

CARINA RAFFS LEITE

**FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS
POR ADOLESCENTES DA REGIÃO DA GRANDE
FLORIANÓPOLIS**

Dissertação apresentada ao Comitê Científico do Curso de Pós-Graduação – Mestrado em Ciência do Movimento Humano, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência do Movimento Humano.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Thais
Silva Beltrame

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2015**

L5331 Leite, Carina Raffe.

Fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes da região da grande Florianópolis/ Carina Raffe Leite. – Florianópolis, 2015.

136 f. : il. ; 14,81cm 21cm.

Orientador: Thais Silva Beltrame

Bibliografia: f. 113-129

Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano) – Universidade Estadual de Santa Catarina, 2015.

1. Adolescentes. 2. Drogas. 3. Comportamento de risco. I. Carina Raffe Leite. II. Título.

CDD: 362.29

CARINA RAFFS LEITE

**FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS
POR ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DA
REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Banca examinadora:

Orientadora:

Prof^ª. Dra. Thais Silva Beltrame
(Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC)

Coorientadora:

Prof^ª. Dra. Juliana da Silva
(Instituto Federal de Santa Catarina – UDESC)

Membro 1:

Prof. Dr. Érico Felden Pereira
(Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC)

Membro 2:

Prof^ª. Dra. Siomara Aparecida Silva
(Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP)

Florianópolis, 08 de julho de 2015.

Dedico este trabalho aos meus os familiares que não mediram esforços em me incentivar.

Aos amigos que me ensinaram e me acompanharam neste caminho.

Aos meus professores!!!

A todos, muito obrigada!

“Nada é impossível de mudar.
Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de
mudar”.

(Bertolt Brecht)

RESUMO

LEITE, Carina R. Fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes do ensino médio da região da grande Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Florianópolis, 2015.

Este estudo tem por objetivo analisar os fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes estudantes do Ensino Médio da região da Grande Florianópolis. No estudo de revisão sistemática (cap. 3), a busca de artigos foi realizada na base de dados *Scopus*, com recorte de período de cinco anos (2010-2014), considerou-se artigos em inglês, espanhol e português. Os descritores utilizados foram: “adolescents”, “teenagers”, “alcohol drinking”, “smoking”, “tobacco”, “marijuana smoking” e “cannabis”. Recorreu-se aos operadores booleanos AND e OR para relacionar os termos da pesquisa. No estudo empírico (cap. 4), a amostragem foi realizada de forma aleatória e por conglomerados de acordo com o número de alunos matriculados nas escolas públicas e estaduais em cada município, resultando em 3.550 adolescentes de 14 a 18 anos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram os questionários de critério de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); Questionário do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID) (recomendado pelo IV Levantamento Nacional sobre o Consumo de drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras); e o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ); além das questões referentes à percepção de saúde dos adolescentes e o consumo de drogas por familiares e amigos. Para a análise dos dados utilizou-se uma medida descritiva para verificar a distribuição de frequências. O

nível de significância entre as proporções foi avaliado pelo teste Qui-quadrado (χ^2) para heterogeneidade e para a tendência linear dos indicadores sociodemográficos, percepção de saúde e coocorrência de comportamento de risco em relação à prevalência de consumo de drogas. Para avaliar a associação bruta e ajustada entre as variáveis sociodemográficas, percepção de saúde, nível de atividade física, tipos de drogas consumidas (álcool, cigarro e maconha), questões de escolaridade, questões ambientais e prevalência de consumo de drogas isolada ou simultânea, foi utilizada a medida de razão de prevalência (RP), adotando 95% de intervalo de confiança (IC) a partir da equação de Regressão de Poisson com variância robusta. O índice de significância adotado para o estudo foi $p \leq 0,05$.

No estudo de revisão sistemática, 37 artigos foram incluídos. Destes, a maioria foi publicada em países norte-americanos e europeus, sendo grande parte publicado em periódicos de classificação Qualis “A”. Constatou-se que o consumo de drogas pelos adolescentes é resultado da soma dos fatores intrapessoais (sexo, idade, timing puberal, sintomas depressivos, impulsividade e problemas de conduta), interpessoais (uso de drogas por familiares e melhores amigos, percepções positivas relacionadas ao uso de drogas, disciplina inconsistente, relacionamento não satisfatório com os pais, relacionamento com pares que aprovam o uso de drogas, etc.) e contextuais (nível de atividade física, tipo de exercício físico, percepção de saúde negativa, propagandas que estimulam o uso de drogas lícitas, etc.). No estudo empírico, verificou-se que as questões sociodemográficas, de saúde, de outros comportamentos de risco, bem como os aspectos psicossociais podem ser preditores significativos para a iniciação de consumo experimental e regular de álcool, cigarro e maconha pelos adolescentes da grande Florianópolis.

Palavras-chave: Adolescentes. Drogas. Comportamento de risco. Álcool. Cigarro. Maconha, Fatores associados.

ABSTRACT

LEITE, Carina R. **Factors associated with drug use by high-school adolescents of Florianópolis region.** Dissertation (Masters in Human Movement Science) - University of Santa Catarina - UDESC, Florianópolis, 2015.

This study aimed to analyze the factors associated with drug use by teenage students of high school in the Greater Florianópolis region. In a systematic review (ch. 3), the search for articles was held in the Scopus database, with five-year period of crop (2010-2014), it was considered articles in English, Spanish and Portuguese. The descriptors used were: "adolescents", "teenagers", "alcohol drinking", "smoking", "tobacco", "marijuana smoking" and "cannabis". It appealed to the Boolean operators AND and OR to link the search terms. In the empirical study (Ch. 4), the sampling was done randomly and conglomerates according to the number of students enrolled in public and state schools in each municipality, resulting in 3,550 adolescents aged 14 to 18 years. The instruments used for data collection were the Economic Classification criteria questionnaires in Brazil by the Brazilian Association of Research Companies (ABEP); Questionnaire of the Brazilian Center of Information on Psychotropic Drugs, Federal University of São Paulo (CEBRID) (recommended by the Fourth National Survey on Psychotropic Drug Use among Primary and Middle School Students of Public and Private Education Network in 27 Brazilian capitals); and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ); Apart from issues relating to perceived health of adolescents and drug use by family and friends. For the data analysis, a descriptive measure to check the frequency distribution. The level of significance between proportions was evaluated by chi-square test (χ^2) for heterogeneity and for linear trend of socio-demographic indicators, health perception and risk behavior co-

occurrence with respect to the prevalence of drug use. To evaluate the gross association and adjusted between sociodemographic variables, health perception, physical activity, categories of drugs (alcohol, cigarettes and marijuana), education issues, environmental issues and prevalence of consumption of isolated or simultaneous drug was used to measure prevalence ratio (PR), adopting 95% confidence interval (CI) from the Poisson regression with robust variance equation. The significance level adopted for the study was $p \leq 0.05$. In a systematic review, 37 articles were included. Of these, most were published in US and European countries, being largely published in Qualis rating of "A". It was found that drug use by adolescents is the result of the sum of intrapersonal factors (gender, age, pubertal timing, depressive symptoms, impulsivity and problem behavior), interpersonal (drug use by family and best friends, positive perceptions related drug use, inconsistent discipline, unsatisfactory relationship with parents, relationship with peers who approve drug use, etc.) and contextual (physical activity, type of exercise, a negative health perception, advertisements that encourage the use of legal drugs, etc.). In the empirical study, it was found that the socio-demographic issues, health, other risk behaviors, and psychosocial aspects can be significant predictors for initiation of experimental and regular consumption of alcohol, cigarettes and marijuana by adolescents of Florianopolis.

Key words: Adolescents. Drugs. Risk behavior. Alcohol. Cigarette. Marijuana. Associated factors.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mapa político da região da Grande Florianópolis .. 28
Figura 2 - Fluxograma do processo da seleção de artigos..... 41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise bibliográfica dos artigos incluídos no estudo	43
Quadro 2 - Análise metodológica dos artigos incluídos no estudo	46
Quadro 3 - Análise dos resultados dos artigos incluídos no estudo	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões Demográficas, Escolares, Ambientais, Socioeconômicas, Saúde e Atividade Física	31
Tabela 2 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões sobre o consumo de drogas: álcool.....	32
Tabela 3 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões sobre o consumo de drogas: cigarro e maconha.....	33
Tabela 4 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões sobre o consumo de drogas: consumo de drogas por familiares e amigos	34
Tabela 5 - Razões de prevalência do consumo experimental de bebidas alcoólicas por adolescentes	78
Tabela 6 - Razões de prevalência (RP) para consumo regular de bebidas alcoólicas.....	81
Tabela 7 - Razões de prevalência (RP) para consumo experimental de cigarro	85
Tabela 8 - Razões de prevalência (RP) para consumo regular de cigarro.....	89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	21
1.2 OBJETIVOS	24
1.2.1 Objetivo geral	24
1.3 JUSTIFICATIVA	25
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	26
2 MÉTODOS	27
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	27
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
2.2.1 População	28
2.2.2 Amostras	29
2.3 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS.....	30
2.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	35
3 FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS POR ADOLESCENTES – REVISÃO SISTEMÁTICA.....	37
3.1 INTRODUÇÃO.....	38
3.2 MÉTODO	39
3.3 RESULTADOS	40
3.3.1 Análise Bibliográfica	41
3.3.2 Análise metodológica.....	45
3.3.3 Análise dos resultados.....	50
3.4 DISCUSSÃO.....	62
3.5 CONCLUSÃO.....	67
4 FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS POR ADOLESCENTES PERTENCENTES AO ENSINO MÉDIO DA REDE ESTADUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS	69
4.1 INTRODUÇÃO.....	70

4.2 MÉTODO	72
4.3 RESULTADOS.....	76
4.3.1 Razões de prevalência de consumo experimental de bebidas alcoólicas.....	76
4.3.2 Razões de prevalência para consumo regular de bebidas alcoólicas.....	80
4.3.3 Razões de prevalência para consumo experimental de cigarro	83
4.3.4 Razões de prevalência para consumo regular de cigarro	86
4.3.5 Razões de prevalência para consumo experimental de maconha.....	90
4.3.6 Razões de prevalência para consumo regular de maconha.....	94
4.4 DISCUSSÃO	98
4.4.1 Limitações do estudo	108
4.5 CONCLUSÃO	108
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	113
ANEXO A: Questionário para caracterização sócio demográfica e avaliação da saúde percebida	130
ANEXO B: Questionário internacional para a prática de atividades físicas – Ipaq, e questões relacionados ao estilo de vida dos pais e amigos.....	135

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, no qual se caracteriza pelas intensas mudanças no desenvolvimento biológico, psicológico, socioafetivo, bem como pela necessidade do indivíduo corresponder às expectativas culturais da sociedade em que vive (EINSTEIN, 2005; WHO, 1986; 2005; SANTROCK, 2014). Normalmente, esta transição inicia-se com o aparecimento de sinais da puberdade e termina quando consolida seu crescimento e sua personalidade, havendo estabilização pessoal e independência econômica (EINSTEIN, 2005; WHO, 1986; 2005; SANTROCK, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se adolescente, indivíduos de 10 a 19 anos. No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a idade cronológica limita-se dos 12 aos 18 anos (EINSTEIN, 2005).

De maneira geral, a adolescência é uma fase crítica no desenvolvimento de padrões de comportamento, estilo de vida e fixação de valores, dos quais podem perdurar até a vida adulta (LOCH, 2007; SILVEIRA et al., 2013). Nesse contexto, destaca-se a necessidade do adolescente em consolidar sua personalidade, buscando autonomia e independência da família, bem como a busca por novas experiências e comportamentos (WAGNER et al., 2002; MALTA et al., 2010). Contudo, tais comportamentos podem representar fatores de risco à saúde do adolescente, como o uso de drogas lícitas e ilícitas (MALTA et al., 2010; 2014).

De acordo com os dados da pesquisa de Harakeh et al. (2012), cuja investigação verificou os preditores de comportamento de risco de 5.422 adolescentes holandeses de 15 e 16 anos, 57,8% dos jovens declararam ter consumido bebidas alcoólicas regularmente nos últimos 30 dias, 16,7% relataram

fumar cigarros diariamente e 14,4% relataram fumar maconha nos últimos 30 dias. Num estudo longitudinal, realizado com adolescentes da Irlanda do Norte, foi observado na última avaliação (adolescentes com 15 e 16 anos) que 64% dos jovens consumiram bebidas alcoólicas no ano anterior, 27% declararam ter ficado embriagados pelo menos uma vez na semana, 45% fez uso de cigarro no ano anterior, 20% declararam consumir cigarro diariamente, 37% relataram ter fumado maconha no ano anterior e 11% reportou fumar maconha durante a semana.

No Brasil, estudo realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), efetuou a primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), cujo objetivo foi determinar a prevalência de fatores de risco e proteção para a saúde dos adolescentes, dos quais eram estudantes do 9º ano do ensino fundamental (MALTA et al., 2010). Quanto aos resultados referentes ao consumo de drogas, foi observado que 24,2% dos escolares experimentaram cigarro alguma vez na vida, 6,3% reportaram ter fumado cigarro nos últimos 30 dias, 71,4% declararam já ter consumido bebidas alcoólicas alguma vez na vida, 27,3% reportaram ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, 22,1% declararam ter ficado embriagados, e 8,7% declararam ter consumido algum tipo de droga ilícita (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume e *extasy*) (BRASIL, 2009).

O uso de drogas na adolescência é um tema de grande abrangência mundial, uma vez que as primeiras experiências e os padrões de uso do indivíduo são iniciados nesta fase da vida. Estudos apontam que, quanto mais cedo e mais intenso for o padrão de uso de bebidas alcoólicas, maior será a tendência dos jovens reportarem o uso perigoso e/ou nocivo ao final da adolescência, bem como relatarem o uso de outras drogas, como tabaco, maconha e drogas mais pesadas (KANDAL; YAMAGUCHI, 1993; HERON et al., 2012; BAGGIO et al., 2013; KÁŽMÉR et al. 2014; MOSS et al., 2014).

Além disso, a precocidade do uso intenso de substâncias aumenta a probabilidade de o indivíduo desenvolver distúrbios ao longo da vida (MOHAMMADPOORASL et al., 2012). Evidências sugerem que o uso indevido de álcool e outras drogas na adolescência podem afetar a maturação cerebral (COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, 2010). Isto se deve pela imaturidade ou a plasticidade do processo de desenvolvimento cerebral durante esta fase da vida, o qual confere uma maior probabilidade dos jovens engajarem em ações de dependência química (COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, 2010). Desse modo, as regiões do cérebro que controlam as funções de aprendizagem, memória, tomada de decisões e controle de impulsos são prejudicadas (COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, 2010; KONG et al., 2013; MOHAMMADPOORASL ET AL., 2012; MALTA ET AL., 2014), auxiliando ainda mais na vulnerabilidade dos adolescentes aderirem a hábitos que prejudicam o seu desenvolvimento integral (MARIA; GUIMARÃES; MATIAS, 2009). Acrescenta-se que o uso precoce de maconha pode desencadear o desenvolvimento de transtornos mentais, como a psicose, esquizofrenia e sintomas depressivos (DANIELSSON et al., 2014). Enquanto que o uso precoce de cigarro, além de aumentar as chances de o adolescente desenvolver câncer de pulmão na vida adulta, é a droga que mais causa doenças preveníveis, bem como mortes prematuras (BUCHMANN et al., 2011; HONG; KAM; KIM, 2013).

Ressalta-se ainda a qualidade das relações interpessoais entre os adolescentes, familiares e amigos, bem como a influência que estas exercem sobre o comportamento do adolescente. Estudos de Schenker e Minayo (2005) destacam a família como a principal responsável pela inserção do indivíduo na cultura e nas relações primárias. No entanto, apontam que o desequilíbrio destas relações, acompanhados com outros fatores de risco, podem interferir na maneira com que os adolescentes irão corresponder às ofertas de drogas pelos pares. Em

consonância com esta afirmação, pesquisas indicam que adolescentes que vivem em famílias desestruturadas, os quais convivem com pais que não acompanham a educação dos filhos, permissivos ao consumo de drogas em casa e somados a identificação com pares que compactuam com os mesmos comportamentos de risco, são mais propensos ao consumo de drogas (CLEVELAND et al., 2012; SUTHERDALE et al., 2012; OSGOOD et al., 2014).

