafios dos ciclos escolares no País. *Estudos Avançados.* 2001;15(42):103-140.

Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3: 21.

Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev. Saúde Pública.* 2002;36(1):40-46.

Bessa MA, Boaratti MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011, p. 359-374.

Benchaya MC, Bisch NK, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. *J. Pediatr.* 2011;87(3):238-244.

Brasil. Lei n° 5.692, de 11 de agosto de 1971. Dispõe sobre Diretrizes e Bases para o ensino de 1° e 2° graus, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 12 ago 1971.

Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União, Brasília,* p. 27833, 23 dez. 1996. Seção 1.

Brasil. Lei n° 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 24 out 2006.

Brasil. Lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Dispões sobre a alteração da redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União. 7 fev 2006.

Brasil. Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008. Dispões sobre a alteração dos dispositivos da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União. 17 jul 2008.

Brêtas JRS. Vulnerabilidade e adolescência. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2010;10:89-96.

Borawski EA, Levers-Landis CE, Lovegreen LD, Trapl ES. Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust; the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. J. Adolesc. Health. 2003;33(2):60-70.

Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R. Cocaína e crack. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2004, p. 68-83.

Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R. Esteróides e anabolizantes. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2004, p. 156-162.

Bordin S, Cordeiro DC, Figlie NB, Laranjeira R. Anfetaminas. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 132-139.

Bordin S, Cordeiro DC, Figlie NB, Laranjeira R. Alucinógenos. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 132-139.

Bordin S, Diehl A, Silva RL da, Figlie NB, Laranjeira R. Tabaco. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 53-76.

Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R. Solventes e inalantes. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 140-146.

Bordin S, Grandi CG de, Figlie NB, Laranjeira R. Sistemas diagnósticos em dependência química – conceitos básicos e classificação geral. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 3-13.

Bordin S, Jungerman FS, Figlie NB, Laranjeira R. Maconha. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 118-131.

Carlini EA, Carlini-Cotrim BHRS, Silva Filho AR. II Levantamento Nacional sobre o uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º Graus - 1989. São Paulo: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1990.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001. São Paulo: CEBRID; 2002.

Carlini EA et al. Livro informativo sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5a ed. Brasília: CEBRID/SENAD; 2010.

Carlini ELA, Galduróz, JCF. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2006.

Carlini ELA, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: CEBRID; 2010.

Carlini-Cotrim B, Silva Filho AR, Barbosa MTS, Carlini EA. Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 1987 – Estudos e Projetos – Parte I - O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de 1º e 2º Grau da rede estadual em 10 capitais brasileiras. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1989.

Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. Rev. saúde pública. 2000;34:636-645.

Carvalho PD de, Barros MVG de, Lima RA, Santos CM, Mélo EN. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. Cad. Saúde Pública. 2011;27(11): 2095-2105.

Castro ML, Cunha SS da, Souza DPO de. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. Rev. Saúde Pública. 2011;45:1054-1061.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Epi Info Version 3.5.4. Atlanta: CDC; 2013 [Acesso 24 fevereiro 2015]. Disponível em: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/html/prevVersion.htm>

CNE – Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 12, de 8 de julho de 2010. Diário Oficial da União. 18 de out 2010; seção 1, pag. 10.

D’Orazio WPS et al. Uso de drogas e desempenho escolar entre jovens e adolescentes do ensino médio de uma escola pública de Pires do Rio – GO. Holos. 2013;5:305-314.

Domingues AE, Novidade JC, Hutz CS. Uso de drogas e estilos parentais percebidos na adolescência. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. 2011;4(1):3-11.

ESPAD – The European School Survey Projeto n Alcohol na Other Drugs. Stockholm: ESPAD; 2006 [acesso em 20 novembro 2014]. Disponível em: [www.espad.org](http://www.espad.org).

Figlie N, Fontes A, Moraes E, Payá R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?. Rev. Psiq. Clín. 2004;31(2):53-62.

Fonseca FF, Sena RK, Santos RLA dos. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Rev. Paul. Pediatr. 2013;31:258-264.

Francisco P, Donalisio M, Barros M, Cesar C, Carandina L, Goldbaum M. Association measures in cross-sectional studies with complex samplings: odds ratio and prevalence ratio. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11: 347-355.

- Galduróz JCF, D'Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID, 1993.
- Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997. São Paulo: CEBRID, 1997.
- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID, 2004.
- Guimarães ABP, Hochgraf PB, Brasiliano S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009;36(2):69-74.
- Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(4): 775-783.
- Klein CH, Block KV. Estudos Seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2006, p. 125-150.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74.
- Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: SENAD; 2007.
- Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad. Saúde Coletiva.* 2000;8(2):9-28.
- Maccoby E, Martin J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Hetherington E M (Org.), Mussen PH (Org. Série). *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development.* 4. ed. New York: Wiley; 1983. v. 4, p. 1-101.
- Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Barreto SM, Moraes Neto OL de. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(1):52-62.
- Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(1):166-177.
- Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985;15:651-9.
- Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000;22:32-36.
- Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res.* 1983;16:215-8.

Medina MG, Nery Filho A, Flach PMV. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: Paim JS, Almeida-Filho N de. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book; 2014. p. 479-497.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Info facts: high school & young trends. Bethesda: National Institute of Health. 2006 [acesso em 20 novembro 2014]. Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/infofacts/HSYouthtrends.htm>.

Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini MA, Moura YG, Carlini EA. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo: CEBRID, 2004.

OID – Inter-American observatory on drugs. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Peru: OID; 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Alcohol and alcoholism. Report. Geneva: OMS; 1955.

OMS – Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; 1993.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Child and adolescent health and development*. 2003 [acesso em 20 novembro 2014]. Disponível em: [www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/adolescent.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/adolescent.htm).

OMS – Organização Mundial da Saúde. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Geneva: OMS; 2004.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Alcohol and injury in emergency departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Paris: Library Cataloguing; 2007.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Prevalence of tobacco use among adults and adolescents. 2012 [acesso 01 jan 2016]. Disponível em: [http://gamapserv.who.int/gho/interactive\\_charts/tobacco/use/atlas.html](http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html).

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Pereira MG. Estruturas, vantagens e limitações dos principais métodos. In: Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p. 289-306.

Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. Farmacologia. 6. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

Rocha THR, Ribeiro JEC, Pereira GA, Aveiro CC, Silva LCA. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psico-USF*. 2006;11:95-102.

Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1996;35:101-109.

Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. Transtornos relacionados a substâncias; p. 411-506.

Santos MESB. *Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2002.

Scivoletto S. Abuso e dependência de drogas. In: Saito MI, Silva LEV da, Leal MM. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2008, p. 489-514.

SEDUC – Secretaria de Estado de Educação. *Escola ciclada de Mato Grosso: novos tempos e espaços para ensinar – aprender a sentir, ser e fazer*. Cuiabá: SEDUC; 2000.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília (DF): SENAD; 2009.

Schramm JMA, Oliveira AF de, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004;9:897-908.

Silva CJ da, Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R. *Álcool*. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 31-52.