De maneira geral, além dos fatores acima citados, há elementos que também podem influenciar significativamente no consumo de drogas pelos adolescentes, tais como: sexo (OSGOOD et al., 2014; PEDERSEN et al., 2013; KAAI et al., 2013; KONG et al., 2013; GONCY; MRUG, 2013; LUK et al., 2012; HARAKEH et al., 2012; SUTHERDALE et al., 2012; PERRA et al., 2012; CAVAZOS-REHG et al., 2011a; LETHERDALE et al., 2010; PÉREZ et al., 2010; SIMONS-MORTON et al., 2010), idade (CANICE et al., 2009; GONCY; MRUG, 2013; KUNTTSCHE et al., 2013; LUK et al., 2012), nível socioeconômico (OSGOOD et al., 2014; HAMILTON et al., 2014), tipo de escola (KAAI et al., 2013), número de parceiros sexuais (CAVAZOS-REHG et al., 2011b), problemas de conduta (MASLOWISKY; SCHULENBER, 2013; MONSHOUWER et al., 2012), conectividade com a escola (KAAI et al., 2013), entre outros.

Com base no que foi aludido nesta introdução e na literatura pesquisada, este trabalho busca responder ao seguinte problema:

Quais os fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes estudantes do Ensino Médio da região da Grande Florianópolis?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados ao consumo de drogas por

adolescentes estudantes do Ensino Médio da região da Grande Florianópolis.

1.2.2 Objetivos específicos

- Investigar os principais fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes, por meio de uma revisão sistemática;
- Verificar a prevalência de consumo de drogas dos adolescentes, bem como os fatores associados.

1.3 JUSTIFICATIVA

Os dados desta pesquisa fazem parte de uma tese intitulada *Estilo de vida de adolescentes e variáveis contextuais* (Silva, 2014), orientada pela Professora Doutora Thais Silva Beltrame. O interesse pelo tema – Fatores associados ao consumo de drogas em adolescentes do Ensino Médio da Região da Grande Florianópolis – surgiu da necessidade de um aprofundamento sobre o assunto, bem como experiências profissionais, em que foram presenciadas as transformações dos alunos que se envolveram com drogas lícitas e/ou ilícitas.

Segundo dados do *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, o consumo de drogas por adolescentes se estabilizou. Entretanto, na cidade de Florianópolis, apesar da estabilização do consumo de cigarro pelos jovens, houve um aumento de 4,9% para o consumo de álcool e de 7,3% para o uso de maconha entre os anos de 2004 e 2010 (CARLINI, 2010).

De maneira geral, estudos apontam que padrões de comportamento e estilos de vida são desenvolvidos na adolescência e, possivelmente, levados a vida adulta (LOCH, 2007; SILVEIRA et al., 2013). Em consonância com esta afirmação, diversas pesquisas indicaram a adolescência como o

período crítico para o início de uso de substâncias psicotrópicas (CARLINI et al., 2010; MALMBERG et al., 2012; KAAI et al., 2013; SANCHEZ et al., 2013; SILVA, 2014; SILVA-OLIVEIRA et al., 2014), destacando o álcool, o tabaco e a maconha como as drogas mais consumidas (BAGGIO et al., 2013; MOSS, 2014). Esses dados tornam-se preocupantes, visto que estas substâncias são consideradas como porta de entrada para drogas mais pesadas. Além disso, quando o uso destas substâncias se torna intensificado, pode acarretar no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como: câncer, problemas cardíacos, diabetes, entre outros (MALTA et al., 2010).

Diante do exposto, julga-se de grande importância compreender o público adolescente, bem como investigar os fatores associados ao uso de drogas pelos mesmos. Deste modo, contribuir para o desenvolvimento de projetos de intervenção de qualidade.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Conforme a norma 01/2014, de acordo com o Art. 2º do Programa de Pós-Graduação em Ciência do Movimento Humano do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina, a presente dissertação está estruturada no modelo alternativo, sendo composta por dois artigos científicos.

A dissertação compõe-se de cinco capítulos. O capítulo um (1) aborda a Introdução, objetivos (geral e específicos) e justificativa; o capítulo dois (2) apresenta a Metodologia do trabalho. O capítulo três (3) apresenta o primeiro artigo intitulado “Fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes – Revisão Sistemática”; o capítulo quatro (4) apresenta o segundo artigo com o seguinte título: “Fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes pertencentes ao ensino médio da rede estadual da grande Florianópolis”; e o capítulo cinco (5) apresenta as Considerações finais.

2 MÉTODOS

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Inicialmente, destaca-se que este estudo consiste de uma pesquisa realizada nos bancos de dados do Laboratório dos Distúrbios da Aprendizagem do Desenvolvimento (LADADE).

Quanto aos objetivos, este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, sendo sua estrutura transversal. Segundo Gil (2010, p. 42), as pesquisas descritivas têm por principal objetivo a descrição das características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Os estudos descritivos podem ser classificados pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Já a estrutura de um estudo transversal é semelhante ao de um estudo de coorte, no entanto, nos estudos transversais todas as medições são feitas num único ‘momento’, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. São apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. Neste estudo foram explorados os fatores associados ao consumo de drogas.

Quanto aos procedimentos técnicos, empregou-se a técnica de levantamento. Segundo Gil (2010), as pesquisas deste tipo caracterizam-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, continua o autor, procede-se à “solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados”. Neste estudo, foram pesquisados os conhecimentos específicos relacionados aos adolescentes da Grande Florianópolis.

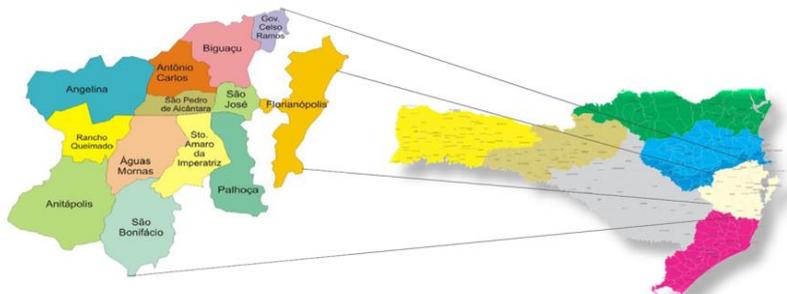
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

2.2.1 População

A população deste estudo é composta por 24.353 adolescentes, com idades de 14 a 18 anos completas. Todos os alunos estão matriculados no Ensino Médio das escolas públicas estaduais, situadas na região da Grande Florianópolis e gerenciadas pela Gerência Regional de Ensino da Grande Florianópolis.

Esta região é composta por 13 municípios, e segundo dados do Ministério da Educação, o Ensino Médio é oferecido em 67 escolas distribuídas em: Águas Mornas (N de escolas= 2; N de adolescentes= 241); Angelina (N de escolas= 2. N de adolescentes= 221); Anitápolis (N de escolas= 1, N de adolescentes= 88); Antônio Carlos (N escolas= 1, N adolescentes= 390), Biguaçu (N escolas= 5, N adolescentes= 3396), Florianópolis (N escolas= 27, N adolescentes= 9813), Governador Celso Ramos (N escolas= 2, N adolescentes=406), Palhoça (N escolas= 10, N adolescentes= 4035), Rancho Queimado (N de escolas= 1; N de adolescentes= 107), Santo Amaro da Imperatriz (N escolas= 3, N adolescentes= 843), São José (N de escolas= 11; N de adolescentes= 4604); São Bonifácio (N de escolas= 1, N de adolescentes= 90), São Pedro de Alcântara (N escolas= 1, N adolescentes= 119).

Figura 1 - Mapa político da região da Grande Florianópolis



2.2.2 Amostras

Participaram do estudo 26 escolas, sendo que 20 foram selecionadas através de sorteio e as outras seis, por serem as únicas em seus municípios, entraram automaticamente na pesquisa. O sorteio das turmas seguiu o mesmo critério que o sorteio das escolas, em que as instituições que possuíam uma turma para cada ano escolar também foram selecionadas automaticamente. A partir disto, 126 turmas, de primeiros, segundos e terceiros anos, dos períodos matutino, vespertino, noturno e integral, fizeram parte da pesquisa.

Os estudantes sorteados, cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento autorizando a sua participação, responderam um questionário durante o período escolar na própria sala de aula.

A amostragem foi realizada de forma aleatória e proporcional, por conglomerados, de acordo com o número de alunos matriculados nas escolas públicas e estaduais em cada município, e com base na fórmula de discricção de proporções, abaixo:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Para calcular o tamanho da amostra, foi admitido um erro amostral de 3%, nível de confiança de 95%, percentual mínimo de 50%, e efeito do desenho de 2,0. O que tornou necessário selecionar uma amostra de aproximadamente 2048 estudantes. Somou-se a este valor um percentual de 50%, visando a prevenção de possíveis perdas amostrais por questionários mal preenchidos e desistências (n esperado de 3072). Houve a possibilidade de aumentar o tamanho da amostra em algumas escolas, sendo possível extrapolar o 'n' amostral, chegando-se a um total de 3700 questionários, dos quais houve o descarte de 150, devido ao mau preenchimento, e idade acima de 18 anos. A

amostra final totalizou 3.550 participantes, com idade média de 16,12 ($\pm 1,03$) anos, dos quais 55% são moças (idade média= 16,06; $\pm 1,04$) e 45% rapazes (idade média= 16,20; $\pm 1,03$) proporcionalmente distribuídos entre os 13 municípios que compõe a região da Grande Florianópolis.

2.3 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS

Os dados do estudo foram coletados através dos questionários da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (critério de Classificação Econômica do Brasil); do Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID) (recomendado pelo IV Levantamento Nacional sobre o Consumo de drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras); do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ); além das questões referentes à percepção de saúde dos adolescentes e o consumo de drogas por familiares e amigos.

Abaixo estão dispostos o grupo de análise, a variável, a categoria e o tipo de variável em tabela:

Tabela 1 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões Demográficas, Escolares, Ambientais, Socioeconômicas, Saúde e Atividade Física

Grupo de Análise	Variável	Categoria	Tipos de Variáveis
Questões Demográficas	Idade	14 – 16 (1) 17 – 18 (2)	Ordinal
	Sexo	Feminino (0) Masculino (1)	Nominal
	Cor da pele	Branco (1) Não Branco (2)	Nominal
Questões Escolares	Série	1º anos (1) 2ºano (2) 3º ano (3)	Ordinal
	Turno	Diurno (1) Noturno (2)	Nominal
Questões Ambientais	Reprovação Escolar	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Cidade onde a escola está situada	Cidades de Grande Porte (1) Pequeno Porte (2)	Nominal
	IDH	Médio (1) Alto (2) Muito Alto (3)	Ordinal
Questões Socioeconômicas	Grau de Escolaridade da Mãe	Analfabeto ou séries iniciais do ensino fundamental incompletas (1) Séries iniciais completas ao ensino médio completo (2) Ensino superior completo (3)	Ordinal
	Grau de Escolaridade do Pai	Analfabeto ou series iniciais do ensino fundamental incompletas (1) Séries iniciais completas ao ensino médio completo (2) Ensino superior completo (3)	Ordinal
	Atividade Profissional	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Nível Socioeconômico (ABEP)	Nível alto - A1 e A2 (1) Nível médio - B1 e B2 (2) Nível baixo- C1, C2, D e E (3)	Ordinal
Questões Relacionadas à Saúde	Autoavaliação da saúde	Péssima – Ruim (1) Regular (2) Boa – Ótima (3)	Nominal
	Frequência de aquisição de doenças	Nunca – Quase nunca (1) Às vezes (2) Muitas vezes – Quase sempre (3)	Nominal
Questões relacionadas ao Nível de Atividade Física (IPAQ – curto)	Índice de Massa Corporal (IMC)	Desnutrição (1) Normal (2) Sobrepeso/Obesidade (3)	Ordinal
	Atividade moderada, intensa e caminhada.	Ativos (1) Insuficientemente ativo (2)	Dicotômica

Tabela 2 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões sobre o consumo de drogas: álcool

Questões referentes ao Consumo de Drogas – Álcool			
Grupo de Análise	Variável	Categoria	Tipos de Variáveis
Álcool	Experimentou bebidas alcoólicas	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Consumiu bebida alcoólica nos últimos 12 meses	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Consumiu bebida alcoólica nos últimos 30 dias	Não (1) Tomei em 1 a 5 dias no mês (2) Tomei em 6 a 19 dias no mês (3) Tomei em 20 ou mais dias no mês (4)	Nominal
	Já tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião	Sim (1) Não (2)	Dicotômica
	Local onde estava quando bebeu 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião	Nunca bebi (1) Nunca bebi 5 doses ou mais (2) Em casa (3) Balada, bar ou casa noturna (4) Casa de amigos conhecidos (5) Casa de familiares (6) Não lembro (7) Outros (8)	Nominal
	Com quem estava quando bebeu 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?	Nunca bebi (1) Nunca bebi 5 doses ou mais (2) Sozinho (3) Amigos ou Colegas (4) Familiares adultos (pais, tios ou avós) (5) Familiares jovens (irmãos ou primos) (6) Não lembro (7) Outros (8)	Nominal
	Nos últimos 12 meses tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião	Não (0) Sim (1) Não Lembro (2)	Dicotômica
	Nos últimos 30 dias tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião	Não (0) Sim (1) Não Lembro (2)	Dicotômica
	Já comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica (mesmo que não tenha sido para consumo próprio)	Sim (0) Não (1) Já tentei, mas não consegui (3)	Dicotômica / Nominal
	Usuário Regular	Usuário Regular (0) Não Usuário (1)	Dicotômica

Tabela 3 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões sobre o consumo de drogas: cigarro e maconha

Questões referentes ao Consumo de Drogas – Cigarro e maconha			
Grupo de Análise	Variável	Categoria	Tipos de Variáveis
Cigarro	Já experimentou cigarro	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Fumou algum cigarro nos últimos 12 meses	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Fumou algum cigarro nos últimos 30 dias	Não (1) Fumei de 1 a 5 vezes (2) Fumei de 6 a 19 vezes (3) Fumei 20 ou mais vezes (4)	Nominal
	Quantos cigarros você fuma por dia?	Não fumo (1) 1 a 10 cigarros por dia (2) 11 a 20 cigarros por dia (3) Mais de 20 cigarros por dia (4)	Ordinal
	Fumante	Não (0) Sim (1)	Nominal
Maconha	Experimentou Maconha (ou haxixe)	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Experimentou maconha nos últimos 12 meses	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Experimentou maconha nos últimos 30 dias	Não uso (1) 1 a 5 dias por mês (2) 6 a 9 dias por mês (3) 20 dias ou mais por mês (4)	Ordinal
	Idade que experimentou maconha pela primeira vez	Nunca experimentei (1) Não lembra (2)	Ordinal
	Usuário de Maconha	Não usuário de maconha (0) Usuário (1)	Dicotômica

Tabela 4 - Apresentação dos Grupos de Análise, variáveis, categorias e os tipos de variáveis: Questões sobre o consumo de drogas: consumo de drogas por familiares e amigos

Questões relacionadas ao consumo de drogas por familiares e amigos			
Grupo de Análise	Variável	Categoria	Tipos de Variáveis
Consumo de drogas por familiares e amigos	Usuário de drogas	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Pai ou padrasto fumou cigarro	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Mãe ou madrastra fumou cigarro	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Irmão ou irmã fumou cigarro	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Melhor amigo (a) fumou cigarro	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Pai ou padrasto toma bebidas alcoólicas mesmo que de vez em quando	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Mãe ou madrastra toma bebida alcoólica mesmo que de vez em quando	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Irmão ou irmã toma bebida alcoólica mesmo que de vez em quando	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Melhor amigo (a) toma bebida alcoólica mesmo que de vez em quando	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Pais ou padrasto fica bêbado (embriagado)	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Mãe ou madrastra fica bêbada (embriagada)	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Irmão ou irmã fica bêbado (a) (embriagado)	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Melhor amigo (a) fica bêbado (a) (embriagado)	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Pai ou padrasto fuma maconha ou haxixe	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Mãe ou madrastra fuma maconha ou haxixe	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Irmão ou irmã fuma maconha ou haxixe	Não (0) Sim (1)	Dicotômica
	Melhor amigo (a) fuma maconha	Não (0) Sim (1)	Dicotômica

2.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em 2013, e contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com seres Humanos da UDESC (parecer nº 501.582), da Gerência Regional de Ensino da Região da Grande Florianópolis, e, por fim, das equipes diretivas das Instituições de Ensino da Região da Grande Florianópolis contatadas para a realização do estudo. Em seguida, foi entregue aos participantes da pesquisa os termos de Assentimento e de Consentimento Livre e Esclarecido para o aceite do aluno em participar do estudo e para a autorização dos pais e/ou responsáveis, respectivamente.

Para a aplicação do questionário, foi explicado sobre cada questão e pedido para que tirassem as dúvidas antes de começar a responder as perguntas. Durante o processo de preenchimento do questionário, foi tomado todos os cuidados para evitar o contato entre os participantes. A coleta teve tempo de duração médio de 40 minutos.

Os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados foram os estudantes de graduação (Educação Física, Licenciatura e Bacharelado), mestrado e doutorado (Ciências do Movimento Humano), os quais pertenciam às equipes do Laboratório de Distúrbios da Aprendizagem e do Desenvolvimento (LADADE) e Laboratório de Psicologia do Esporte (LAPE).

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados coletados no questionário foram tabulados e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, for Windows*. A estatística empregada para descrição dos dados foi a de distribuição de frequências. O nível de significância entre as proporções foi avaliado pelo teste Qui-quadrado (χ^2) para heterogeneidade e para a tendência linear dos indicadores sociodemográficos, percepção de saúde e

coocorrência de fatores de risco em relação à prevalência de consumo de drogas.

Para avaliar a associação bruta e ajustada entre as variáveis sociodemográficas, percepção de saúde, nível de atividade física, tipos de drogas consumidas (álcool, cigarro e maconha), questões de escolaridade, questões ambientais e prevalência de consumo de drogas isolada ou simultânea, foi utilizada a medida de razão de prevalência (RP), adotando 95% de intervalo de confiança (IC) a partir da equação de Regressão de Poisson com variância robusta. O índice de significância adotado para o estudo foi $p \leq 0,05$.

3 FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS POR ADOLESCENTES – REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Objetivo: Investigar os principais fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes no âmbito internacional. *Fontes dos Dados:* Foram analisados estudos encontrados na base de dados *Scopus* com recorte de período de cinco anos (2010-2014), e que cumprissem com os critérios de inclusão (fatores associados ao consumo de drogas; amostra composta por adolescentes apenas, amostragem representativa, artigos em inglês, português e espanhol; artigos originais e disponíveis gratuitamente para leitura). *Síntese dos Dados:* Na maioria dos estudos, há uma associação significativa entre o consumo de drogas e sexo, consumo de drogas e faixa etária; consumo de drogas e relacionamento com familiares e amigos, além do contexto em que o adolescente está inserido. *Conclusões:* Constatou-se que o consumo de drogas pelos adolescentes é resultado da soma dos fatores intrapessoais (sexo, idade, timing puberal, sintomas depressivos, impulsividade e problemas de conduta), interpessoais (uso de drogas por familiares e melhores amigos, percepções positivas relacionadas ao uso de drogas, disciplina inconsistente, relacionamento não satisfatório com os pais, relacionamento com pares que aprovam o uso de drogas, etc.) e contextuais (nível de atividade física, tipo de exercício físico, percepção de saúde negativa, propagandas que estimulam o uso de drogas lícitas, etc.).

Palavras-chave: Adolescentes. Drogas. Comportamento de risco. Alcool. Cigarro. Maconha. Fatores associados.

3.1 INTRODUÇÃO

A produção e o consumo de drogas são um fenômeno mundial e acompanham a história da humanidade desde as primeiras civilizações. Porém, nas últimas décadas, em função de sua alta incidência e dos riscos à saúde, tornou-se um problema mundial de saúde pública (TAVARES, B.F.; BERIA, J.U.; LIMA, M.S., 2004; CHIAPETTI, N.; SERBENA, C.A., 2007).

Pesquisas internacionais (HEMPHILL et al., 2011; HARAKEH et al., 2012; KAAI et al., 2013; PÉREZ et al., 2010; WU; LIU; FAN, 2010; MALMBERG et al., 2012; FRAGA et al., 2011) e nacionais (SANCHEZ et al., 2013; SILVA-OLIVEIRA et al, 2014; CARLINI et al., 2010; VIEIRA et al., 2007) relatam que, na maioria das vezes, o consumo de drogas inicia-se na adolescência. A adolescência é fase na qual ocorrem mudanças biopsicossociais (GRANVILLE-GARCIA, 2014), fazendo com que os jovens se tornem mais vulneráveis e suscetíveis a novas experiências, uma vez que existe uma necessidade para aprovação e autoafirmação (SILVA-OLIVEIRA et al., 2014).

De acordo com os dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), que investigou o uso indevido de drogas psicotrópicas por adolescentes escolares em 27 capitais brasileiras (CARLINI et al, 2010), as drogas mais consumidas entre os adolescentes brasileiros são: o álcool (41,1%) e o cigarro (9,8%), seguido por inalantes (4,9%) e maconha (3,7%). Um dos motivos que podem estar contribuindo para o alto consumo de álcool na adolescência é a aceitação e o encorajamento pela sociedade (GRANVILLE-GARCIA, 2014), permitindo, assim, o contato precoce (\leq a 11 anos de idade) com o álcool e, conseqüentemente, com outras drogas (FRAGA, et al, 2011).

Além disso, estudos apontam que os principais fatores associados ao consumo de drogas são de cunho afetivo, ou seja,

os tipos de convivência com os pais e a influência dos amigos mais próximos auxiliam nas decisões dos jovens para o início deste comportamento de risco, podendo, futuramente, estender-se a outros tipos de condutas. Pesquisadores islandeses, por exemplo, observaram que, quando há um monitoramento dos pais no comportamento dos adolescentes, ocorre uma diminuição no consumo de drogas, interferindo, conseqüentemente, no círculo de amizades dos mesmos (KRISTJANSSON et al., 2010). Em contrapartida, a má gestão familiar, atitudes dos pais favoráveis ao consumo de drogas e a interação com amigos que dividem os mesmos interesses, associaram-se ao consumo de drogas pelos adolescentes (HEMPHIL et al., 2011; KAAI et al., 2013).

De modo geral, além dos fatores de contexto familiar e de socialização supracitados, há outros que contribuem para o uso de substâncias psicotrópicas pelos jovens, tais como: o nível socioeconômico (OSGOOD et al., 2014; HAMILTON et al., 2014); conectividade com a escola (KAAI et al., 2013; PERRA et al., 2012); tipos de escola (KÁŽMÉR et al., 2014; KAAI et al., 2013); desempenho escolar (KUNTSCHKE et al., 2013; KRISTJANSSON et al., 2013); busca por sensações (MALMBERG et al., 2012); entre outros. Em vista disso, este estudo visa investigar os fatores associados ao consumo de drogas por adolescentes no âmbito internacional, por meio de uma revisão sistemática.

3.2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática, cuja metodologia utilizada foi a *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA (MOHER et al., 2009; PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013). Realizou-se uma busca na base de dados *Scopus*, considerando um recorte de período de cinco anos (2010-2014). Para a definição dos descritores foi realizada uma busca no dicionário *Medical*

Subject Headings (MeSH), sendo encontrado os termos: “*adolescents*”, “*teenagers*”, “*alcohol drinking*”, “*smoking*”, “*tobacco*”, “*marijuana smoking*” e “*cannabis*”. Recorreu-se aos operadores booleanos *AND* e *OR* para relacionar os termos da pesquisa. Desse modo, na base de dados selecionada, os descritores foram inseridos e combinados da seguinte forma: *adolescents OR teenager AND “alcohol drinking” AND smoking OR tobacco AND “marijuana smoking” OR cannabis*. Por conseguinte, a primeira busca resultou em 331 artigos.

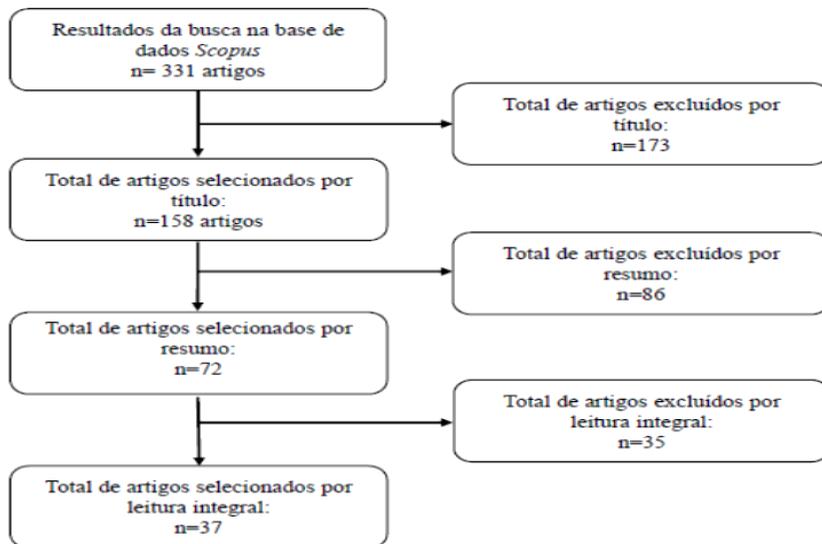
A partir da busca inicial, os artigos elegidos para o estudo deveriam preencher os critérios de inclusão citados adiante: a) artigos originais relativos ao consumo de drogas (álcool, cigarro e maconha) e fatores associados; b) com amostras de adolescentes; c) artigos com amostras representativas das populações estudadas; d) artigos disponíveis em inglês, espanhol e português; e) artigos liberados sem custo para leitura integral; f) estudos de base escolar e/ou populacional. Além disso, foram excluídos da revisão aqueles artigos que tratassem de amostras com patologias específicas como hipertensão, depressão, deficiência cognitiva, entre outros. Assim, um total de 37 artigos corresponderam aos critérios de seleção.

Após a seleção final dos artigos, foi realizada a análise dos dados obedecendo aos critérios mencionados a seguir: análise bibliográfica, análise metodológica e análise dos resultados.

3.3 RESULTADOS

Conforme mostra a Figura 2, a triagem dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca a partir dos descritores definidos supracitados (n=331), seleção por título (n=158), seleção por resumo (n=72) e seleção por meio de leitura integral (n=37).

Figura 2 - Fluxograma do processo da seleção de artigos



Considerando os critérios de inclusão e exclusão a partir da leitura de títulos, resumos e leitura integral, 297 artigos foram excluídos por não estratificarem adolescentes¹ das amostras com crianças e adultos; amostras apenas com adultos; uso de outras drogas ilícitas (ex. ecstasy, cocaína, heroína, etc.); análises com adolescentes em tratamentos clínicos; validação de instrumento; dados não generalizáveis para a população estudada; e análises somente com adolescentes que apresentam doenças crônicas não degenerativas. Os fichamentos foram realizados, de forma independente, por quatro pesquisadoras e os resultados e análises discutidos em grupo.

3.3.1 Análise Bibliográfica

Dos 37 artigos selecionados para compor a revisão, 18

¹ Neste estudo, o limite cronológico da adolescência foi de 10 a 19 anos, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (EISENSTEIN, 2005).

foram desenvolvidos por grupos dos Estados Unidos, sendo dois destes realizados junto a grupos de outros países (SIMONS-MORTON et al., 2010; KUNTSCHE et al., 2013). O segundo país que mais publicou sobre o consumo de drogas foi a Holanda (n=6), seguido de Canadá (n=4) e Inglaterra (n=2). Dos demais estudos, apenas um de cada país observado correspondeu aos critérios de seleção da presente pesquisa (República Tcheca, Islândia, México, Chile, França, Espanha e Irlanda do Norte). Quanto ao ano de publicação, 2012 (n=11), 2013 (n=9) e 2010 (n=8) foram os anos que mais houveram publicações relacionadas ao consumo de drogas por adolescentes.

De maneira geral, os artigos foram distribuídos em 23 periódicos. A revista que mais publicou artigos relacionados ao consumo de drogas por adolescentes foi a *Addictive Behaviors* (n=7), seguidos de *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (n=4). No que se refere a qualidade dos periódicos, estes foram classificados de acordo com o Qualis Nacional², bem como pela categorização do fator de impacto³. Desta forma, 22 artigos foram classificados como “A” (A1=6, A2=16) e 15 artigos como “B” (B1=13, B2=2). Em relação as fontes de indexação, 10 periódicos foram indexados na *Elsevier*, seguido de *Springerlink* e PUBMED (dados apresentados no Quadro 1 e 1a).

² Classificação de acordo com o Qualis da área 21 do segundo triênio – 2014/2015 (Educação Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia) da Capes.

³ Os artigos publicados em periódicos não indexados na área 21 foram classificados segundo o fator de impacto e, seguidamente, categorizados conforme o critério de classificação da Capes.

Quadro 1 - Análise bibliográfica dos artigos incluídos no estudo

Referência	Ano	Periódico/ Qual	Fonte de indexação	Local
Osgood et al.	2014	Addictive Behaviors/ A2	Elsevier	Estados Unidos
Kázmér et al.	2014	Health and Place/ B1	Elsevier	República Tcheca
Halmilton et al	2014	Journal of Youth and Adolescence/ B1	Springerlink	Canadá
Kaai et al.	2014	Addictive Behaviors/ A2	Elsevier	Canadá
Pedersen et al.	2013	Drug and Alcohol Dependence/A2	Elsevier	Estados Unidos
Maslowsky; Schulenberg	2013	Development and Psychopathology/ A1	Cambridge Journals	Estados Unidos
Cance et al.	2013	Addiction/ A1	PUBMED	Estados Unidos
Kaai et al	2013	Preventive Medicine/A1	Elsevier	Canadá
Kristjansson et al.	2013	Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy/ B1	BioMed	Islândia
Lo et al.	2013	The American journal on addictions/B1	MEDLINE	Estados Unidos
Kong et al.	2013	Journal of Addiction Medicine /A1	MEDLINE	Estados Unidos
Goncy; Mrug	2013	Journal of Studies on Alcohol and Drugs/ B1	PUBMED	Estados Unidos
Kuntsche et al.	2013	Alcoholism: Clinical And Experimental Research/ A2	PUBMED	América do Norte, Europa e outras regiões
Mancha et al.	2012	Alcohol/B1	Elsevier	México
Malmberg et al.	2012	Journal of Youth and Adolescence/ B1	Springerlink	Holanda
Luk et al.	2012	Journal of Adolescence/A2	Elsevier	Estados Unidos
Monshouwer et al.	2012	Journal of Abnormal Child Psychology/A1	Springerlink	Holanda

Harakeh et al.	2012	Public Health/B1	Elsevier	Holanda
Cleveland et al.	2012	Journal of Studies on Alcohol and Drugs/B1	PUBMED	Estados Unidos
Radlif et al.	2012	Addictive Behaviors/A2	Elsevier	Estados Unidos
Sutherland	2012	Social Science & Medicine/A1	Elsevier	Inglaterra
Perra et al.	2012	Journal of Adolescence/A2	Elsevier	Irlanda do Norte
Heron et al.	2012	Alcohol and Alcoholism/A2	PUBMED	Inglaterra
Rojas et al	2012	Revista Médica de Chile/B1	Scielo	Chile
Creemers	2011	Drug and Alcohol Dependence/A2	Elsevier	Holanda
Cavazos-Rehg et al.	2011 a	AIDS and Behavior/A2	Springerlink	Estados Unidos
Clarck et al.	2011	Addictive Behaviors/A2	Elsevier	Estados Unidos
Cavazos-Rehg et al.	2011 b	Journal of Studies on Alcohol and Drugs/B1	PUBMED	Estados Unidos
Leeuwen et al.	2011	Journal of Adolescent Health/A2	Elsevier	Holanda
Mayet et al.	2010	Addictive Behaviors/A2	Elsevier	França
Mrug et al.	2010	Journal of Studies on Alcohol and Drugs/B1	PUBMED	Estados Unidos
Leatherdale et al.	2010	The Journal of Primary Prevention/B2	Springerlink	Canadá
Mulder et al.	2010	Journal of Adolescence/ A2	Elsevier	Holanda
Luk et al.	2010	Addictive Behaviors/A2	Elsevier	Estados Unidos
Pérez et al.	2010	Addictive Behaviors/A2	Elsevier	Espanha
Cleveland et al.	2010	Journal of Youth and Adolescence/B1	Springerlink	Estados Unidos
Simons-Morton et al.	2010	International Journal of Drug Policy/B1	Elsevier	Estados Unidos, Canadá, Holanda.

3.3.2 Análise metodológica

No que se refere ao delineamento de pesquisa (QUADRO 2), foram encontrados 24 estudos de corte transversal, 13 estudos longitudinais e todos com abordagem quantitativa. Nos estudos longitudinais, destaca-se o estudo de Osgood et al. (2014), o qual fez um acompanhamento na formação de redes de amizade nas escolas, entretanto a sua análise foi transversal. Entre os demais estudos, o número de avaliações variou de duas a cinco.

Em relação as características amostrais (QUADRO 2), a maioria das investigações foi realizada com amostras mistas (sexo feminino e masculino), sendo apenas um estudo realizado com amostra feminina (CAVAZOS-REHG et al., 2011b). Quanto ao tamanho amostral, verifica-se que o “n” variou de 542 (MRUG et al., 2010) a 92.822 adolescentes (LO et al., 2013).