Skov T, Deddens J, Petersen M, Endahl L. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *Int J Epidemiol*. 1998;27:91-95.

Smart RG, Hughes DPH, Anumonye A, Khant U, Medina-Mora, ME, Nauatnam U, Poshy A, Chinda U, Varma UK, Walud KA. *A methodology for students drug use surveys*. Geneva: OMS; 1980.

Soldera M, Delgalarrondo P, Correa Filho HR, Silva CAM. *Uso de drogas psicotrópicas entre estudantes: prevalência e fatores sociais associados*. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38(2):277-283.

Souza DPO. *Uso de drogas psicoativas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso [doutorado]*. Cuiabá:UFMT;2006.

Souza DPO de, Martins DTO. *O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995*. *Cad. saúde pública*. 1998;14:391-400.

Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX da. *Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso*. *Rev. saúde pública*. 2005;39:585-592.

Springer AE, Sharma S, Guardado AM, Nava, FV, Kelder SH. (2006). Perceived parental monitoring and health risk behavior among public secondary school students in El Salvador. *The Scientific World Journal*. 2006;6(3):1810-1814.

Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(4):647-655.

Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35(2),150-158.

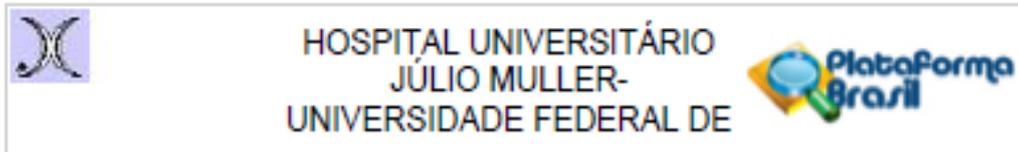
Touzeau D. Perspectiva farmacológica. In: Bergeret J, Leblanc J. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 19-50.

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report*. Report. New York; 2012.

Zibetti MLT. Ciclo básico de alfabetização e heterogeneidade: os desafios da prática pedagógica. *Boletim de Psicologia*. 2006;56(25):221-240.

## **9 ANEXOS E APÊNDICES**

## ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO COMPORTAMENTO DE SAÚDE NAS UNIDADES ESCOLARES DA REDE ESTADUAL DA EDUCAÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ

**Pesquisador:** Delma Perpétua Oliveira de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40652214.6.0000.5541

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 952.473

**Data da Relatoria:** 10/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, que objetiva estimar comportamento de saúde de estudantes e professores nas unidades escolares da Rede Estadual da Educação Básica do Município de Cuiabá-MT. Será aplicado um questionário de autopreenchimento anônimo em uma amostra probabilística sistemática de 1404 estudantes e 122 professores.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Identificar e analisar, numa abordagem epidemiológica, o comportamento de saúde de estudantes nas unidades

escolares da rede estadual da Educação Básica de Cuiabá, no ano de 2015.

##### Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil dos estudantes e professores segundo características biológicas (sexo, idade, raça/cor), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar, situação conjugal), sociais (religião), ocupacionais (cargo/função, horas de trabalho semanais, outro vínculo de trabalho, tempo de serviço prestado na UFMT);

- Identificar a prevalência de agravos a saúde dos professores e estudantes quanto às doenças

**Endereço:** Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

**Bairro:** Boa Esperança

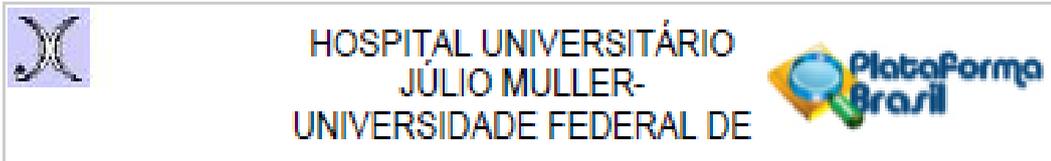
**CEP:** 78.060-900

**UF:** MT

**Município:** CUIABÁ

**Telefone:** (63)3615-8254

**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br



Continuação do Parecer: 982.473

crônicas não transmissíveis, uso e abuso de álcool e outras drogas, transtorno mental comum e violência;

- Pesquisar sobre o estresse ocupacional entre os professores;
- Estimar a prevalência de as doenças crônicas não transmissíveis, uso e abuso de álcool e outras drogas, transtorno mental comum e violência, entre estudantes e professores;
- Analisar a associação doenças crônicas não transmissíveis, uso e abuso de álcool e outras drogas, transtorno mental comum, violência e estresse ocupacional em relação as variáveis biológicas, econômicas, escolares e familiares entre estudantes e os professores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Nenhum. Trata-se da aplicação de um questionário anônimo.

**Benefícios:**

Subsídio às políticas públicas de saúde e educação na prevenção e assistência ao estudante e professor com comportamentos de risco a saúde com uso indevido de álcool e outras substâncias e violência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Autorização da SEDUC: devidamente assinada e carimbada pela secretaria de educação.

TCLE: para pais - adequado; para estudante e professor - falta incluir que não haverá custo para o sujeito da pesquisa.

Folha de Rosto: adequada.

**Recomendações:**

Incluir no TCLE direcionado ao estudante e ao professor que a participação na pesquisa não gerará custo de qualquer natureza.

Incluir como benefício direto que os resultados oriundos da pesquisa serão utilizados para discussão com a direção da escola para que medidas de prevenção contra comportamentos não saudáveis sejam tomadas (conforme descrito no TCLE apresentado pelo pesquisador).

Rever no questionário direcionado ao professor (E NOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS), quando se pede a

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2387

Bairro: Boa Esperança

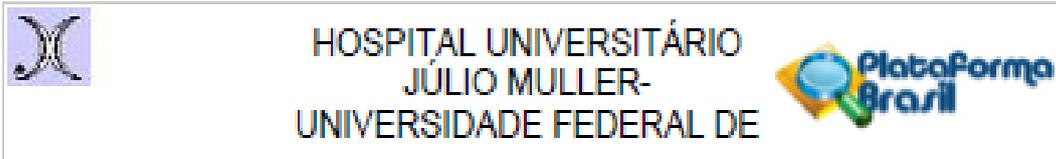
CEP: 78.080-000

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3515-8254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br



Continuação do Parecer: 952-473

Informação "tempo de serviço prestado na UFMT", uma vez que os professores são da educação básica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado em relação à análise ética.

CUIABA, 12 de Fevereiro de 2015

---

Assinado por:  
**SHIRLEY FERREIRA PEREIRA**  
 (Coordenador)

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367  
 Bairro: Boa Esperança CEP: 78.060-900  
 UF: MT Município: CUIABA  
 Telefone: (65)3615-8254 E-mail: shirleyfp@bol.com.br

## ANEXO 2 – Autorização da Secretaria de Estado de Educação

SEDUC  
SECRETARIA DE  
ESTADO DE EDUCAÇÃO



GOVERNADOR  
MATO GROSSO  
ESTADO DE MATO GROSSO

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

A Secretaria de Estado de Educação declara, para os devidos fins, que tem ciência do Projeto de Pesquisa "**Levantamento epidemiológico do comportamento de saúde nas unidades escolares da rede estadual da Educação Básica do município de Cuiabá**", sob a coordenação da Dr<sup>a</sup> Delma Perpétua Oliveira de Souza, Professora Credenciada do Programa de Pós-Graduação do ISC/UFMT e Coordenadora do CRR/UFMT.