A respeito dos instrumentos utilizados nos estudos (QUADRO 2), destaca-se o *WHO Health Behavior in School-aged Children survey study* (HBSC), o qual foi confeccionado por pesquisadores europeus e adotado pela Organização Mundial da Saúde, com o intuito de colaborar com pesquisas internacionais de estudantes⁴ (WHO, 2015). Desta forma, foi o instrumento mais utilizado na investigação de consumo de drogas pelos estudos selecionados (SIMONS-MORTON et al., 2010; LUK et al., 2010; MULDER et al., 2010; HARAKEH et al., 2012; LUK et al., 2012; KUNTSCHE et al. 2014). O segundo instrumento mais utilizado foi *TRacking Adolescents' Individual Lives Survey* (TRAILS), o qual foi desenvolvido com o objetivo de investigar o desenvolvimento e comportamento de adolescentes holandeses, sendo este aplicado em três estudos (MONSHOUWER et al., 2012; CREEMERS et al., 2011; LEEUWEN et al., 2011). Com relação aos tipos de instrumentos, a maioria utilizou questionário recordatório dos últimos 30 dias, seguido de 12 meses. No que se refere às drogas

⁴ (<http://www.hbsc.org/about/index.html>, acessado em 21/06/2015)

investigadas, a maioria dos estudos incluiu álcool, cigarro e maconha como variáveis dependentes; dois estudos investigaram a coocorrência do uso destas drogas; e cinco estudos investigaram os fatores associados ao consumo de apenas uma substância (KAAI et al., 2014; KAAI et al., 2013; KUNTSCHE et al., 2013; HERON et al., 2012; PÉREZ et al., 2010).

Quadro 2 - Análise metodológica dos artigos incluídos no estudo

Referência	Amostra	Delineamento	Instrumentos ou referência para avaliar o uso de drogas
Osgood et al. (2014)	9.500 adolescentes do 6º ao 9º ano.	Longitudinal com análise transversal	<i>Uso de substâncias:</i> PROMoting School-community-university Partnerships to Enhance Resilience (PROSPER) study Questionário recordatório sobre a frequência de uso de álcool, tabaco e maconha nos últimos 30 dias.
Kázmér et al. (2014)	7.616 adolescentes de 15 a 16 anos de 342 escolas.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Questionário European School Survey Project on Alcohol and drugs (ESPAD) 2007. Uso isolado de Álcool, Cigarro e Maconha, bem como o uso simultâneo.
Hamilton et al. (2014)	9.177 escolares com idade entre 12 a 19 anos, matriculados do 7º ao 12º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Ontario Student Drug Use and Health Survey Questionário recordatório dos últimos 12 meses (álcool e maconha).
Kaai et al., (2014)	29.296 estudantes do 9º ao 12º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> questionário predizer o uso de cigarro (susceptibilidade).
Pedersen et al., (2013)	6.097 adolescentes que inicialmente estudavam no 6º e 7º ano.	Longitudinal (3 avaliações)	<i>Uso de substâncias:</i> California Health Kids Survey e Project ALERT. Questionário recordatório de uso de álcool, cigarro e maconha nos últimos 30 dias.
Maslowsky; Schulenberg, (2013)	16.000 estudantes do 8º, 10º e 12º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Questionário recordatório de uso de álcool (últimos 30 dias), consumo excessivo de álcool (últimas duas semanas), uso de cigarro e maconha nos últimos 30 dias.
Cance et al., (2013).	6.425 adolescentes de 11 a 17 anos de 3 áreas rurais.	Longitudinal (5 avaliações).	<i>Uso de substâncias:</i> Questionário recordatório de uso de cigarro, álcool e maconha nos últimos 3 meses.
Kaai et al. (2013)	5.440 adolescentes do 9º ao 12º.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Youth Smoking Survey (2008 YSS). Questionário recordatório de uso experimental e regular de cigarro.
Kristjansson et al. (2013)	7.084 adolescentes de 14 a 16 anos matriculados no 9º e 10º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Youth in the Iceland Survey. Questionário de uso de cigarro nos últimos 30 dias, bem como de uso de álcool e maconha ao longo da vida.

Lo et al., (2013)	92.822 adolescentes estudantes do 6º ao 12º.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Questionário recordatório de taxa de uso de álcool e taxa de uso de maconha nos últimos 30 dias.
Kong et al., (2013)	3.068 adolescentes do 9º ao 12º.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Questionários recordatório de uso de álcool, cigarro e maconha nos últimos 30 dias.
Goncy; Mrug, (2013)	20.055 adolescentes de 10 a 19 anos.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Pride Survey. Questionário recordatório de uso de cigarro, álcool e maconha, nos últimos 12 meses.
Referência	Amostra	Delineamento	Instrumentos ou referência para avaliar o uso de drogas
Kuntsche et al. (2013)	44.801 adolescentes de 15 anos de idade, de 38 países da América do Norte, da Europa e outras regiões	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> WHO Health Behavior in School-aged Children (HBSC) survey. Questionário recordatório de embriaguez, idade que bebeu álcool ou ficou embriagado, uso de cigarro (presente) e uso de maconha (últimos 12 meses).
Mancha et al., (2012)	1.229 adolescentes do 7º ao 12º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Personal Experience Inventory (tipo de consumo de álcool e outras drogas). Adolescent Diagnostic Interview (transtornos por uso de substâncias).
Malmberg et al. (2012)	758 adolescentes de 11 a 14 anos.	Longitudinal (2 avaliações)	<i>Uso de substâncias:</i> Ther Health School and Drugs. Questionário recordatório de uso de álcool, maconha e cigarro ao longo da vida.
Luk et al., (2012)	7.508 adolescentes do 6º ao 10º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> WHO Health Behavior in School-aged (HBSC) study (2005- 2006). Questionário recordatório de uso de cigarro, álcool e embriaguez, bem como uso de maconha nos últimos 30 dias.
Monshouwer et al., (2012)	2.230 adolescentes de 11 anos (primeira avaliação), 13,6 (segunda avaliação) e 16,3 (terceira avaliação)	Longitudinal 3 avaliações	<i>Uso de substâncias:</i> TRacking Adolescents Individuals Lives Survey (TRAILS). Questionário recordatório de uso de álcool e cigarro nos últimos 30 dias, bem como uso de maconha no último ano.
Harakeh et al. (2012)	5.422 adolescentes de 15 a 16 anos.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> WHO Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study. Questionário recordatório de uso diário de cigarro, uso regular de álcool e uso de maconha no último mês.
Cleveland et al. (2012)	7.439 adolescentes do 9º e 10º ano de áreas rurais.	Longitudinal (corte de avaliação, anos 5 e 6)	<i>Uso de substâncias:</i> PROMoting School-community-university Partnerships to Enhance Resilience (PROSPER) study. Questionário recordatório de uso de álcool, tabaco e maconha, nos últimos 30 dias.
Radliff et al., (2012)	74.247 adolescentes do 6º ao 12º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Primary Prevention Awareness, Attitude, and use survey (PPAAUS). Questionário, frequência de uso de cigarro, álcool e maconha.

Sutherland et al., (2012)	710 participantes, 11-12 anos (primeira avaliação); 14-15 anos (segunda avaliação); 17-18 anos (terceira avaliação).	Longitudinal (3 avaliações)	<i>Uso de substâncias:</i> Peterborough Adolescent and Young Adult Development study (PAD+) Entrevista com pais e questionário com os adolescentes. Questionário recordatório de frequência de embriaguez, de uso de álcool, tabaco e maconha.
Referência	Amostra	Delineamento	Instrumentos ou referência para avaliar o uso de drogas
Perra et al., (2012)	4.340 adolescentes de 13-14 anos (2001, ano 3) e 3.379 de 15-16 anos (2005, ano 5)	Longitudinal (apenas analisados os dados coletados no ano 3 e no ano 5).	<i>Uso de substâncias:</i> Belfas Youth Developmant Study. Questionário recordatório de uso de substâncias (álcool, cigarro e maconha) nos últimos 12 meses.
Heron et al. (2012)	7.100 adolescentes de 13 a 15 anos e para investigar os padrões perigosos e nocivos de consumo de álcool aos 16 anos.	Longitudinal (2 avaliações)	<i>Uso de substâncias:</i> Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). Questionário recordatório de álcool, frequência de uso de álcool em um dia típico. Fator de risco (uso de cigarro e maconha aos 13 anos de idade). Alcohol use Disorders Tste (problemas de uso de álcool aos 16 anos).
Rojas et al. (2012)	2.597 adolescentes de 12 a 18 anos.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Inventário de Depresión de Beck II. Questionário recordatório de uso de álcool, cigarro e maconha, nos últimos 30 dias.
Creemers et al. (2011)	1.192 adolescentes com idades de 11-12 anos na primeira avaliação e 15 a 18 anos na terceira avaliação.	Longitudinal (corte de avaliação anos 1 e 3)	<i>Uso de substâncias:</i> TRacking Adolescent's Individual Lives Survey (TRAILS) e exame de DNA para DRD2 e DRD4 (sangue e saliva). Questionário recordatório de uso de álcool e maconha (consumo experimental e regular), alguma vez na vida, nos últimos 12 meses ou nas últimas 4 semanas.
Cavazos-Rehg et al. (2011a)	11.268 adolescentes do 12º ano (17 anos).	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> National Youth Risk Behaviour Survey (YRBS). Questionário de uso de álcool, tabaco e maconha. (Experimental/novo usuário, moderado, pesado versus não usuários).
Clark et al., (2011)	5.782 adolescentes na primeira avaliação, 5065 na segunda avaliação e 4940 adolescentes na terceira avaliação.	Longitudinal (3 avaliações)	<i>Uso de substâncias:</i> Project ALERT. Questionário recordatório de uso de álcool, maconha e tabaco: ao longo da vida e em 30 dias
Carvazos-Rehg et al. (2011b)	3.451 adolescentes do 12º ano ensino médio e do sexo feminino e que estudam no	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Youth Risk Behavior Surveillance Sistem (YRBSS). Questionário recordatório de uso de álcool, tabaco e maconha nos últimos 30 dias.
Leeuwen et al. (2011)	Adolescentes de 11 a 16 anos. 2.230 adolescentes na primeira avaliação; 2.149 adolescentes na segunda avaliação e 1.816	Longitudinal (3 avaliações)	<i>Uso de substâncias:</i> TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS). Questionário de uso de álcool, maconha e cigarro (idade de início, uso nos últimos 12 meses), uso diário de cigarro nos últimos 30 dias.

	adolescentes na terceira avaliação.		
Referência	Amostra	Delineamento	Instrumentos ou referência para avaliar o uso de drogas
Mayet et al., (2010)	29.393 adolescentes de 17 anos.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD). Questionário recordatório de uso de cigarro e maconha, uso diário de cigarro e maconha e primeiro episódio de embriaguez (frequência de uso nos últimos 30 dias).
Mrug et al. (2010)	542 estudantes de ensino fundamental 2.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Instrumento adaptado de Add Health e Youth Risk Behavior Survey. Entrevista sobre uso de álcool, maconha e tabaco de nível individual e escolar, nos últimos 12 meses.
Leatherdale et al (2010)	Adolescentes do 7º ao 9º ano, nos anos de 2002 (11.757 adolescentes), 2004 (16.705 adolescentes) e 2006 (27.030 adolescentes).	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Canadian Youth Smoking Survey (YSS). Questionário de uso de álcool, maconha e cigarro (idade de início, usou alguma vez na vida, se já pensou em usar maconha).
Mulder et al. (2010)	7.324 adolescentes de 12 a 16 anos.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Dutch National School Survey on Substance use (DNSSU) – European Schools Project on Alcohol on Drugs; WHO Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study. Questionário recordatório de uso de álcool e cigarro nos últimos 30 dias e uso de maconha ao longo da vida.
Luk et al. (2010)	1.308 adolescentes, estudantes do 10º ano.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> WHO Health behavior in School-aged Children (HBSC) survey. Questionário recordatório de uso de álcool, maconha e cigarro, nos últimos 30 dias.
Pérez et al (2010)	1.328 adolescentes de 14-15 anos.	Longitudinal (2 avaliações)	<i>Uso de substâncias:</i> Questionário recordatório de uso de cigarro, álcool e maconha (uma vez por semana e/ou alguma vez no mês).
Cleveland et al., (2010)	48.641 adolescentes do 6º, 8º, 10º e 12º anos.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> Pennsylvania Youth Survey (PAYS). Questionário recordatório de uso de álcool, cigarro e maconha (uso recente, uso nos últimos 30 dias)
Simons-Morton et al. (2010)	1.559 adolescentes dos EUA, 1.973 adolescentes do Canadá e 1.326 adolescentes da Holanda do 10º ano escolar.	Transversal	<i>Uso de substâncias:</i> WHO Health Risk Behavior in School-aged Children (HBSC) survey. Questionário recordatório de uso de álcool, embriaguez e uso de maconha.

3.3.3 Análise dos resultados

No Quadro 3 estão apresentadas as prevalências de uso de drogas, bem como os fatores associados. De acordo com estes dados, o álcool apresentou-se como a substância mais consumida entre os adolescentes, seguida de cigarro e maconha. Porém, dois estudos apresentaram a maconha mais prevalente que o cigarro (LEEUWEN et al.2011; LEATHERDALE et al., 2010).

Quanto às variações de consumo de drogas entre os sexos, verifica-se que na maioria dos estudos, não há diferença entre os sexos, quanto ao consumo de álcool (CAVAZOS-REHG et al., 2011a; KONG et al., 2013; SIMONS-MORTON et al., 2010). Contudo, grande parte dos estudos mostrou que a maior prevalência de consumo de cigarro foi entre o sexo feminino e a maior prevalência de consumo de maconha foi entre o sexo masculino (MAYET et al., 2010; CAVAZOS-REHG et al., 2011a; OSGOOD et al., 2014; KONG et al., 2013; SIMONS-MORTON et al., 2010).

Em relação à idade, estudos longitudinais mostraram que a quantidade de consumo de drogas, bem como a intensidade aumentou de acordo com o avanço da idade na adolescência (SUTHERDALE et al.,2012; OSGOOD et al. 2014).

De maneira geral, os estudos selecionados revelaram que os principais fatores associados ao maior consumo de drogas pelos adolescentes foram a busca por sensações; baixo desempenho acadêmico; *bullying*; estrutura familiar; nível socioeconômico; série; sexo; sintomas depressivos; uso de substâncias pelo adolescente; uso de substâncias pelos pares; tempo despendido com os pares; problemas de conduta; raça/etnia; percepção do *timing* puberal; entre outras que estão descritas nos quadros a seguir:

Quadro 3 - Análise dos resultados dos artigos incluídos no estudo

Autores	Prevalências	Fatores associados
<p>Osgood et al. (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No sexto ano, 4,6% dos adolescentes consumiram cigarro; 11,4% álcool e; 1,3% maconha. • No sétimo ano, 8,2% dos adolescentes consumiram cigarro; 17,2% álcool e; 3,2% maconha. • No oitavo ano, 12,3% dos adolescentes consumiram cigarro, 26,2% álcool e; 6,9% maconha. • No nono ano, 17,4% dos adolescentes consumiram cigarro; 36,2% álcool e; 11,7% maconha 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Redes de amizade</i>: Adolescentes de grupos nucleares eram mais propensos a serem usuários de bebidas alcoólicas, enquanto os adolescentes de conexão eram mais propensos a serem usuários de maconha; e os adolescentes isolados, mais propensos a fumar cigarro. • <i>Pares</i>: adolescentes que possuem um maior número de amigos usuários de substâncias, eram mais propensos a consumirem drogas; • <i>Raça/etnia</i>: adolescentes hispânicos relataram maior uso de álcool e de maconha, os afro-americanos reportaram menor uso de álcool e os asiáticos menor uso de todas as substâncias, quando comparados aos adolescentes de cor branca; • <i>Sexo</i>: adolescentes do sexo feminino eram mais propensas a consumirem cigarro; • <i>Nível socioeconômico</i>: jovens que reportam ter assistência de almoço na escola reportaram maior consumo de cigarro e álcool; • <i>Estrutura Familiar</i>: Jovens que moram com ambos os pais biológico reportam menor uso de todas as substâncias.
<p>Kázmér et al. (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 23,0% consumiram cigarro; 19,1% álcool; 14,3% maconha. • Cooocorrência: 21,1% consumiram um tipo de droga; 10,8% consumiram dois tipos de drogas; e 4,6% consumiram 3 tipos de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O uso independente de Álcool, cigarro e maconha</i>: viver em famílias desestruturadas, insatisfação com o relacionamento com ambos os pais, percepção positiva de renda familiar e viver em cidades menos povoadas. • <i>O uso independente de Álcool e cigarro</i>: baixo nível de escolaridade do pai. • <i>Uso independente de cigarro e maconha</i>: viver em áreas carentes, e tbém na capital Praga. • <i>Cigarro</i>: estudar em escolas com menos exigências acadêmicas. • <i>Uso simultâneo de álcool, cigarro e maconha</i>: Adolescentes que residem em cidades menos povoadas, ou na capital Praga ou em cidades com maiores índices de desemprego, bem como percebem-se com melhores situações financeiras.
<p>Hamilton et al. (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nível socioeconômico e geração de imigrantes</i>: A primeira geração de imigrantes, cujo nível socioeconômico é baixo, tem uma

		menor probabilidade para consumir bebidas alcoólicas regularmente, bem como para fumar maconha. Não há diferença entre as gerações de imigrantes que se apresentam em alto nível socioeconômico, em relação ao uso de substâncias.
Kaai et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • 54,9% dos adolescentes consumiram cigarro; • 29,3% eram suscetíveis a fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Predisposição para fumar cigarro</i>: A baixa autoestima, atitudes positivas relacionadas ao tabagismo, uso de álcool e maconha, possuir melhores amigos que fumam e moram em casas que não proíbem o tabagismo. • Variáveis de características escolares não foram associadas com a predisposição do adolescente iniciar o uso do cigarro.
Pedersen et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado 	<ul style="list-style-type: none"> • A percepção de normas para uso o álcool, maconha e cigarro, aumentou drasticamente ao longo do tempo. • <i>Idade, sexo, etnia/raça</i>: Durante o início da adolescência e o meio da adolescência aumentou a percepção de normas para uso de substâncias, principalmente entre os jovens brancos e do sexo feminino. • <i>Adolescente, pares, ofertas de uso</i>: O consumo pelo próprio adolescente, uso pelos pares, ofertas pelos pares foram estatisticamente associados com a percepção de normas de uso de substâncias ao longo do tempo.
Maslowsky; Schulenberg (2013).	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Problemas de conduta</i>: Forte preditor positivo para todos os tipos de substância (maior problema de conduta previu maior índice de uso de substância). • <i>Sintomas depressivos</i>: Baixo preditor para consumo de álcool e maconha, no entanto, alto preditor para uso de cigarro. • <i>A interação entre problemas de conduta e problemas depressivos</i>: preditor significativamente positivo para o uso excessivo de álcool, tabaco e maconha. Quanto maior o índice de problemas de conduta e de sintomas depressivos, maior o nível de uso de substâncias. Sintomas depressivos potencializam o uso de substâncias entre os adolescentes com problemas de conduta.
Cance et al. (2013).	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Timing Puberal e uso de substâncias</i>: Uma proporção mais elevada de adolescentes em desenvolvimento precoce relatou o uso recente de álcool, cigarro e maconha aos 11 anos de idade, comparados aos adolescentes em desenvolvimento tardio (apenas para o uso de cigarro e

		<p>maconha) e normal. Entretanto, a proporção de uso recente de tabaco e maconha aumentou ao longo da adolescência, entre os adolescentes em desenvolvimento normal, comparados com os adolescentes em desenvolvimento precoce.</p>
Kaai et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • 3412 adolescentes foram classificados como usuários de cigarro e 2028 adolescentes foram classificados como usuários experimentais de cigarro. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Probabilidade para serem fumantes regulares</i>: ser do sexo masculino; de séries mais elevadas; acreditar que o tabagismo pode ajudar quando eles estão entediados; relatar baixa conectividade com a escola; uso de maconha; ter irmãos ou amigos próximos que fumassem e; não ter a proibição do uso de cigarro em casa. O número de vendedores de cigarro situados ao raio de 1 km da escola e o tipo de escola estiveram associados ao uso regular de cigarro dos adolescentes.
Kristjánsson et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • 7% dos adolescentes relataram fumar cigarro; • 28% dos adolescentes relataram ter consumido bebidas alcoólicas ao longo da vida; • 8% dos adolescentes admitiu ter fumado maconha algumas vezes na vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pares</i>: O uso de substâncias pelo adolescente esteve associado ao consumo de substâncias pelos pares, bem como ao respeito dos pares para o uso de substâncias (para cigarro e álcool). • <i>Uso diário de cigarro</i>: Os principais fatores para o uso diário de cigarro foram a embriaguez e o consumo de maconha ao longo da vida. O nível acadêmico também esteve associado. • <i>Uso do álcool</i>: Um fator de risco para a embriaguez foi o consumo de cigarro e maconha. • <i>Uso de maconha</i>: consumo diário de cigarro. • <i>O tabagismo e uso de álcool</i>: o uso de substâncias também está associado ao contexto escolar do adolescente.
Lo et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desvantagens estruturais</i>: os efeitos da instabilidade da comunidade sobre o uso de substância dos adolescentes foram pequenos, mas significativos apenas nas áreas rurais. Nas áreas rurais, as taxas de uso de álcool e maconha aumentaram significativamente entre os estudantes, enquanto que nas áreas urbanas não ocorreu.
Kong et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • 19,2% dos meninos e 22,2% das meninas reportaram fumar cigarro; • 47,8% dos meninos e 49,2% das meninas reportaram consumir bebidas alcoólicas; • 28,5% dos meninos e 25,0% das meninas reportaram fumar maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Busca por sensações</i>: esteve associada ao consumo de todas as substâncias para ambos os sexos. • <i>Impulsividade</i>: entre as meninas a impulsividade foi associada a todos os tipos de substâncias, mas entre os meninos não foi associada a nenhum tipo de substância.

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Percepção do timing puberal precoce</i>: esteve associado ao uso de cigarro de ambos os sexos. • <i>Sexo</i>: Meninos e meninas não diferiram no consumo de álcool, mas um maior número de meninas reportou uso de cigarro e um maior número de meninos reportou consumo de maconha.
Goncy; Mrug (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • 9% dos adolescentes reportaram fumar cigarro; • 36% dos adolescentes reportaram consumir bebidas alcoólicas; • 14% dos adolescentes reportaram fumar maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Local</i>: o carro e a escola apresentaram-se como os principais locais de uso de álcool, cigarro e maconha, aumentando o uso ao longo da adolescência. Adolescentes reportaram consumir bebidas alcoólicas na casa dos amigos. • <i>Tempo</i>: adolescentes reportaram fumar cigarro (adolescentes iniciais) e maconha (adolescentes finais) antes, durante e depois da escola. Os dias da semana foram significativos, apresentando os finais de semana para o uso de álcool e maconha ao longo da vida e as noites da semana para o uso de maconha de adolescentes finais. • <i>Raça/ Etnia</i>: Adolescentes brancos relataram consumir mais cigarro, enquanto adolescentes negros relataram consumir bebidas alcoólicas e maconha. • <i>Sexo</i>: O sexo masculino foi mais propenso ao uso de álcool e maconha na escola e nas noites da semana, bem como consumir álcool no carro. O sexo feminino foi mais propenso em usar maconha e álcool nos finais de semana.
Kuntsche et al. (2013).	<ul style="list-style-type: none"> • 79,8% dos adolescentes reportaram consumir bebidas alcoólicas; • O dobro dos meninos e 50% das meninas já ficaram embriagados; 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Idade em que ficou embriagado pela primeira vez</i>: Houve associação entre os cinco comportamentos de risco (brigas, lesões, consumo de maconha, consumo de cigarro e baixo desempenho acadêmico). Quanto mais cedo forem as experiências de embriaguez, maiores os níveis de problemas de comportamento na idade de 15 anos.
Mancha et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • 18% dos adolescentes reportaram ter consumido bebidas alcoólicas ao longo da vida, mas não nos últimos 12 meses. • 6,8% dos adolescentes reportaram ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sintomas de abuso ou dependência de álcool</i>: associação com ter aprovação para uso de álcool e maconha ao longo da vida; ter relação sexual precoce e ao longo da vida; ter problemas com a lei e/ou ser preso no último ano. O aumento da gravidade dos sintomas e/ou dependência aumentou as chances para a aquisição de outros comportamentos de risco.
Malmberg et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desesperança e busca por sensações</i>: revelaram-se como sendo as mais relevantes para o uso de substâncias,

		sendo a desesperança para o uso de álcool e cigarro e a busca por sensações para o álcool, cigarro e maconha.
Luk et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • 14,5% relataram dos adolescentes relataram fumar cigarros; • 34,4% dos adolescentes relataram consumir bebidas alcoólicas; • 19,4% dos adolescentes relataram ficar embriagados; • 9,6% dos adolescentes relataram fumar maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo</i>: Adolescentes do sexo feminino foram mais propensas a usar substâncias, enquanto que os adolescentes do sexo masculino foram mais propensos a serem provocadores e usuários de substâncias-provocadores. • <i>Idade</i>: adolescentes mais velhos foram mais propensos a serem usuários de substâncias e usuários de substâncias-provocadores. • <i>Etnia</i>: adolescentes hispânicos eram mais propensos a serem usuários de substâncias e usuários de substâncias-provocadores. Enquanto que os adolescentes afro-americanos eram mais propensos a praticarem o bullying. • <i>Tempo</i>: o número de noites passadas com colegas representa maiores riscos de uso de substâncias, bullying e coocorrência de ambos os problemas de comportamento. • <i>Nível socioeconômico</i>: adolescentes advindos de famílias com renda mais alta, foram mais propensos a consumir substâncias, independente de raça/etnia.
Monshouwer et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Problemas de comportamento</i>: o desenvolvimento de padrões de uso de substâncias é estruturalmente relacionado ao desenvolvimento de problemas de conduta, comportamento antissocial e descontrole. • <i>Outros fatores</i>: o prazer de alta intensidade, início precoce de álcool e tabaco, tabagismo materno e superproteção dos pais, foram preditivos para o pertencimento dos adolescentes ao grupo com alto nível de comportamentos de risco.
Harakeh et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • 16,7% dos adolescentes relataram fumar diariamente; • 57,8% dos adolescentes consumiram álcool regularmente nos últimos 30 dias; • 14,4% dos adolescentes relataram fumar maconha nos últimos 30 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo</i>: O sexo masculino foi mais propenso ao uso excessivo de bebidas alcoólicas, fumar maconha e engajar-se em múltiplos comportamentos de risco); • <i>Nível de escolaridade</i>: adolescentes com educação muito baixa foram mais propensos a fumar cigarro, ter relação sexual precoce e engajar-se em múltiplos comportamentos de risco; • <i>Problemas de conduta</i>: fator de risco para o engajamento de todos os tipos

		<p>de comportamento de risco, com exceção ao fumar cigarro;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>A permissividade das regras dos pais sobre o consumo de álcool e passar muito tempo com os amigos foram identificados como preditores para o engajamento de todos os comportamentos de risco:</i> fumar cigarros, consumo excessivo de álcool, consumo de maconha e relação sexual precoce, e engajamento em múltiplos comportamentos de risco. • <i>Faltar as aulas:</i> fumar maconha e múltiplo comportamento de risco.
Cleveland et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Disciplina inconsistente dos pais e dos pais dos amigos:</i> estão associados ao aumento da probabilidade do adolescente consumir bebidas alcoólicas, fumar cigarro e fumar maconha. • <i>Efeitos parentais:</i> o conhecimento parental, razão indutiva e disciplina inconsistente mudam o consumo de substâncias pelos adolescentes e, conseqüentemente, afetam as alterações de consumo de substâncias pelos amigos dos adolescentes.
Radliff et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Vítimas: 17,9% dos adolescentes relataram fumar cigarro; 34,5% consumir álcool; e 16,6% maconha. • Provocadores: 25,8% dos adolescentes reportaram fumar cigarro; 52,6% consumir álcool e; 31,7% fumar maconha. • Provocadores-vítimas: 27,4% adolescentes reportaram fumar cigarro; 53,5% consumir álcool e; 29,2% fumar maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Série:</i> O maior índice de uso de drogas foi no ensino médio. • <i>Bullying:</i> a maior proporção de provocadores e vítimas-provocadores consumiram álcool, cigarro e maconha. Enquanto que as vítimas de bullying eram mais propensas a consumirem cigarro e álcool. Jovens envolvidos com o bullying foram mais propensos a relatarem o uso de substâncias, quando comparados aos jovens que não se envolveram.
Sutherland et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • 11-12 anos: 35,5% dos jovens consumiram álcool, 17,3% cigarro e 5,8% maconha. • 12-13 anos: 49,5% dos jovens consumiram álcool, 25,0% cigarro e 14,4% maconha. • 13-14 anos: 64,7% dos jovens consumiram álcool, 35,6% cigarro e 21,1% maconha. • 14-15 anos: 73,8% dos jovens consumiram álcool, 39,7% cigarro e 30,3% maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Classe ocupacional dos pais:</i> adolescentes que pertenciam a menor classe de trabalhadores eram mais propensos a iniciarem o uso de maconha (estilo de vida e exposição ao risco) • <i>Sexo:</i> O sexo feminino foi mais propenso a iniciarem o consumo de cigarro, álcool e maconha do que o sexo masculino. • <i>Idade:</i> adolescentes mais velhos foram mais propensos a consumirem álcool, cigarro e maconha. • <i>Estrutura familiar:</i> adolescentes de famílias de pais solteiros foram mais propensos a iniciarem o uso de álcool e cigarro. Adolescentes que vivem com o padrasto ou madrasta foram

		mais propensos a usarem álcool, cigarro e maconha.
Perra et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> Dados do último ano: 64% consumiram bebidas alcoólicas no ano anterior; 27% declararam terem se embriagado pelo menos uma vez na semana; 45% fez uso de cigarro no ano anterior; 20% declararam consumir cigarro diariamente; 37% declararam fumar maconha no ano anterior e; 11% declararam fumar maconha durante a semana. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Relação com os professores:</i> Ter uma relação positiva com os professores da escola reduziu a probabilidade para os adolescentes se tornarem usuários regulares de tabaco, embriagarem-se semanalmente e consumir maconha semanalmente. <i>Brigas:</i> Reportar brigas na escola aumentou os riscos de consumo diário de tabaco, embriagar-se semanalmente e consumir maconha semanalmente. <i>Sexo feminino:</i> O desengajamento escolar aumentou a probabilidade das adolescentes usarem tabaco e maconha.
Heron et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> 53,2% dos adolescentes aos 13-14 anos reportaram baixa frequência de uso de álcool; 32,5% que declararam consumir bebidas alcoólicas, ocasionalmente, estavam consumindo um quarto de bebidas por semana, aos 15 anos de idade; dos 14% que declararam fazer alto uso de bebidas alcoólicas, dois terços bebem semanalmente aos 15 anos. Uso típico: 58,8% declararam baixo uso de bebidas alcoólicas aos 15 anos; 32,3% declarou consumir 2 unidades de bebida por semana e 3 ou mais unidades aos 15 anos de idade; 8,9% declarou alto consumo de álcool em todo tempo aos 15 anos de idade. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Padrões de uso de álcool no início da adolescência:</i> são fortemente associados com o uso posterior de álcool no final da adolescência. <i>Padrões de uso no final da adolescência:</i> aos 16 anos, um grande número de adolescentes consome bebidas alcoólicas em padrões considerados perigosos ou nocivos até para adultos. <i>Fatores associados ao consumo perigoso ou nocivo de bebidas alcoólicas:</i> sociodemográficos, uso de substâncias pela mãe, uso de tabaco e maconha pelo adolescente.
Rojas et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> 47,2% dos jovens do sexo feminino declararam consumir álcool, cigarro e maconha nos últimos 30 dias. 38,3% dos jovens declararam fumar cigarro (maioria do sexo feminino); 27,3% declararam consumir bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (sem diferença entre os sexos); 13,4% dos jovens declararam fumar maconha nos últimos 30 dias (maioria feminino). 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Sintomas depressivos:</i> adolescentes que apresentavam sintomas depressivos eram mais propensos a consumirem drogas. Quanto maior a intensidade de sintomas depressivos, maior a probabilidade para consumir tabaco, álcool e maconha no último mês, por ambos os sexos. <i>Uso de substâncias:</i> Quanto maior a quantidade de consumo de substâncias, maior a probabilidade dos adolescentes apresentarem sintomas depressivos.
Creemers et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> 12,2% dos adolescentes de 15-16 anos de idade consomem álcool e 6,3% 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Superproteção dos pais:</i> Altos níveis de superproteção foram associados