A pesquisa objetiva conhecer o comportamento de saúde da comunidade escolar da Educação Básica, compreendendo estudantes e professores do Ensino Fundamental e Médio do município de Cuiabá – MT, uma vez que vários são os comportamentos não saudáveis que refletem no adoecimento desta população podendo comprometer o ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, solicitamos que as unidades escolares sorteadas colaborem com a realização da pesquisa, subsidiando a equipe da UFMT na coleta de dados.

**Permínio Pinto Filho**  
Secretário de Estado de Educação

## APÊNDICE 1 – Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

NÚCLEO DE DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE

CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA DE FORMAÇÃO PERMANENTE AOS  
PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM USUÁRIOS DE CRACK, OUTRAS DROGAS E SEUS  
FAMILIARES (CRR/UFMT)

QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ESTUDANTES DA REDE ESTADUAL  
DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT.

Este questionário faz parte de um Projeto de Pesquisa do Centro Regional de Capacitação Permanente de Profissionais que atuam na Educação, no Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social. E servirá para conhecer as condições de saúde dos estudantes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá e, contribuirá para com as ações de prevenção e assistência.

É muito importante que você seja sincero e só responda depois ler com atenção às perguntas e as alternativas dadas. Basta marcar um X na resposta que você achar mais certa.

Agradecemos sua colaboração.

**1. A. Sexo:**

- 1  Masculino  
2  Feminino

**1. B. Que cor você se considera?**

- 1  Branca  
2  Negra  
3  Parda ou morena  
4  Oriental (Amarela)  
5  Indígena (vermelha)  
6  Não sabe  
7  Não quer informar

**2. Você está em qual ano?**

- 1  6° ano do ensino fundamental  
2  7° ano do ensino fundamental  
3  8° ano do ensino fundamental  
4  9° ano do ensino fundamental  
5  1° ano do ensino médio  
6  2° ano do ensino médio  
7  3° ano do ensino médio  
8  EJA

**3. Em qual período você estuda?**

- 1  Matutino  
2  Vespertino  
3  Noturno

**4. Quantos anos você tem: .....anos.****5. Qual a sua religião?**

- 1  Católica  
2  Evangélica/Protestante  
3  Espírita  
4  Umbanda/Candomblé  
5  Judaica  
6  Budismo/Oriental  
7  Não tenho religião  
8  Outras .....

**6. Qual o seu peso?**

- 1  O meu peso é .....

2  Não sei o meu peso

**7. Qual a sua altura?**

- 1  A minha altura é .....

2  Não sei a minha altura

**8. Como você se sente em relação ao seu peso?**

- 1  Eu gostaria de ser um pouco mais magro(a)  
2  Eu gostaria de ser muito mais magro(a)  
3  Acho que estou com o peso ideal  
4  Eu gostaria de ser um pouco mais gordo(a)  
5  Eu gostaria de ser muito mais gordo(a)

9. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantos dias você faltou a alguma aula sem autorização dos seus pais ou responsável?

- 1  Não faltei  
 2  Faltei de 1 a 3 dias  
 3  Faltei de 4 a 8 dias  
 4  Faltei 9 dias ou mais

10. A. Você já experimentou alguma bebida alcoólica?

Exemplos: cerveja, chopp, vinho, pinga, caipirinha, sidra, outras.

- 1  Não  
 2  Sim

10. B. Que idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

- 1  Nunca tomei  
 2  Eu tinha ..... anos  
 3  Não lembro

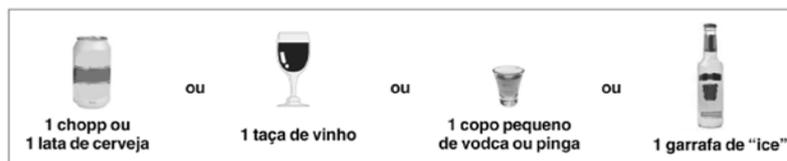
10. C. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou alguma bebida alcoólica?

- 1  Não  
 2  Sim

10. D. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou alguma bebida alcoólica?

- 1  Não  
 2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
 3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
 4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

A próxima questão 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 garrafas de "ice" na mesma ocasião, então você tomou 5 doses de bebida alcoólica.

10. E. Você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica numa mesma ocasião?

- 1  Não  
 2  Sim  
 3  Não lembro

10. F. Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica numa mesma ocasião, qual(is) bebida(s) você tomou na última vez que isso aconteceu?

(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- 1  Nunca bebi  
 2  Nunca bebi 5 doses ou mais  
 3  Cerveja ou chopp  
 4  Pinga  
 5  Uísque  
 6  Vodca  
 7  Conhaque  
 8  Licor  
 9  Sidra ou champanhe  
 10  Vinho

- 11  Batida ou caipirinha  
 12  Bebidas do tipo "ice" (ex.: Smirnoff ice)  
 13  Outros .....

**10. G.** Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica numa mesma ocasião, onde você estava na última vez que isso aconteceu?

(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- 1  Nunca bebi  
 2  Nunca bebi 5 doses ou mais  
 3  Em casa  
 4  Balada, bar ou casa noturna  
 5  Casa de amigos ou conhecidos  
 6  Casa de familiares  
 7  Não me lembro  
 8  Outros .....

**10. H.** Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica numa mesma ocasião, com quem você estava na última vez que isso aconteceu?

(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- 1  Nunca bebi  
 2  Nunca bebi 5 doses ou mais  
 3  Sozinho  
 4  amigos ou colegas  
 5  Familiares adultos (pais, tios ou avós)  
 6  Familiares jovens (irmãos ou primos)  
 7  Não lembro  
 8  Outros

**10. I.** De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica numa mesma ocasião?

- 1  Não  
 2  Sim  
 3  Não lembro

**10. J.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica numa mesma ocasião?

- 1  Nenhuma vez  
 2  1 vez  
 3  2 vezes  
 4  3 a 5 vezes  
 5  6 a 9 vezes  
 6  10 ou mais vezes  
 7  Não lembro

**10. K.** Se você tomou alguma bebida alcoólica no último mês até se embriagar, ou seja, ficou bêbado (ficou tonto, vomitou, ficou com fala enrolada ou teve dificuldade de lembrar o que aconteceu), com quantas doses de bebida alcoólica isso aconteceu?