	<p>maconha (maioria do sexo masculino).</p>	<p>com alto risco de consumo regular de álcool.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rejeição dos pais</i>: o consumo de maconha foi maior entre os adolescentes que se sentiram rejeitados pelos pais. • Portadores do alelo A1 do polimorfismo DRD2 TaqIA, ou o DRD4 7R, não estavam diretamente relacionados ao uso de álcool regular ou uso de maconha.
<p>Cavazos-Rehg et al. (2011a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Álcool</i>: 85% dos adolescentes do sexo masculino e 86% do feminino declararam consumir bebidas alcoólicas (pelo menos uma vez na vida); • <i>Cigarro</i>: 58% masculino e 55% feminino declararam consumir cigarro (pelo menos uma vez na vida); • <i>Maconha</i>: 57% sexo masculino e 50% do sexo feminino declararam consumir maconha (pelo menos uma vez na vida). 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Número de parceiros sexuais</i>: o aumento do número de parceiros sexuais esteve associado ao consumo moderado e pesado de álcool, bem como para o consumo de maconha. • <i>Maconha</i>: a idade e a intensidade foram associadas com o aumento do número de parceiros • <i>Consumo acentuado de álcool (moderado e pesado) e cigarro (regular)</i>: são melhores indicativos para o aumento do número de parceiros sexuais do que a idade de iniciação. • <i>Álcool</i>: o consumo intenso de álcool e a relação sexual precoce são mais significativos para o sexo feminino. • <i>Cigarro</i>: consumo de cigarro foi mais significativo para o sexo masculino (aumentando o número de parceiros com a diminuição da idade de iniciação de consumo).
<p>Clark et al., (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Humor depressivo</i>: o estudante com maiores níveis de humor depressivo na primeira avaliação teve um aumento mais íngreme para o consumo de cigarro ao longo da vida, e consumo de álcool ao longo da vida e em 30 dias. • <i>Expectativas positivas para o uso de substâncias</i>: os adolescentes, na primeira avaliação, tiveram um aumento mais íngreme no consumo de substâncias (para todas as drogas). • <i>Coocorrência</i>: Os adolescentes que tiveram maiores índices de expectativa de consumo de substâncias, bem como humor depressivo na primeira avaliação, reportaram maior consumo de maconha ao longo da vida
<p>Carvazos-Rehg et al. (2011b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentado. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relação sexual</i>: Todos os tipos de consumo de álcool estiveram associados a relação sexual com/sem histórico de gravidez. O consumo regular de maconha esteve associado a relação sexual com histórico de gravidez. O consumo experimental de cigarro aumentou os riscos para o

		intercurso sexual (sem histórico de gravidez). O consumo diário de cigarro teve um aumento no risco para a relação sexual com/sem histórico de gravidez principalmente para as adolescentes que iniciaram o consumo aos 12 anos ou mais novas.
Leeuwen et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Na 1ª avaliação, 13,7% dos adolescentes reportaram ter consumido cigarro e 31,0% ter consumido álcool. • Na 3ª avaliação, 34,4% dos adolescentes declararam ter consumido maconha pelo menos uma vez na vida (não houve diferença entre os sexos). 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cigarro</i>: Adolescentes que iniciaram o uso do tabaco em idade precoce têm um risco aumentado para o uso de maconha, comparados aos adolescentes que nunca haviam provado o tabaco aos 13 anos. • <i>Álcool</i>: adolescentes que iniciaram o consumo de álcool em idade precoce tem um aumento no risco para iniciar o consumo de maconha. • <i>Coocorrência</i>: Adolescentes que consomem simultaneamente álcool e cigarro têm maior probabilidade p/iniciar uso de maconha do que os que experimentaram álcool ou cigarro.
Mayet et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Maconha</i>: 48,4% dos adolescentes declararam consumir maconha (51,8% do sexo masculino e 44,8% do sexo feminino); • <i>Uso intenso de maconha</i>: 42,6% declararam consumir maconha nos últimos 30 dias; 7,4% da amostra total declararam fazer uso intenso de maconha e 15,2% da amostra de usuários de maconha. • <i>Álcool</i>: 93,2% do sexo masculino e 91,7% do sexo feminino declararam ter experimentado bebidas alcoólicas. • <i>Cigarro</i>: 70,4% masculino e 72,3% feminino reportaram ter experimentado cigarro. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cigarro</i>: Os usuários de cigarro eram mais propensos a consumirem maconha do que os usuários de álcool. • <i>Tempo despendido com amigos</i>: a socialização em saídas noturnas associou-se ao uso de substâncias pelo adolescente. • <i>Porta de entrada</i>: houve mediação do cigarro no processo de condução ao uso experimental e uso indevido de maconha.
Mrug et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso individual</i>: 23% declararam consumir bebidas alcoólicas, 6% cigarro e 3% maconha. • <i>Uso de nível escolar</i>: média de 26% reportou consumir bebidas alcoólicas (vinho), média de 16% cigarro e média de 12% maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso de nível escolar</i>: apenas o consumo de cigarro de nível escolar de tabaco foi positivamente associado com o consumo individual de cigarro pelos estudantes. • <i>Prática parental indesejada</i>: o uso de nível escolar e individual de álcool e cigarro foram mais fortes para os estudantes cujos pais relataram práticas parentais mais pobres.
Leatherdale et al. (2010)	<p><i>No ano de 2006:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Álcool</i>: 59,1% dos jovens reportaram ter experimentado álcool e 38,5% reportaram o uso excessivo de álcool (os 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Álcool</i>: substância mais consumida entre os adolescentes. Adolescentes que relataram consumir bebidas alcoólicas excessivamente foram mais propensos ao consumo simultâneo de álcool e cigarro (8 vezes), bem

	<p>meninos consumiram mais que as meninas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cigarro</i>: 13,8% dos jovens reportaram ter experimentado cigarro (sem diferença entre os sexos). • <i>Maconha</i>: 8,2% dos jovens reportaram ter intenção de fumar maconha e 16,9% reportaram ter experimentado maconha (sem diferença entre os sexos). 	<p>como o uso simultâneo de álcool, cigarro e maconha (21 vezes).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo, estudar no 8º e 9º anos, receber mesada</i>: adolescentes do sexo feminino são mais propensas a consumirem álcool e cigarro simultaneamente. Adolescentes do sexo masculino eram mais propensos ao uso simultâneo de álcool e maconha. Não teve diferença entre os sexos para o uso simultâneo de álcool, cigarro e maconha.
Mulder et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • 33,5% dos jovens declararam fumar cigarro, 57,9% declararam ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias e 15,9% declarou fumar maconha; • Percepção de uso dos amigos: 17,9% de uso de cigarro, 33,9% de uso de bebidas alcoólicas e 5,1% de uso de maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Os tipos de preferências musicais estão associados com o consumo de substâncias autorrelatado e consumo pelos pares</i>. Preferências musicas urbanas foi positivamente associado apenas com o consumo de substâncias dos pares; Preferências por hard music é positivamente associado com o consumo de substâncias pelos pares e consumo de substâncias autorrelatado; Preferência por música pop está negativamente associada com o consumo de substâncias pelos pares e consumo de substâncias autorrelatado. • <i>Pares</i>: O consumo autorrelatado de substâncias está mediado pelo consumo de substâncias pelos pares.
Luk et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • 48,5% dos jovens declarou consumir bebidas alcoólicas, 18,2% consumir cigarro e 17,5% consumir maconha. Sem diferença entre os sexos para o uso de álcool e cigarro. Para o uso de maconha, 20% era do sexo masculino e 15% era do sexo feminino. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comunicação dos pais com os filhos</i>: A comunicação dos pais não foi protetiva para o consumo de álcool de ambos os sexos. Para o sexo feminino a comunicação dos pais em relação ao consumo de cigarro e maconha não foi significativo. Para o sexo masculino, a comunicação da mãe foi protetiva contra o consumo de cigarro e a comunicação do pai foi protetiva contra o consumo de maconha.
Pérez et al. (2010).	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Maconha</i>: 23,3% declarou ser usuário ocasional de maconha e 6,7% declararam ter consumido maconha os últimos 30 dias; • <i>Cigarro</i>: 39,1% declararam consumir cigarro ocasionalmente e 12,1% declararam uso regular de cigarro; • <i>Álcool</i>: 38,3% declararam fazer uso de risco de bebidas alcoólicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O consumo de maconha entre os meninos</i>: consumo ocasional ou regular de cigarro, consumo de risco de álcool, não ter atividades organizadas no tempo livre, intenção de consumir maconha. O risco de se tornar um usuário de maconha entre os usuários ocasionais ou regulares de cigarro aumentou em mais de 4 vezes. • <i>O consumo de maconha entre as meninas</i>: consumo ocasional ou regular de cigarro, ter amigos que consomem maconha e a intenção de fumar maconha. O risco de se tornar um usuário de maconha entre os usuários ocasionais ou regulares de cigarro aumentou em mais de 5 vezes.

<p>Cleveland et al. (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sexto ano: 2% dos jovens declararam consumir cigarro ou maconha e 4% declararam ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias. • 12º ano: 20% dos jovens declararam cigarro ou maconha e mais que 50% declararam consumir bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proteção familiar</i>: Níveis mais baixos de proteção familiar e escolar não protegeram contra o uso de álcool, cigarro e maconha dos adolescentes do 10º e 12º anos. • <i>Interação entre proteção familiar e proteção escolar em diferentes contextos escolares</i>: indicam que os fatores de proteção familiar foram mais influentes em ambientes escolares com maiores níveis de proteção escolar, em comparação com os alunos que frequentam escolas de proteção inferior da média. Assim, fatores de nível de proteção familiar ofereceram menos proteção para os alunos em contextos de escola relativamente de alto risco.
<p>Simons-Morton et al. (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EUA: 34% dos meninos e 29% das meninas declararam consumir bebidas alcoólicas no último mês. 27,7% dos meninos e 24,4% das meninas declararam ter ficado embriagados. 33,0% dos meninos e 26,0% das meninas declararam consumir maconha nos últimos 12 meses, 21,4% dos meninos e 15,8% das meninas declararam consumir maconha nos últimos 30 dias. • Canadá: 44,2% dos meninos e 45,3% das meninas declararam consumir bebidas alcoólicas. 38,9% dos meninos e 39,2% das meninas declararam ter ficado embriagadas. 32,3% dos meninos e 31,3 das meninas declararam fumar maconha nos últimos 12 meses. 20,0% dos meninos e 17,5% das meninas declararam fumar maconha nos últimos 30 dias. • Holanda: 67,9% dos meninos e 56,2% das meninas declararam consumir bebidas alcoólicas. 38,3% dos meninos e 25,9% das meninas declararam ter ficado embriagadas. 28,6% dos meninos e 19,8% das meninas declararam ter fumado maconha. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Leis</i>: Leis relativas ao uso de álcool e maconha foram encontrados como mais rigorosas nos Estados Unidos, seguido de Canadá e por último na Holanda. • <i>Álcool</i>: Na maioria das medidas relativas ao uso de álcool, as taxas de consumo foram mais baixas nos Estados Unidos do que no Canadá e na Holanda. Utilizando os Estados Unidos como referência. O risco relativo para o uso mensal de bebidas alcoólicas foi maior na Holanda, seguido do Canadá, sendo maior entre os meninos do que nas meninas em ambos os países. Mesmo resultado foi encontrado para a embriaguez, sendo maior entre os meninos holandeses e entre os meninos e meninas canadenses. • <i>Maconha</i>: Não houve diferença nas taxas de consumo de maconha entre os três países, sendo que, apenas as adolescentes holandesas foram menos propensas a usarem maconha no ano anterior.

3.4 DISCUSSÃO

A adolescência se caracteriza como uma fase de transformações rápidas no desenvolvimento do indivíduo, tornando-o instável diante das influências biopsicossociais, e, conseqüentemente, vulneráveis à aquisição de hábitos de risco, tais como o consumo de drogas lícitas e ilícitas (MARIA; GUIMARÃES; MATIAS, 2009; FRAGA et al., 2011; GRANVILLE-GARCIA, 2014). Além disso, estudos que analisaram o perfil de usuários de drogas afirmaram que os tipos de substâncias, bem como o nível de uso destas substâncias, dependem da idade de início e o grau de intensidade no qual o jovem se envolve neste comportamento de risco (KANDAL; YAMAGUCHI, 1993; BAGGIO et al., 2013; KÁŽMÉR et al. 2014). Destaca-se, também, o progresso nos padrões de uso de drogas pelos adolescentes, no qual, geralmente, inicia-se com o consumo precoce de bebidas alcoólicas, seguido de cigarro e maconha, podendo progredir para drogas mais pesadas (YAGAMUCHI; KANDEL, 1984; BAGGIO et al., 2013; MOSS et al., 2014; KÁŽMÉR et al. 2014). Em vista disso, este estudo analisou, depois de uma busca sistematizada numa base de dados, os fatores associados ao consumo de álcool, cigarro e maconha por adolescentes de todo o mundo.

No que se refere às análises bibliográficas, verificou-se que a maioria dos estudos foi publicado por grupos de pesquisa dos Estados Unidos (18 artigos) e Holanda (6 artigos), sendo um realizado em parceria com outros países Europeus e Norte Americanos (KUNTSCHE et al., 2013). Destes, 14 artigos foram publicados em revistas com classificação Qualis “A”, sendo quatro publicados na revista *Addictive Behavior*. Outro fator observado é a pouca quantidade de artigos publicados por grupos de pesquisas de países em

desenvolvimento (n=2), dos quais um é do Chile e outro do México, ambos publicados em periódicos com classificação Qualis “B1”. Quanto às análises metodológicas, observa-se que a grande maioria dos estudos foi realizada com delineamento transversal, cujo principal instrumento utilizado foi o questionário *WHO Health behavior in School-aged Children (HBSC) survey*, confeccionado por pesquisadores europeus e adotados pela Organização Mundial da Saúde.

Em relação às prevalências de consumo de drogas, em grande parte dos estudos o álcool apresentou-se como a substância mais consumida entre os adolescentes, variando as prevalências entre 79,8% de uso regular de bebidas alcoólicas (KUNTSCHE et al., 2013) a 93,2% de uso experimental de bebidas alcoólicas (MAYET et al., 2010). Estes resultados podem ser explicados pela permissividade da sociedade para o uso do álcool e, conseqüentemente, facilitando o acesso dos adolescentes a esta substância (VIEIRA et al., 2007). Quanto às prevalências de uso de cigarro e maconha, a maior parte dos estudos apresentou o cigarro como sendo a segunda substância mais consumida entre os adolescentes (PERRA et al., 2012; MULDER et al., 2010; PÉREZ et al., 2010; HERON et al., 2012; SUTHERDALE et al., 2012), porém, algumas análises apresentaram maiores prevalências de uso de maconha, quando comparadas ao uso do cigarro (LEEUWEN et al., 2011; LEATHERDALE et al., 2010).

De maneira geral, os fatores associados ao consumo de drogas se dividem em três aspectos: biológicos, psicológicos e sociais. Em relação aos aspectos biológicos, grande parte dos estudos indicou a idade e o sexo como fortes preditores para o consumo de drogas, bem como para o tipo de drogas e o nível de consumo das mesmas. Quanto às diferenças entre o sexo

masculino e feminino, verificou-se, em alguns estudos, a ausência de diferença entre os sexos no quesito consumo de bebidas alcoólicas (CAVAZOS-REHG et al., 2011a; KONG et al., 2013; SIMONS-MORTON et al., 2010). Entretanto, constatou-se diferença quanto ao uso de cigarro e maconha, sendo o consumo de cigarro mais prevalente pelo sexo feminino e o de maconha mais prevalente pelo masculino (MAYET et al., 2010; CAVAZOS-REHG et al., 2011a; OSGOOD et al., 2014; KONG et al., 2013; SIMONS-MORTON et al., 2010). Uma possível explicação para estas diferenças, é a definição de papéis esperados para cada sexo, dos quais os valores e normas de conduta podem ser definidos pelo meio em que o sujeito está inserido (ZHEN-DUAN; TAYLOR, 2014).

Quanto à idade, estudos longitudinais, de Sutherland et al. (2012) e Osgood et al. (2014), revelaram um aumento no consumo de substâncias no decorrer da adolescência, mostrando que adolescentes mais velhos são mais propensos ao consumo de substâncias, bem como ao consumo excessivo das mesmas. Corroborando com esses achados, Heron et al. (2012) observaram que quanto mais cedo e mais alto for o padrão de uso de bebidas alcoólicas, maior será a probabilidade dos adolescentes reportarem padrões de uso perigoso ou nocivo ao final da adolescência. Outro ponto a ser destacado é que adolescentes, que iniciam o consumo de substâncias precocemente, apresentam uma tendência maior para consumir mais de um tipo de substâncias psicotrópicas, tanto lícitas quanto ilícitas (KÁŽMÉR et al. 2014). Ressalta-se também, a influência do *timing* puberal; estudos mostram que adolescentes que se percebem em desenvolvimento precoce são mais propensos a se envolverem no uso de álcool, cigarro e maconha. Assim como no estudo de Cance et al. (2013), no qual os

adolescentes, que se percebiam neste estágio de desenvolvimento, relataram o uso de álcool, cigarro e maconha aos 11 anos de idade. Entretanto, a intensidade do uso dessas substâncias aumentou entre os adolescentes que se encontravam em desenvolvimento normal.