- 1  Nunca bebi  
 2  Nunca fiquei embriagado  
 3  Fiquei embriagado com 1 dose ou menos  
 4  Fiquei embriagado com 2 doses  
 5  Fiquei embriagado com 3 doses  
 6  Fiquei embriagado com 4 doses  
 7  Fiquei embriagado com 5 doses  
 8  Fiquei embriagado com 6 doses  
 9  Não lembro

**10. L.** Você já comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica (mesmo que não tenha sido para você)?

- 1  Não  
2  Sim

**10. M.** Por causa do seu consumo de bebida alcoólica, quantas vezes, nos últimos 12 meses, aconteceram às seguintes situações com você:

	Nenhuma vez	1-2 vezes	3-5 vezes	6 vezes ou mais
<b>A.</b> Acidente ou ferimentos				
<b>B.</b> Não foi capaz de fazer suas tarefas escolares ou estudar para um prova				
<b>C.</b> Entrou em brigas com parentes, amigos ou estranhos				
<b>D.</b> Foi para o trabalho ou para a escola "alto" ou embriagado				
<b>E.</b> Perdeu um dia (ou parte de um dia) de escola ou trabalho				
<b>F.</b> Envolveu-se em relações sexuais sem preservativo (camisinha)				
<b>G.</b> Foi vítima de roubo ou furto				
<b>H.</b> Foi hospitalizado ou teve que ir a um pronto-socorro				

**10. N.** Quando foi a primeira vez que você tomou bebida alcoólica?

- 1  Nunca tomei  
2  Durante os últimos 30 dias  
3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano  
4  Faz mais de 1 ano

**10. O.** Que risco você acredita que corre um jovem que toma bebida alcoólica de vez em quando?

- 1  Nenhum  
2  Risco leve  
3  Risco moderado  
4  Risco grave  
5  Não sei que risco corre

**10. P.** Que risco você acredita que corre um jovem que toma bebida alcoólica frequentemente?

- 1  Nenhum  
2  Risco leve  
3  Risco moderado  
4  Risco grave  
5  Não sei que risco corre

**10. Q.** Que risco você acredita que corre um jovem que fica bêbado (embriagado)?

- 1  Nenhum  
2  Risco leve  
3  Risco moderado  
4  Risco grave  
5  Não sei que risco corre

**10. R.** Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você bêbado (embriagado), o que você acha que é mais provável que aconteça?

- 1  Eu receberia castigo e/ou me chamariam a atenção  
2  Eu não receberia castigo nem me chamariam a atenção

**11. A.** Você já tomou alguma bebida energética?

Exemplos: Red Bull®, Flash Power®, Flying Horse®, Bad Boy®, Blue Energy®, Burn®, outras.

- 1  Não  
2  Sim

**11. B.** Se você já tomou alguma bebida energética, alguma vez foi misturada com álcool?

- 1  Nunca tomei bebida energética  
2  Não, nunca misturei com álcool  
3  Sim, já misturei com álcool

**12.** Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

- 1  Não  
2  Sim

**13. A.** Você já fumou cigarro?

- 1  Não  
2  Sim

**13. B.** De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você fumou algum cigarro?

- 1  Não  
2  Sim

**13. C.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você fumou algum cigarro?

- 1  Não  
2  Sim

**13. D.** Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez?

- 1  Nunca fumei  
2  Eu tinha ..... anos  
3  Não lembro

**13. E.** Se você fuma, quantos cigarros você fuma por dia?

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

**13. F.** Quando foi a primeira vez que você fumou cigarro?

- 1  Nunca fumei  
2  Durante os últimos 30 dias  
3  Faz mais de 1 mês porém menos  
4  Faz mais de 1 ano

**13. G.** Que risco você acredita que corre um jovem que fuma cigarro de vez em quando?

- 1  Nenhum  
2  Risco leve  
3  Risco moderado  
4  Risco grave  
5  Não sei que risco corre

**13. H.** Que risco você acredita que corre um jovem que fuma cigarro frequentemente?

- 1  Nenhum  
2  Risco leve

- 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**13. I.** Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você fumando cigarro, o que você acha que é mais provável que aconteça?

- 1  Eu receberia castigo e/ou me chamariam a atenção  
 2  Eu não receberia castigo nem me chamariam a atenção

**14.** Você já fumou em narguile (narguilé, arguile, nargas)?

- 1  Não  
 2  Sim

**15. A.** Você já fumou algum produto para se sentir “alterado/diferente”? Exemplos: loló, lança perfume, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, acetona, tiner, esmalte, aguarrás, tinta.

- 1  Não  
 2  Sim

**15. B.** De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

- 1  Não  
 2  Sim

**15. C.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

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

**15. D.** Se você já cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”, qual você cheirou por último?

- 1  Não cheirei  
 2  Loló/lança perfume  
 3  Cola  
 4  Éter  
 5  Gasolina  
 6  Tiner/aguarrás/tinta/benzina  
 7  Esmalte/acetona  
 8  Outros .....

**15. E.** Que idade você tinha quando cheirou algum desses produtos para se sentir “alterado/diferente” pela primeira vez?

- 1  Nunca Cheirei  
 2  Eu tinha ..... anos  
 3  Não lembro

**15. F.** Se você cheirou algum desses produtos, na última vez que cheirou, onde você os conseguiu?

- 1  Nunca cheirei  
 2  Tinha em minha casa  
 3  Ganhei de amigos  
 4  Não lembro  
 5  Outros .....

**15. G.** Quando foi a primeira vez que você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

- 1  Nunca cheirei  
 2  Durante os últimos 30 dias  
 3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano  
 4  Faz mais de 1 ano

**15. H.** Que risco você acredita que corre um jovem que cheira algum desses produtos de vez em quando?

- 1  Nenhum risco  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**15. I.** Que risco você acredita que corre um jovem que cheira algum desses produtos frequentemente?

- 1  Nenhum risco  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**16. A.** Você já fumou maconha (ou haxixe)?

- 1  Não  
 2  Sim

**16. B.** De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou maconha?

- 1  Não  
 2  Sim

**16. C.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou maconha?

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

**16. D.** Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

- 1  Nunca experimentei  
 2  Eu tinha ..... anos  
 3  Não lembro

**16. E.** Quando foi a primeira vez que você fumou maconha?

- 1  Nunca fumei  
 2  Durante os últimos 30 dias  
 3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano  
 4  Faz mais de 1 ano

**16. F.** Quando foi a última vez que alguma pessoa te ofereceu maconha, seja para comprar ou para experimentar?

- 1  Nunca me ofereceram  
 2  Durante os últimos 30 dias  
 3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano  
 4  Faz mais de 1 ano

**16. G.** Que risco você acredita que corre um jovem que fuma maconha de vez em quando?

- 1  Nenhum  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**16. H.** Que risco você acredita que corre um jovem que fuma maconha frequentemente?

- 1  Nenhum risco  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave

5  Não sei que risco corre

**16. I.** Imagine que um de seus pais ou responsável encontre você fumando maconha, o que você acha que é mais provável que aconteça?

- 1  Eu receberia castigo e/ou me chamariam a atenção  
2  Eu não receberia castigo nem me chamariam a atenção

**17. A.** Você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

Exemplos: Anfepramona®, Femproporex®, Mazindol®, Hipofagin®, Inibex®, Desobesi®, Moderine®, Absten®, Fagolipo®, Dualid®.

(NÃO VALE ADOÇANTE, SHAKE, NEM CHÁ)

- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que tomou por último?

**17. B.** De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

- 1  Não  
2  Sim

**17. C.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

- 1  Não  
2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

**17. D.** Que idade você tinha quando tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado), sem receita médica pela primeira vez?

- 1  Nunca tomei  
2  Eu tinha ..... anos  
3  Não lembro

Observe a lista de medicamentos da próxima questão (17. E.). As próximas perguntas serão sobre os medicamentos desta lista.

**17. E.** Marque quais medicamentos da lista ao lado você tomou sem receita médica no último ano:

- 1  Não tomei  
2  Anfeoramona ou Hipofagin®  
3  Femproporex ou Desobesi®  
4  Mazindol ou Fagolipo® ou Moderine® ou Absten®  
5  Metilfenidato ou Ritalina®  
6  Fórmula de farmácia de manipulação contendo anfepramona, femproporex e mazindol

**17. F.** Se você já tomou algum remédio da lista da questão 17. E., sem receita médica, como você o conseguiu?

- 1  Nunca tomei  
2  Alguém da minha família me deu  
3  Peguei na minha casa  
4  Consegui com amigos  
5  Comprei na balada  
6  Não lembro  
7  Outros .....

**17. G.** Se você já tomou algum remédio da lista da questão 17. E., sem receita médica, qual o principal motivo pelo qual você tomou?

- 1  Nunca tomei  
2  Para emagrecer

- 3  Para ficar acordado/"ligado"  
 4  Para me sentir "alterado/diferente"  
 5  Outros.....

**17. H.** Se você já tomou algum remédio da lista da questão 17. E., sem receita médica, alguma vez foi misturado com bebida alcoólica?

- 1  Nunca tomei  
 2  Nunca tomei misturado com bebida alcoólica  
 3  Sim, já tomei misturado com bebida alcoólica

**17. I.** Algum médico já receitou para você algum remédio da lista da questão 17. E.?

- 1  Não  
 2  Sim  
 3  Não lembro

**17. J.** Que risco você acredita que corre um jovem que toma remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado), sem receita médica de vez em quando?

- 1  Nenhum risco  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**17. K.** Que risco você acredita que corre um jovem que toma remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado), sem receita médica frequentemente?

- 1  Nenhum risco  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**18.** Você já tomou Holoten®, Capinol® ou Medavane® para se sentir "alterado/diferente"?

- 1  Não  
 2  Sim. Qual o nome do que tomou por último? .....

**19. A.** Você já tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

Exemplos: Diazepam, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Apraz®, Rivotril®, Alprazolam, Lexotan®, Dalmadorm®, Dormonid®, Bromazepam, Frontal®, Olcadil®.

(NÃO VALE CHÁS, NEM PRODUTOS NATURAIS COMO MARACUGINA)

- 1  Não  
 2  Sim. Qual o nome do que tomou por último? .....

**19. B.** De um ano pra cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

- 1  Não  
 2  Sim

**19. C.** De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

- 1  Não  
 2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
 3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
 4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

**19. D.** Que idade você tinha quando tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica pela primeira vez?

- 1  Nunca tomei  
 2  Eu tinha ..... anos  
 3  Não lembro

**19. E.** Se você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica, qual o principal motivo pelo qual você tomou?

- 1  Nunca tomei
- 2  Para conseguir dormir ou para dormir melhor
- 3  Para lidar melhor com a minha ansiedade e/ou nervosismo
- 4  Para me sentir "alterado/diferente"
- 5  Outros .....

**19. F.** Se você já tomou algum tranquilizante (calmante), sem receita médica, como você o conseguiu?

- 1  Nunca tomei
- 2  Alguém da minha família me deu
- 3  Peguei na minha casa
- 4  Consegui com amigos
- 5  Comprei na balada
- 6  Não lembro
- 7  Outros .....

**19. G.** Se você já tomou algum tranquilizante (calmante), sem receita médica, alguma vez foi misturado com bebida alcoólica?

- 1  Nunca tomei
- 2  Nunca tomei misturado com bebida alcoólica
- 3  Sim, já tomei misturado com bebida alcoólica

**19. H.** Algum médico já receitou para você algum dos tranquilizantes citados na questão **19A**?

- 1  Não
- 2  Sim
- 3  Não lembro

**19. I.** Que risco você acredita corre um jovem que toma tranquilizante sem receita médica de vez em quando?

- 1  Nenhum risco
- 2  Risco leve
- 3  Risco moderado
- 4  Risco grave
- 5  Não sei que risco corre

**19. J.** Que risco você acredita que corre um jovem que toma tranquilizante sem receita médica frequentemente?

- 1  Nenhum risco
- 2  Risco leve
- 3  Risco moderado
- 4  Risco grave
- 5  Não sei que risco corre

**20. A.** Você experimentou cocaína?

- 1  Não
- 2  Sim

**20. B.** De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou cocaína?

- 1  Não
- 2  Sim

**20. C.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou cocaína?

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

**20. D.** Que idade você tinha quando experimentou cocaína pela primeira vez?

- 1  Nunca experimentei
- 2  Eu tinha ..... anos
- 3  Não lembro

**20. E.** Quando foi a primeira vez que usou cocaína?

- 1  Nunca usei
- 2  Durante os últimos 30 dias
- 3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano
- 4  Faz mais de 1 ano

**20. F.** Quando foi a última vez que alguma pessoa te ofereceu cocaína, seja para comprar ou para experimentar?

- 1  Nunca usei
- 2  Durante os últimos 30 dias
- 3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano
- 4  Faz mais de 1 ano

**20. G.** Que risco você acredita que corre um jovem que usa cocaína de vez em quando?

- 1  Nenhum risco
- 2  Risco leve
- 3  Risco moderado
- 4  Risco grave
- 5  Não sei que risco corre

**20. H.** Que risco você acredita que corre um jovem que usa cocaína frequentemente?

- 1  Nenhum risco
- 2  Risco leve
- 3  Risco moderado
- 4  Risco grave
- 5  Não sei que risco corre

**21. A.** Você já experimentou crack ou merla?

- 1  Não
- 2  Sim

**21. B.** De um ano para cá, ou sej, nos últimos 12 meses, você usou crack ou merla?

- 1  Não
- 2  Sim

**21. C.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 meses, você usou crack ou merla?

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

**21. D.** Que idade você tinha quando experimentou crack ou merla pela primeira vez?

- 1  Nunca experimentei
- 2  Eu tinha ..... anos
- 3  Não lembro

**21. E.** Quando foi a primeira vez que usou crack ou merla?

- 1  Nunca usei
- 2  Durante os últimos 30 dias
- 3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano
- 4  Faz mais de 1 ano

**21. F.** Quando foi a última vez que alguma pessoa te ofereceu crack ou merla, seja para comprar ou para experimentar?

- 1  Nunca me ofereceram  
 2  Durante os últimos 30 dias  
 3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano  
 4  Faz mais de 1 ano

**21. G.** Que risco você acredita que corre um jovem que usa crack ou merla de vez em quando?

- 1  Nenhum risco  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**21. H.** Que risco você acredita que corre um jovem que usa crack ou merla frequentemente?