Os aspectos biológicos somados com os aspectos psicológicos podem desencadear padrões de risco de consumo de substâncias. Por exemplo, segundo Sandrok et al. (2014), a região do córtex pré-frontal é responsável pelo desenvolvimento do raciocínio, tomada de decisão e autocontrole do indivíduo. Além disso, os avanços no desenvolvimento dessa região continuam, aproximadamente, entre 18 a 25 anos. Contudo, a região responsável pelas emoções matura antes do córtex pré-frontal. Assim, os adolescentes são desenvolvidos emocionalmente, mas, por conta do desenvolvimento não adequado do córtex pré-frontal, têm dificuldades de controlar as emoções como a impulsividade, busca por sensações, entre outras (KONG et al., 2013). Estudos como de Malmberg et al. (2012) e de Kong et al. (2013) revelaram que a busca por sensações está significativamente relacionada ao consumo de álcool, cigarro e maconha, para ambos os sexos. Ainda no estudo de Kong et al. (2013), a impulsividade esteve significativamente associada ao consumo dessas três substâncias, mas somente para o sexo feminino. Outro aspecto psicológico investigado na bibliografia consultada foram os sintomas depressivos. Estudo realizado com 16 mil adolescentes norte-americanos revelou que a interação entre os sintomas depressivos com os problemas de conduta é um preditor significativamente positivo para o uso excessivo de álcool, cigarro e maconha (MASLOWSKY; SCHULENBERG, 2013).

O uso de substâncias psicotrópicas pelos adolescentes é ainda mais potencializado quando há

interferências negativas nas relações interpessoais e ambientais. A família, por exemplo, é o principal responsável pela inserção do jovem na cultura e nas relações primárias (SCHENKER; MINAYO, 2005). Quando jovens vivem em famílias desestruturadas, nas quais há adultos que consomem indevidamente substâncias, bem como os pais que não acompanham apropriadamente a educação dos filhos, a probabilidade para assumirem comportamentos de risco aumenta (MRUG et al., 2010; CLEVELAND et al., 2012; OSGOOD et al., 2014). Essa tendência é ainda maior quando a ausência de disciplina consistente, somadas à permissividade das regras relacionadas ao consumo de substâncias em casa, contribui para a formação de amizades que compactuam com os mesmos comportamentos de risco (CLEVELAND et al., 2012). Estudo realizado por Osgood et al. (2014) analisou a formação de redes de amizade e os tipos de substâncias preferidas por estas redes. Os resultados mostraram que os adolescentes que pertenciam aos principais grupos de amizade (grupos nucleares) tendiam a consumir bebidas alcoólicas, enquanto que os adolescentes de conexão (ligam os grupos de amizade) eram mais propensos a serem usuários de maconha, ao mesmo tempo em que os adolescentes isolados eram mais propensos a serem usuários de cigarro. Corroborando com esses estudos, Mancha et al. (2012) observaram que a aprovação dos adolescentes para o consumo excessivo de álcool contribui para a aquisição de outros comportamentos de risco (relação sexual precoce e consumo de outras drogas).

No que diz respeito ao ambiente onde o adolescente se encontra, estudos mostram que adolescentes que vivem em cidades menos povoadas ou rurais são mais propensos a adquirirem comportamentos de risco. Em contrapartida, adolescentes que vivem em

grandes centros urbanos ou capitais também apresentam esta tendência aumentada (KÁŽMÉR et al., 2014; LO et al., 2013). Outro fator ambiental que interfere no comportamento de risco é o tipo de escola onde os adolescentes estão engajados. Nos estudos de Cleveland et al. (2010), Lo et al. (2013) e Kázmér et al. (2014), foram verificados que adolescentes que frequentam escolas com desvantagens estruturais, que oferecem pouca proteção escolar e que pouco exigem o desempenho acadêmico contribuem para o consumo de drogas pelos adolescentes.

Quanto às limitações das pesquisas investigadas, verificou-se que a maior parte foi confeccionada em países desenvolvidos e inseridos na cultura ocidental. Por esse motivo, intui-se que foram encontradas mais semelhanças do que diferenças nos fatores que se associaram ao consumo de drogas pelos adolescentes de vários países. Nota-se, também, que há uma predominância na escolha de instrumentos de medidas subjetivas; no entanto, tais medidas, apesar de abranger um grande número de indivíduos, apresentam um viés importante, pois dependem dos relatos da população investigada e, conseqüentemente, estão vulneráveis à credibilidade das respostas.

3.5 CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática teve por objetivo investigar quais fatores estão associados ao consumo de drogas por adolescentes no âmbito internacional. Constatou-se que o consumo de drogas pelos adolescentes é resultado da soma dos fatores intrapessoais (sexo, idade, *timing* puberal, sintomas depressivos, impulsividade e problemas de conduta), interpessoais (uso de drogas por familiares e melhores amigos, percepções positivas relacionadas ao uso de drogas, disciplina inconsistente,

relacionamento não satisfatório com os pais, relacionamento com pares que aprovam o uso de drogas, etc.) e sociais (estrutura familiar, tipo de cidade, tipo de escola e etc.). Contudo, existem outros fatores que também podem influenciar no consumo de drogas pelos adolescentes (nível de atividade física, tipo de exercício físico, percepção de saúde negativa, propagandas que estimulam o uso de drogas lícitas, etc.), os quais não foram abordados na bibliografia selecionada.

Ressalta-se a ausência de estudos brasileiros, fazendo com que limitássemos as comparações apenas às culturas de outros países. Estas situações podem ser devido às escolhas das palavras chaves que limitaram o número de artigos. Outro aspecto relevante pode-se atribuir à base de dados utilizada, bem como os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Em virtude disto, fazem necessárias novas buscas sistematizadas, como: que incluam outros tipos de drogas utilizadas pelos jovens; que investiguem as drogas mais utilizadas nos grupos desportivos; que verifiquem o perfil do adolescente brasileiro para a iniciação ao consumo de drogas; entre outros temas de pesquisa que possam contribuir para o conhecimento sobre o público adolescente, bem como no incentivo às políticas públicas para o investimento em melhores ambientes educacionais e de saúde (pública e privada).

4 FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS POR ADOLESCENTES PERTENCENTES AO ENSINO MÉDIO DA REDE ESTADUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

RESUMO

Objetivo: Verificar as prevalências e fatores associados ao consumo de álcool, cigarro e maconha, entre os adolescentes da Região da Grande Florianópolis. *Método:* A amostragem foi realizada de forma aleatória e por conglomerados de acordo com o número de alunos matriculados nas escolas públicas e estaduais em cada município, resultando em 3.550 adolescentes de 14 a 18 anos. O nível de significância entre as proporções foi avaliado pelo teste Qui-quadrado (χ^2) para heterogeneidade e para a tendência linear dos indicadores sociodemográficos, percepção de saúde e coocorrência de comportamento de risco em relação à prevalência de consumo de drogas. *Resultados:* Foi observado que a idade, o sexo, o grau de escolaridade dos pais, a atividade profissional, a série, o turno, o tipo de cidade da escola, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a percepção de saúde, relações psicossociais, bem como a aquisição de comportamentos de risco (relação sexual precoce e consumo de outras drogas), estão associadas ao consumo experimental ou regular de álcool, tabaco e maconha. *Conclusões:* Questões sociodemográficas, de saúde, de outros comportamentos de risco, bem como os aspectos psicossociais podem ser preditores significativos para a iniciação de consumo experimental e regular de álcool, cigarro e maconha pelos adolescentes da grande Florianópolis.

Palavras-chave: Adolescentes. Comportamento de risco. Álcool. Cigarro. Maconha. Fatores associados.

4.1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por intensas transformações biopsicossociais, no qual o indivíduo passa durante a transição da infância à vida adulta (ALMEIDA FILHO et al., 2007; MALTA et al., 2010; VASTERS; PILLON, 2011), sendo caracterizada como um estágio decisivo para o desenvolvimento de competências, aquisição de habilidades pessoais, interpessoais e tomada de decisão (VASTERS; PILLON, 2011; DE ALMEIDA, 2014).

Ao sair da identidade infantil, o adolescente busca a autoafirmação social e constrói novas identificações, inserindo-se em diferentes grupos de amizades, estabelecendo relações de afeto com pessoas que não integram o seu meio familiar (DE ALMEIDA et al., 2014; FREIRES; GOMES, 2012). Como consequência, adquirem novos comportamentos e vivenciam outras experiências, que, associadas aos novos laços, podem representar fatores de risco à saúde, como o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, além de alimentação inadequada, sedentarismo e praticar sexo sem proteção (MALTA et al., 2010; 2014).

Os fatores de risco, em particular o consumo de drogas, podem acarretar outros problemas que afetam tanto o adolescente quanto sua família e a sociedade. Por exemplo: manter uma relação sexual precoce que resulte numa gravidez não desejada ou alto risco de contágio de HIV; baixo desempenho acadêmico; comportamento antissocial; dificuldades em cumprir com as obrigações; e problemas sociais ou interpessoais recorrentes (ADAMS et al., 2002; ESSAU, 2011).

Em relação às prevalências de uso de drogas, estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos em parceria com a Austrália observou uma prevalência na

segunda análise de 40% e 47,1% de consumo de álcool, 18,4% e 19,8% de consumo de cigarro e 24% e 18,5% de consumo de maconha por adolescentes do 9º ano de Washington State (EUA) e Victoria (AUS), respectivamente (HENPHILL et al., 2011). Enquanto que, no Brasil, num levantamento realizado pelo CEBRID, a prevalência para o uso do álcool foi de 59,9%, 14,4% de cigarro e 5,9% de maconha, entre os adolescentes de 15 a 16 anos (CARLINI et al., 2010). Nesse mesmo estudo, na cidade de Florianópolis, a maconha foi considerada como a droga ilícita preferida entre os adolescentes, tendo um aumento de 7,3% do consumo entre os anos de 2004 e 2010 (CARLINI et al., 2010).

Quanto aos fatores relacionados ao consumo de drogas por adolescentes, estudos apontam que relações com a família (PUENTE et al., 2011; HEMPHIL et al., 2011), características demográficas (SWAHN et al., 2010; FRAGA et al., 2011), nível socioeconômico (ARIZA et al., 2014), tipos de escola (LEVIN et al., 2014), conectividade com a escola (KAAI et al., 2013), prática sexual precoce (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2012; ARIZA et al., 2014), prática de atividades físicas (FRAGA et al., 2011; HENCHOZ et al., 2014), consumo de drogas pelos pais e/ou familiares (SANCHES et al., 2013; COLE; BURKHAL, 2013), consumo de drogas pelos pares (CHEN; HUANG; CHAO, 2009; PEDERSEN et al., 2013), estado nutricional (ARIZA et al., 2014), estado de saúde (LOCH, 2007; PUENTE et al., 2011), entre outros, são elementos importantes para a tomada de decisão do adolescente em assumir um comportamento de risco. Por conta disso, este estudo tem por objetivo verificar as prevalências e fatores associados ao consumo de álcool, cigarro e maconha, entre os adolescentes da Região da Grande Florianópolis.

4.2 MÉTODO

Este trabalho caracteriza-se como um estudo epidemiológico transversal. A pesquisa envolveu adolescentes de 14 a 18 anos, de ambos os sexos, estudantes do Ensino Médio da rede pública estadual da região da Grande Florianópolis, que é composta por 13 cidades: Águas Mornas, Angelina, Antônio Carlos, Anitápolis, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São José, São Bonifácio e São Pedro de Alcântara.

Adotou-se a amostragem por conglomerados, de forma aleatória e proporcional, conforme o número de alunos matriculados nas instituições de ensino. Para determinar o tamanho da amostra foi admitido um erro amostral de 3%, com intervalo de confiança de 95%, percentual mínimo de 50%, efeito de desenho 2, e um acréscimo de 50% no tamanho da amostra para compensar possíveis perdas e recusas.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário preenchido pelos próprios estudantes em horário escolar. A duração média para o preenchimento foi de 40 minutos. A coleta de dados, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da UDESC (parecer nº 501.582), da Gerência Regional de Ensino da Região da Grande Florianópolis e das equipes diretivas das Instituições de Ensino, foi aplicada por estudantes de graduação de Educação Física (Licenciatura e Bacharelado) e pós-graduação (mestrado e doutorado do Curso de Ciências do Movimento Humano - UDESC), no período de setembro a dezembro de 2013.

Foram excluídos os adolescentes com idades abaixo de 14 anos e acima de 18 anos, com problemas mentais que limitassem o preenchimento do questionário,

e aqueles que não preencheram corretamente e/ou não completaram as questões referentes ao estudo.

Para verificar a prevalência do consumo de drogas por adolescentes, consumo de drogas pelos pais, irmãos e melhores amigos e prática sexual precoce, foi adaptado o instrumento utilizado pelo CEBRID, que permite investigar as prevalências de consumo de drogas e as tendências temporais para os parâmetros de uso na vida, de acordo com os fatores sociodemográficos das 27 capitais brasileiras (CARLINI et al., 2010).

As variáveis demográficas foram: sexo, faixa etária e cor da pele. Para a faixa etária, os adolescentes informaram a idade em uma pergunta aberta, variando de 14 a 18 anos, sendo categorizada para o estudo em dois grupos, 14-16 anos e 17-18 anos. A caracterização da cor da pele foi realizada de acordo com os critérios de classificação do IBGE (branco, preto, amarelo, pardo e indígena), mas categorizada para este estudo como Brancos e Não Brancos.

As variáveis escolares foram: série, turno e reprovação escolar. A série se dividiu nos três anos que compõe o Ensino Médio, 1º, 2º e 3º ano. O turno escolar variou entre Matutino, Vespertino, Integral (Matutino e Vespertino) e Noturno, sendo categorizado para o estudo como: Diurno e Noturno. A reprovação escolar foi classificada em Sim ou Não.

As variáveis IDH e o “tipo de cidade onde a escola está situada” foram utilizadas para classificar o grupo de análise ambiental, de modo que “o tipo de cidade” foi categorizado de acordo com o número de habitantes, segundo as estimativas do IBGE (2010) para o ano de 2013, sendo classificadas as cidades de Grande Porte aquelas cujo número de habitantes fossem superior a 60 mil (Florianópolis, Palhoça, São José e Biguaçu) e cidades de Pequeno Porte aquelas cujo número de habitantes

fossem inferior a 25 mil (Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Rancho Queimado, Santo Amaro, São Bonifácio, e São Pedro de Alcântara). Em relação ao IDH, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) classifica as cidades numa escala de 5 faixas: Muito Baixo (0-0,499), Baixo (0,5-0,599), Médio (0,6-0,699), Alto (0,7-0,799) e Muito Alto (0,8-1,00). Em Santa Catarina, segundo o PNUD, não há cidades que se classifiquem como Muito Baixas e Baixas, sendo assim, o IDH foi categorizado em Médio, Alto e Muito Alto.

Para as variáveis socioeconômicas, foi utilizado o questionário de classificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que consiste em determinar a classe econômica do respondente, no caso o adolescente, através de perguntas feitas com base na posse de bens de consumo e o nível de escolaridade do chefe de família. Sendo dividida, no sentido do maior nível ao menor nível, em A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Para este estudo, as classes foram divididas em três níveis: A1 e A2 (nível Alto); B1 e B2 (nível Médio) e; C1, C2, D e E (nível Baixo). Além disso, os adolescentes responderam uma questão sobre a atividade profissional, dicotomizada em sim/não; e com base na classificação da APEP, foi questionado sobre o nível de escolaridade da mãe e do pai, sendo as respostas agrupadas em: analfabeto/séries iniciais do ensino fundamental incompleto; séries iniciais completas/ensino médio completo; e ensino superior completo.

As variáveis relacionadas à saúde foram analisadas através do Índice de Massa Corporal (IMC) – Estado Nutricional –, questões sobre a percepção da saúde e frequência de doenças. O IMC é obtido por meio do cálculo da massa corporal sobre a altura ao quadrado, autorreferidas pelos adolescentes, sendo o resultado

utilizado para sinalizar o estado de desnutrição, sobrepeso e obesidade. Para a percepção de saúde, foi questionado como o adolescente autoavalia a saúde, agrupando as respostas péssima, ruim, regular, boa e excelente, em percepção positiva e percepção negativa. E, por último, foi questionado com que frequência o adolescente fica doente, sendo as respostas agrupadas em nunca/quase nunca, regular e sempre/quase sempre.

O nível de atividade física foi mensurado através do Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta (IPAQ curto), sendo este dividido em sete questões, que se referem ao tempo despendido por semana em diferentes níveis de atividade física, entre eles a caminhada e a intensidade do esforço físico classificada como leve, moderada e vigorosa (GUEDES; LOPES; GUEDES, 2005; VESPASIANO; DIAS; CORREA, 2012). Neste estudo, o nível de atividade física foi classificado em dois grupos: insuficientemente ativos (min./semana < 300) e ativos (min. \geq 300).

Para a análise dos dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, *for Windows*. A estatística empregada para descrição dos dados foi a de distribuição de frequências. O nível de significância entre as proporções foi avaliado pelo teste Qui-quadrado (χ^2) para heterogeneidade e para a tendência linear dos indicadores sociodemográficos, percepção de saúde, nível de atividade física, e relações sexuais em relação à prevalência de consumo de drogas.