- 1  Nenhum risco  
 2  Risco leve  
 3  Risco moderado  
 4  Risco grave  
 5  Não sei que risco corre

**22. A.** Você já tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

- 1  Não  
 2  Sim. Qual o nome do que usou por último? .....

**22. B.** De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

- 1  Não  
 2  Sim

**22. C.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

- 1  Não  
 2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
 3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
 4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

**22. D.** Se você já tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho), que **idade** você tinha quando tomou para se sentir “alterado/diferente” pela primeira vez?

- 1  Nunca tomei  
 2  Eu tinha ..... anos  
 3  Não lembro

**23.** Você já experimentou Heroína ou ópio?

- 1  Não  
 2  Sim. Qual o nome do que usou por último? .....

**24.** Você já tomou algum dos remédios abaixo para se sentir “alterado/diferente”?

Morfina, Tylex®, Setux®, Sylador®, Tramal® (Tramadol), Dolantina® (Meperidina ou Petidina), Fentanil®, Dolosal®, Belacodid®.

- 1  Não  
 2  Sim. Qual o nome do que usou por último? .....

**25.** Você já experimentou LSD (ácido ou doce) ou chá de cogumelo?

- 1  Não  
 2  Sim. Qual o nome do que usou por último? .....

**26. A.** Você já experimentou êxtase?

- 1  Não  
2  Sim

**26. B.** Quando foi a primeira vez que você usou êxtase?

- 1  Nunca usei  
2  Durante os últimos 30 dias  
3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano  
4  Faz mais de 1 ano

**26. C.** Quando foi a primeira vez que alguma pessoa te ofereceu êxtase, seja para comprar ou experimentar?

- 1  Nunca me ofereceram  
2  Durante os últimos 30 dias  
3  Faz mais de 1 mês porém menos de 1 ano  
4  Faz mais de 1 ano

**26. D.** Que risco você acredita que corre um jovem que usa êxtase de vez em quando?

- 1  Nenhum risco  
2  Risco leve  
3  Risco moderado  
4  Risco grave  
5  Não sei que risco corre

**26. E.** Que risco você acredita que corre um jovem que usa êxtase frequentemente?

- 1  Nenhum risco  
2  Risco leve  
3  Risco moderado  
4  Risco grave  
5  Não sei que risco corre

**27.** Você já experimentou metanfetamina (cristal)?

- 1  Não  
2  Sim

**28.** Você já experimentou Ketamina?

- 1  Não  
2  Sim

**29.** Você já usou Benflogin® para se sentir “alterado/diferente”?

- 1  Não  
2  Sim

**30.** Você já usou algum medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força? Exemplos: Anabolex®, Androlone®, Androviron®, Decadurabolin®, Durabolin®, Durateston®, Equipoise®, Parabolan®, Primobolan®.

- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que usou por último? .....

**31. A.** Você já usou Esteróides Anabolizantes (Winstrol®, Androxon®, Durateston®, Deca-Durabolin®) sem receita médica?

- 1  Não  
2  Sim

**31. B.** De um ano para cá você usou Esteróides Anabolizantes?

- 1  Não  
2  Sim

31. C. De um mês para cá você usou Esteróides Anabolizantes?

- 1  Não  
 2  Sim, usei de 1 a 5 dias  
 3  Sim, usei de 6 a 19 dias  
 4  Sim, usei de 20 dias ou mais

32. Você já ouviu falar de outras drogas não citadas neste questionário?

- 1  Não  
 2  Sim. Qual o nome do que usou por último? .....

33. SRQ-20<sup>15</sup> Marque a resposta apropriada para o seu caso:

Assinale com X apenas **uma das alternativas**

A. Tem dores de cabeça frequentes?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
B. Tem falta de apetite?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
C. Dorme mal?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
D. Assusta-se com facilidade?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
E. Tem tremores nas mãos?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
F. Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
G. Tem má digestão?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
H. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
I. Tem se sentido triste ultimamente?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
J. Tem chorado mais do que de costume?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
K. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
L. Tem dificuldades para tomar decisões?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
M. Achas que teu trabalho diário é penoso, te causa sofrimento?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
N. Acha incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
O. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
P. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
Q. Tem tido idéias de acabar com a vida?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
R. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
S. Tem sensações que são desagradáveis no estômago?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim
T. Você se cansa com facilidade?	1 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim

34. A respeito de seus pais ou responsáveis, responda os itens abaixo **caso sua idade seja menor que 18 anos:**

Até que ponto seus pais TENTAM saber...	Não Tentam	Tentam Pouco	Tentam Bastante
A. Onde você vai quando sai com seus amigos?			
B. O que você faz com seu tempo livre?			
C. Onde você está quando não está na escola?			

Até que ponto seus pais REALMENTE sabem...	Não Sabem	Sabem Pouco	Sabem Bastante
D. Onde você vai quando sai com seus amigos?			
E. O que você faz com seu tempo livre?			
F. Onde você está quando não está na escola?			

A respeito de seus pais (ou responsáveis), considere os seguintes itens:	Quase Nunca	Às Vezes	Geralmente
G. Posso contar com a ajuda deles caso eu tenha algum tipo de problema			
H. Eles me incentivam a dar o melhor de mim em			

<sup>15</sup> Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primarycare in the city of São Paulo. Br J Psychiatry 1986; 148:23-6.

qualquer coisa que eu faça			
I. Eles me incentivam a pensar de forma independente (valorizam minhas opiniões)			
J. Eles me ajudam nos trabalhos da escola se tem alguma coisa que eu não entendo			
K. Quando querem que eu faça alguma coisa, explicam-me o porquê			
L. Quando tiro uma boa nota na escola, eles me elogiam			
M. Quando tiro uma nota baixa na escola, eles me encorajam a me esforçar mais			
N. Eles realmente sabem quem são meus amigos			
O. Eles passam tempo conversando comigo			
P. Eu e meus pais (ou responsáveis) nos reunimos para fazer juntos alguma coisa agradável			

35. Você fica aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?

- 1  Não  
2  Sim

36. Como é o seu relacionamento com seu pai?

- 1  Não tenho pai (falecido[a])  
2  Ótimo  
3  Bom  
4  Regular  
5  Péssimo  
6  Não tenho nenhum relacionamento com ele

37. Com quem você mora?

(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1  Pai  
2  Padrasto  
3  Mãe  
4  Irmã(s) ou irmão(s)  
5  Avó(s) ou avô(s)  
6  Sozinho  
7  Outros.....

38. Como é o seu relacionamento com sua mãe?

- 1  Não tenho pai (falecido[a])  
2  Ótimo  
3  Bom  
4  Regular  
5  Péssimo  
6  Não tenho nenhum relacionamento com ela

39. Como é o relacionamento **entre** seus pais?

- 1  Não tenho pai ou mãe (falecido[a])  
2  Ótimo  
3  Bom  
4  Regular  
5  Péssimo  
6  Não tenho nenhum relacionamento com eles

## 40. Seus pais:

- 1  Vivem juntos  
 2  Vivem separados  
 3  Um deles já morreu (ou os dois)  
 4  Outros.....

## 41. Entre as pessoas de sua família e amigos citados abaixo, assinale quem:

(PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

	Pai ou Padastro	Mãe ou Madastra	Irmão ou Irmã	Melhor Amigo / Amiga	Nenhum Destes	Não Sei
A. Fuma cigarro?						
B. Toma bebidas alcoólicas mesmo que de vez em quando?						
C. Fica bêbado (embriagado)?						
D. Fuma maconha ou haxixe?						
E. Usa cocaína, crack ou merla?						
F. Toma remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)?						
G. Toma tranquilizante ou sedativo (calmantes)?						
H. Toma êxtase?						
I. Usa inalante (lança, loló ou outros)?						

## 42. Você se sente mal ou culpado pela maneira que costuma beber?

- 1  Não  
 2  Sim

## 43. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- 1  Mais do que uma vez ao dia  
 2  Diariamente  
 3  Duas ou mais vezes por semana  
 4  Uma vez por semana  
 5  Poucas vezes por mês  
 6  Raramente ou nunca

## 44. A respeito de outros comportamentos, responda os itens abaixo:

	Não	Sim
A. Nos últimos 30 dias, alguma vez você andou de moto?		
B. Nos últimos 30 dias, alguma vez você andou de moto <u>sem capacete</u> ?		
C. Nos últimos 30 dias, alguma vez você dirigiu algum carro ou moto?		
D. Nos últimos 30 dias, alguma vez você andou de carro no qual a pessoa que estava dirigindo havia tomado alguma bebida alcoólica?		
E. Nos últimos 30 dias, alguma vez você andou com alguma arma de fogo (revólver)?		
F. Nos últimos 30 dias, alguma vez você andou com algum outro		

tipo de arma como faca, canivete, taco de madeira ou pedra?		
G. Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga com agressão física?		
H. Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga onde o seu grupo de amigos brigou com outro grupo?		
I. Nos últimos 30 dias, você teve alguma relação sexual?		
J. Nos últimos 30 dias, você teve alguma relação sexual <u>sem</u> camisinha?		
K. Nos últimos 30 dias, alguma vez você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto com a intenção de perder ou controlar seu peso?		
L. Nos últimos 30 dias, alguma vez você provocou vômito ou tomou laxante com a intenção de perder ou controlar seu peso?		
M. Você é de alguma torcida organizada?		

45. Você costuma beber pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

- 1  Não  
2  Sim

26

46. Até que grau o chefe (responsável de sua família) estudou?

- 1  Nunca estudou  
2  Fez até a 1ª, 2ª, 3ª série do ensino fundamental  
3  Fez até a 4ª, 5ª, 6ª ou 7ª série do ensino fundamental  
4  Fez até a 8ª série do ensino fundamental  
5  Fez até o 1º e 2º ano do ensino médio (1º e 2º colegial)  
6  Terminou o ensino médio (3º colegial)  
7  Fez faculdade, mas não terminou o curso  
8  Fez faculdade completa (terminou o curso)  
9  Não sei

47. Na sua casa tem:

A. Televisão em cores? (não vale quebrada)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantas?.....
B. Videocassete? (não vale quebrado)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?.....
C. Aparelho de DVD? (não vale quebrado)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?.....
D. Rádio? (não vale quebrado)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?.....
E. Banheiro?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?.....
F. Automóvel? (não vale moto)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?.....
G. Empregado(a) que trabalha todos os dias para sua família? Ex.: doméstica, babá, motorista, jardineiro, etc.	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?.....
H. Máquina de lavar (não vale tanquinho)? (não vale quebrada)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantas?.....
I. Geladeira? (não vale quebrada)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantas?.....
J. Freezer (da geladeira ou independente)? (não vale quebrado)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?.....

48. Você já recebeu informações educativas sobre drogas?

(PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1  Não  
2  Sim, na minha escola

- 3  Sim, na minha família
- 4  Sim, na minha igreja ou grupo religioso
- 5  Sim, através de televisão ou rádio
- 6  Sim, através de livros ou revistas
- 7  Sim, através de internet
- 8  Sim, através de amigos
- 9  Sim, outros .....

**49.** Se você quisesse procurar alguma informação sobre drogas, o que você faria?  
(PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1  Nada
- 2  Conversaria com algum professor ou funcionário da minha escola
- 3  Conversaria com alguém da minha família
- 4  Conversaria com alguém da minha igreja ou grupo religioso
- 5  Procuraria informações em livros ou revistas
- 6  Procuraria informações na internet
- 7  Conversaria com amigos
- 8  Conversaria com algum profissional de saúde
- 9  Outros.....

**50.** Qual atividade esportiva que você mais praticou nos últimos 30 dias.

(ASSINALE **APENAS UMA** ALTERNATIVA)

- 1  Não pratiquei atividade esportiva
- 2  Academia, musculação
- 3  Atletismo (corrida), ciclismo ou natação
- 4  Basquete, vôlei ou handebol
- 5  Dança (ballet, sapateado, jazz)
- 6  Futebol
- 7  Ginástica
- 8  Lutas, artes marciais ou capoeira
- 9  Outros .....

**51.** De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantas vezes você praticou a atividade esportiva que você assinalou acima?

- 1  Não pratiquei
- 2  Pratiquei de 1 a 5 dias
- 3  Pratiquei de 6 a 19 dias
- 4  Pratiquei 20 dias ou mais

**52.** Por que você pratica a atividade esportiva que assinalou acima?

(PODE ASSINALAR **MAIS DE UM** ALTERNATIVA)

- 1  Não faço atividades esportivas
- 2  Por diversão
- 3  Para manter a forma ou por motivos de saúde
- 4  Por profissão
- 5  Outros .....

**53.** Qual a chance de você terminar o ensino médio?

- 1  Impossível
- 2  Pouca chance
- 3  Mais ou menos
- 4  Muita chance
- 5  Não sei

**54.** Qual a chance de você fazer uma faculdade?

- 1  Impossível
- 2  Pouca chance

- 3  Mais ou menos
- 4  Muita chance
- 5  Não sei

55. Com que intensidade você acredita que o seu futuro será melhor?

- 1  Nenhuma
- 2  Um pouco
- 3  Mais ou menos
- 4  Muito
- 5  MUITÍSSIMO

56. Você sabe se sua família recebe algum auxílio do governo, como por exemplo, bolsa família, bolsa escola, auxílio-gás ou bolsa alimentação?

- 1  Não sei
- 2  Não recebe
- 3  Recebe. Qual .....

57. Você já foi obrigado a cumprir alguma medida sócio-educativa do governo, como por exemplo, liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade?

- 1  Não sei
- 2  Não recebe
- 3  Recebe. Qual .....

**VEJA SE NÃO DEIXOU NENHUMA QUESTÃO EM BRANCO.**

Caso queira, utilize o espaço abaixo para algum comentário:

---

---

---

---

---

---

---

## **APÊNDICE 2 – Manual do Aplicador**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**

**FACULDADE DE SAÚDE COLETIVA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.**

**PESQUISA: “Levantamento epidemiológico do comportamento de saúde nas unidades escolares da rede estadual da educação básica do município de Cuiabá”.**

1 - Inicialmente o aplicador deverá estar presente no local de trabalho a ser pesquisado no horário em que as aulas serão ministradas, previamente marcadas na agenda da escola;

2 - Se houver algum imprevisto para a não realização da pesquisa, o aplicador deverá avisar à Coordenação com uma antecedência de 24 horas, para que assim outro aplicador possa ser designado a realização da tarefa, caso não seja possível a realocação a escola deverá ser informada do imprevisto;

3 - Na ida para a coleta de dados os aplicadores deverão levar ofícios de apresentação da Coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva, Comprovante da aprovação do Comitê de Ética e autorização da Secretaria de Estado de Educação (SEDUC).

### **EM CAMPO**

4 - Apresentar-se ao professor que estiver em sala de aula como membro da equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Mato Grosso, que está realizando uma pesquisa sob o título “Levantamento epidemiológico sobre o comportamento de saúde de estudantes da rede básica de educação de Cuiabá – MT” e apresentar-lhe a autorização para a realização desta pesquisa, além de explicar-lhe os objetivos da pesquisa.

5 – Com a permissão do responsável, os entrevistadores devem comunicar que a aplicação do instrumento de pesquisa (obrigatoriamente realizada durante o horário de aula). Posteriormente, os entrevistadores devem apresentam-se à turma (ou se o responsável pela turma preferir o fará) e explicar os objetivos, metodologia e a importância do levantamento. O professor ou responsável poderá ausentar-se durante a aplicação do instrumento, mas após a conclusão do preenchimento do questionário deverá regressar a sala de aula. Caso não seja

permitida a entrada em sala de aula os aplicadores não devem insistir e anotar na folha de ocorrências, para que a equipe possa reagendar outro horário se possível.

6 – Após a apresentação inicial, os entrevistadores deverão seguir os passos abaixo:

- Pedir aos alunos que desliguem os telefones celulares. Aqueles que não quiserem participar da pesquisa, deverá ser pedido que permaneçam na sala de aula até o retorno do professor ou responsável pela turma.
- Para a distribuição do instrumento de pesquisa será informado que não deverá ser preenchido com informações pessoais (nome ou endereço) e esclarecido que os dados não serão divulgados individualmente e que ao final do preenchimento deverão ser depositadas nas urnas, garantindo assim a privacidade dos alunos.
- Os entrevistadores deverão levar cerca de 10% a mais de questionários e canetas em relação ao número de alunos matriculados na turma. Antes de iniciar a coleta de dados, o entrevistador deve verificar se o número de questionário é suficiente, caso contrário, será necessário reagendar a visita.
- Durante a distribuição do instrumento de pesquisa, os entrevistadores deverá contar o número total de alunos presentes e quantos recusaram participar da pesquisa, informações que serão anotadas na folha de ocorrências. Em hipótese alguma, será permitido os alunos saírem da sala de aula portando o instrumento de pesquisa, sejam respondentes ou não.
- O instrumento de pesquisa será brevemente apresentado, com a leitura da capa do questionário que contém informações gerais sobre a pesquisa e de preenchimento. Deverá ser enfatizada a questão do anonimato e da confidencialidade das informações, assim como sobre a voluntariedade de participação.
- Enfatizar que o preenchimento do instrumento de pesquisa é individual. Em caso de conversas paralelas ou comportamento inadequado, os entrevistadores, inicialmente, solicitará pela colaboração do aluno. Entretanto, na reincidência, o aluno será convidado a se retirar do recinto e o instrumento de pesquisa será desconsiderado da amostra. Todas as inter ocorrências devem estar anotadas na folha de ocorrência.
- Os entrevistadores não podem responder dúvidas de conteúdo do instrumento de pesquisa, para evitar possíveis vies de indução. É permitido apenas esclarecimento de dúvidas de preenchimento.
- Caso o responsável pela turma permanecesse dentro do recinto, o mesmo deverá ser instruído a não esclarecer possíveis dúvidas de conteúdo ou preenchimento. Dessa forma, evitando assim que ele ande pela sala e observe as respostas dos alunos, o que pode causar possíveis constrangimentos.
- No caso de dúvidas gerais sobre a participação na pesquisa, os alunos devem ser orientados a procurar a equipe coordenadora, contando-os por correio eletrônico ou por telefone.
- Não será permitida a participação de visitantes que não tiver vínculo com a escola.

9 - Agradecer ao entrevistado;

Outras observações e lembretes

- Estar atento para, em nenhum momento do nosso contato com os entrevistados, deixar transparecer uma posição "contra ou a favor" de alguma questão que envolva o instrumento;

- Lembrar-se sempre de que nós estamos participando de um projeto de levantamento de dados. Assim, informações sobre drogas, papel na comunidade, de saúde, etc., não deverão ser dadas por enviar os dados e comprometer a análise dos dados, mas que poderão ser dadas pelos responsáveis pela pesquisa Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Delma P. Oliveira de Souza (65 3615 8881; souzadpo@terra.com.br) e Discente Luciana Martins Frassetto de Freitas (65 3686-1670; lumffreitas@hotmail.com).
- A receptividade a este tipo de pesquisa em geral é muito boa, em todo caso, possíveis pessoas agressivas devem ser tratadas com neutralidade, sempre ressaltando que não são obrigados a participar da pesquisa, caso não queiram.

### **APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

**PROJETO:** Levantamento epidemiológico do comportamento de saúde nas unidades escolares da rede estadual da educação básica de Cuiabá, MT.

**PESQUISADORES:** Delma P. Oliveira de Souza e Luciana Martins F. de Freitas

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal de Mato Grosso/Instituto de Saúde Coletiva/UFMT.

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Estimar a prevalência do uso de álcool e outras drogas e fatores associados a comportamentos relacionados à saúde, características escolares, sociodemográficas de estudantes adolescentes do Ensino Fundamental e Médio da rede pública de CUIABÁ-MT, visando contribuir para com as políticas públicas de educação e saúde.

**PROCEDIMENTO:** Aplicação de questionário

**POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTO:** Resposta a um questionário

**BENEFÍCIOS PREVISTOS:** Subsídio às políticas públicas de saúde e educação na prevenção e assistência ao estudante e professor com comportamentos de risco a saúde com uso indevido de álcool e outras substâncias e violência.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e, concordo em participar do mesmo.

Cuiabá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

---

**Pais ou responsável**

LUCIANA M. F. DE FREITAS: [lumffreitas@hotmail.com](mailto:lumffreitas@hotmail.com)/ DELMA P. OLIVEIRA DE SOUZA(65)3615-8881; [souzadpo@terra.com.br](mailto:souzadpo@terra.com.br))