Para avaliar a associação bruta e ajustada entre as variáveis sociodemográficas, percepção de saúde, frequência de aquisição de doenças, estado nutricional, nível de atividade física, relação sexual precoce, consumo experimental e regular de drogas (álcool, cigarro e maconha), questões de escolaridade, questões ambientais e prevalência de consumo de drogas isolada ou

simultânea, foi utilizada a medida de razão de prevalência (RP), adotando 95% de intervalo de confiança (IC) a partir da equação de ‘Regressão de Poisson’ com variância robusta. O índice de significância adotado para o estudo foi $p \leq 0,05$. Além disso, as variáveis selecionadas para a análise ajustada foram aquelas que apresentaram $p < 0,25$ no teste qui-quadrado (HOSMER; LENESHOW, 1989).

4.3 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 3.550 adolescentes, com idade média de 16,12 anos (DP=1,03). Destes, 55% são do sexo feminino; 72% moram em cidades de grande porte; 52,2% moram em cidades com IDH muito alto; 64,2% declararam não realizar atividades profissionais; e 74,5% pertencem à classe socioeconômica média.

4.3.1 Razões de prevalência de consumo experimental de bebidas alcoólicas

Na Tabela 5 estão os resultados da análise bruta dos fatores associados ao consumo experimental de bebidas alcoólicas. Em relação aos fatores sociodemográficos e escolares, verifica-se que os adolescentes trabalhadores, de cor branca, que possuem pais analfabetos ou com ensino fundamental 1 incompleto, cursando o 2º e o 3º ano do ensino médio noturno, e já sofreram reprovação escolar, são mais propensos a experimentar bebidas alcoólicas.

Sobre as questões ambientais, destaca-se que adolescentes pertencentes a escolas classificadas como de cidades Pequeno Porte, com IDH médio, são mais propensos a experimentarem bebidas alcoólicas do que aqueles que não fazem parte destes locais.

No que se refere às questões de saúde, observa-se que adolescentes que declararam ser mais ativos são mais propensos a experimentar bebidas alcoólicas do que aqueles que se declararam como insuficientemente ativos.

Quanto às questões de comportamento de risco, adolescentes que praticaram sexo precoce, que experimentaram cigarro e o consumiram regularmente, que experimentaram maconha e a consumiram regularmente, são mais propensos a experimentar bebidas alcoólicas. Também adolescentes que convivem com pais, mães, irmãos e melhores amigos que já ficaram embriagados têm uma tendência maior para experimentar bebidas alcoólicas.

Na análise de regressão ajustada (Tabela 1), as variáveis grau de escolaridade do pai ($RP_{\text{analfabeto/fundamental 1 incompleto}}=1,15$; $IC95\%:1,05-1,25$; $RP_{\text{fundamental 1 completo até o ensino médio}}=1,10$; $IC95\%:1,01-1,19$), série ($RP_{2^{\circ} \text{ ano}}=1,06$; $IC95\%:1,02-1,11$), relação sexual precoce ($RP_{\text{sim}}=1,06$; $IC95\%:1,02-1,10$), experimentar cigarro ($RP_{\text{sim}}=1,08$; $IC95\%:1,04-1,12$), experimentar maconha ($RP_{\text{sim}}=1,07$; $IC95\%:1,03-1,12$), bem como presenciar episódios de embriaguez do melhor amigo ($RP_{\text{sim}}=1,07$; $IC95\%:1,03-1,10$), permaneceram no modelo, demonstrando que adolescentes que apresentam estas características são mais propensos a experimentar bebidas alcoólicas. Por outro lado, a idade também permaneceu no modelo, porém demonstrou que adolescentes de 17 a 18 anos são menos propensos a experimentar bebidas alcoólicas ($RP_{17 \text{ a } 18 \text{ anos}}=0,94$; $IC95\%:0,89-0,99$).

Tabela 5 - Razões de prevalência do consumo experimental de bebidas alcoólicas por adolescentes

Variável	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	Prevalência (%)	RP (95%IC)	p*	RP (95%IC)	p**
Idade			0,06		0,02
14-16	86,8	1,00		1,00	
17-18	89,0	1,02 (0,99-1,05)		0,94 (0,89-0,99)	
Sexo			0,48		-
Feminino	87,4	1,00		Excluído	
Masculino	88,2	1,01 (0,98-1,034)		Excluído	
Cor da Pele			0,03		0,08
Branco	88,7	1,03 (1,00-1,07)		1,04 (0,99-1,09)	
Não Branco	85,6	1,00		1,00	
Escolaridade da mãe			0,34		-
Analfabeto/fundamental I incompleto	87,7	1,02 (0,96-1,08)		Excluído	
Fundamental I completo até o E. Médio	88,2	1,02 (0,98-1,07)		Excluído	
Superior completo	85,6	1,00		Excluído	
Escolaridade do pai			0,08		<0,01
Analfabeto/fundamental I incompleto	90,9	1,09 (1,02-1,16)		1,15 (1,05-1,25)	
Fundamental I completo até o Ensino Médio	87,8	1,05 (0,99-1,11)		1,10 (1,01-1,19)	
Superior completo	83,1	1,00		1,00	
Nível socioeconômico (ABEP)			0,35		-
Alta	89,7	1,03 (0,98-1,09)		Excluído	
Média	88,3	1,02 (0,98-1,05)		Excluído	
Baixa	86,5	1,00		Excluído	
Atividade Profissional			<0,01		0,16
Não	86,1	1,00		1,00	
Sim	90,4	1,05 (1,02-1,07)		1,02 (0,98-1,06)	
Série			0,01		0,01
1º Ano	85,7	1,00		1,00	
2º Ano	89,2	1,04 (1,00-1,07)		1,06 (1,02-1,11)	
3º Ano	88,7	1,03 (1,01-1,07)		1,06 (0,99-1,13)	
Turno			<0,01		0,27
Diurno	86,8	1,00		1,00	
Noturno	90,2	1,04 (1,01-1,06)		0,97 (0,93-1,01)	
Reprovação escolar			<0,01		0,06
Não	86,2	1,00		1,00	
Sim	90,5	1,05 (1,02-1,07)		1,04 (0,99-1,08)	
Tipo de cidade			0,01		0,30
Grande Porte	86,8	1,00		1,00	
Pequeno Porte	89,9	1,03 (1,01-1,06)		1,03 (0,97-1,09)	
IDH			0,06		0,76
Médio	94,1	1,08 (1,03-1,13)		1,03 (0,93-1,14)	
Alto	87,9	1,01 (0,98-1,13)		1,01 (0,96-1,06)	
Muito Alto	87,0	1,00		1,00	
Autoavaliação da Saúde			0,58		-

Percepção de saúde Positiva	87,5	1,00		Excluído
Percepção de Saúde Negativa	88,2	1,01 (0,98-1,03)		Excluído
Frequência de aquisição de doenças			0,38	-
Nunca – Quase nunca	87,1	1,00		Excluído
Às vezes	88,8	1,01 (0,99-1,04)		Excluído
Muitas vezes – Quase sempre	87,6	1,00 (0,95-1,06)		Excluído
Estado Nutricional			0,73	-
Desnutrição	87,6	1,00		Excluído
Normal	88,6	1,01 (0,96-1,06)		Excluído
Sobrepeso/Obesidade	89,5	1,01 (0,96-1,07)		Excluído
Nível de ativ. física			0,01	0,15
Ativo	89,7	1,03 (1,01-1,06)		1,02 (0,99-1,06)
Insuficientemente Ativo	86,5	1,00		1,00
Relação sexual precoce			<0,01	<0,01
Não	82,3	1,00		1,00
Sim	93,6	1,13 (1,11-1,166)		1,06 (1,02-1,10)
Consumo exp. de cigarro			<0,01	<0,01
Não	84,5	1,00		1,00
Sim	98,7	1,16 (1,14-1,19)		1,08 (1,04-1,12)
Consumo reg. de cigarro			<0,01	0,80
Não	87,0	1,00		1,00
Sim	100,0	1,15 (1,13-1,16)		0,99 (0,97-1,02)
Consumo experimental de maconha			<0,01	<0,01
Não	85,2	1,00		1,00
Sim	98,9	1,16 (1,14-1,18)		1,07 (1,03-1,10)
Consumo regular de maconha			<0,01	0,14
Não	86,8	1,00		1,00
Sim	97,3	1,12 (1,09-1,14)		0,97 (0,94-1,00)
Pai embriagado			<0,01	0,97
Não	86,7	1,00		1,00
Sim	91,6	1,05 (1,02-1,08)		1,00 (0,96-1,04)
Mãe embriagada			0,02	0,77
Não	87,2	1,00		1,00
Sim	93,3	1,07(1,02-1,11)		0,98 (0,91-1,06)
Irmão/Irmã embriagado (a)			<0,01	0,38
Não	86,7	1,00		1,00
Sim	93,5	1,08 (1,04-1,11)		1,01 (0,97-1,06)
Melhor amigo embriagado			<0,01	<0,01
Não	84,3	1,00		1,00
Sim	95,7	1,13 (1,11-1,16)		1,07 (1,03-1,10)

*valor de p não ajustado (p do qui-quadrado).

**valor de p da análise ajustada (Regressão de Poisson)

4.3.2 Razões de prevalência para consumo regular de bebidas alcoólicas

Os resultados dos fatores associados ao consumo regular de bebidas alcoólicas estão apresentados na Tabela 6. Na análise bruta da relação entre fatores socioeconômicos e consumo regular de bebidas alcoólicas observa-se que adolescentes do sexo masculino, de 17 a 18 anos de idade, que exercem atividade profissional e pertencem às classes Média e Alta têm uma propensão maior para consumir bebidas alcoólicas regularmente.

Em relação aos fatores escolares, adolescentes que já haviam reprovado na escola têm uma prevalência 25% maior para consumir bebidas alcoólicas regularmente que àqueles que não reprovaram.

Dos fatores relacionados à saúde, apenas a atividade física esteve estatisticamente associada ao consumo regular de bebidas alcoólicas ($p=0,02$), mostrando que adolescentes que se declararam ativos têm uma prevalência de 11% maior para manifestar este tipo de comportamento.

Em relação aos outros tipos de comportamento de risco investigados neste estudo, tais como atividade sexual precoce, consumo experimental ou regular de cigarro, bem como consumo experimental ou regular de maconha. A probabilidade dos jovens consumirem álcool regularmente foi aproximadamente duas vezes maior do que aqueles que não declararam ter estes tipos de comportamento. Além disso, adolescentes que presenciaram episódios de embriaguez de pais, irmãos e pares também tem uma propensão para consumir bebidas alcoólicas regularmente.

Os resultados da análise ajustada demonstraram que a atividade profissional ($RP_{sim}=1,14$; IC95%:1,01-1,28), IDH médio ($RP=1,43$; IC95%:1,03-1,99), relação

sexual precoce ($RP_{sim}=1,14$; IC95%:1,01-1,29), o consumo regular de cigarro ($RP_{sim}=1,20$; IC95%:1,03-1,40), o consumo experimental de maconha ($RP=1,60$; IC95%:1,36-1,88), bem como ter presenciado episódios de embriaguez de irmãos ($RP=1,20$; IC95%:1,05-1,37) e melhores amigos ($RP=1,38$; IC95%:1,21-1,57) permaneceram no modelo (Tabela 6).

Tabela 6 - Razões de prevalência (RP) para consumo regular de bebidas alcoólicas

Variável	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	Prevalência (%)	PR (95%IC)	P* PR (95%IC)	p**
Idade			0,03	0,11
14-16	40,4	1,00	1,00	
17-18	45,7	1,13 (1,04-1,23)	0,87 (0,74-1,03)	
Sexo			<0,0 1	0,47
Feminino	38,6	1,00	1,00	
Masculino	46,5	1,20 (1,11-1,30)	1,04 (0,93-1,16)	
Cor da Pele			0,19	0,25
Branco	42,7	1,07 (0,96-1,19)	1,08 (0,94-1,25)	
Não Branco	39,8	1,00	1,00	
Escolaridade da mãe			0,29	-
Analfabeto/fundamental 1 incompleto	44,0	1,00	Excluído	
Fundamental 1 completo até o Ensino Médio	41,5	1,00	Excluído	
Superior completo	45,0	1,02 (0,87-1,19)	Excluído	
Escolaridade o pai			0,42	-
Analfabeto/fundamental 1 incompleto	44,7	1,04 (0,87-1,24)	Excluído	
Fundamental 1 completo até o Ensino Médio	41,5	1,00	Excluído	
Superior completo	42,8	1,00	Excluído	
Nível socioeconômico (ABEP)			<0,0 1	0,20
Alta	51,6	1,42 (1,20-1,69)	1,21 (0,958-1,531)	
Média	42,5	1,17 (1,04-1,32)	1,15 (0,973-1,369)	
Baixa	36,1	1,00	1,00	
Atividade Profissional			<0,0 1	0,02
Não	37,6	1,00	1,00	
Sim	50,1	1,33 (1,23-1,44)	1,14 (1,01-1,28)	
Série			0,25	0,31
1º Ano	40,9	1,00	1,00	
2º Ano	41,6	1,01 (0,92-1,11)	0,93 (0,81-1,07)	
3º Ano	44,4	1,08 (0,98-1,19)	1,05 (0,87-1,28)	
Turno			0,06	0,29
Diurno	41,2	1,00	1,00	
Noturno	44,8	1,08 (0,99-1,18)	0,93 (0,81-1,06)	

Reprovação escolar				<0,0 1	0,20
Não	38,9	1,00		1,00	
Sim	48,6	1,25 (1,15-1,35)		1,09 (0,95-1,25)	
Tipo de cidade				0,17	0,16
Grande Porte	41,3	1,00		1,00	
Pequeno Porte	43,9	1,06 (0,97-1,15)		1,13 (0,94-1,35)	
IDH				0,09	0,09
Médio	48,3	1,19 (0,98-1,44)		1,43 (1,03-1,99)	
Alto	43,4	1,07 (0,98-1,16)		1,09 (0,94-1,26)	
Muito Alto	40,5	1,00		1,00	
Autoavaliação da Saúde				0,69	-
Percepção de saúde positiva	41,9	1,00		Excluído	
Percepção de saúde negativa	42,7	1,01 (0,93-1,11)		Excluído	
Nível de atividade Física				0,02	0,13
Ativo	44,0	1,11 (1,01-1,22)		1,09 (0,97-1,21)	
Insuficientemente Ativo	39,4	1,00		1,00	
Frequência de aquisição de doenças				0,36	-
Nunca – Quase nunca	41,3	1,00		Excluído	
Às vezes	42,9	1,03 (0,95-1,11)		Excluído	
Muitas vezes – Quase sempre	46,2	1,11 (0,94-1,31)		Excluído	
Estado Nutricional				0,40	-
Desnutrição	39,9	1,00		Excluído	
Normal	43,9	1,09 (0,93-1,28)		Excluído	
Sobrepeso/Obesidade	44,9	1,12 (0,93-1,34)		Excluído	
Relação sexual precoce				<0,0 1	0,04
Não	32,5	1,00		1,00	
Sim	52,3	1,61 (1,48-1,74)		1,14 (1,01-1,29)	
Consumo experimental de cigarro				<0,0 1	0,05
Não	35,3	1,00		1,00	
Sim	65,8	1,86 (1,73-2,00)		1,16 (0,99-1,36)	
Consumo regular de cigarro				<0,0 1	0,01
Não	38,9	1,00		1,00	
Sim	87,0	2,23 (2,09-2,38)		1,20 (1,03-1,40)	
Consumo experimental de maconha				<0,0 1	<0,01
Não	35,0	1,00		1,00	
Sim	74,8	2,13 (1,99-2,28)		1,60 (1,36-1,88)	
Consumo regular de maconha				<0,0 1	0,74
Não	37,9	1,00		1,00	
Sim	83,3	2,19 (2,05-2,34)		1,02 (0,88-1,18)	
Pai embriagado				<0,0 1	0,08
Não	39,8	1,00		1,00	

Sim	52,5	1,31 (1,20- 1,44)	1,11 (0,98-1,26)
Mãe embriagada			0,01
Não	41,5	1,00	1,00
Sim	51,5	1,24 (1,06- 1,44)	0,85 (0,67-1,08)
Irmão/Irmã embriagado (a)			<0,01
Não	39,1	1,00	1,00
Sim	61,8	1,58 (1,45- 1,72)	1,20 (1,05-1,37)
Melhor amigo embriagado			<0,01
Não	33,5	1,00	1,00
Sim	64,6	1,92 (1,78- 2,07)	1,38 (1,21-1,57)

*valor de p não ajustado (p do qui-quadrado)

**valor de p da análise ajustada (Regressão de Poisson).

4.3.3 Razões de prevalência para consumo experimental de cigarro

Os resultados da análise bruta para o consumo experimental de cigarro estão apresentados na Tabela 7. Em relação aos fatores demográficos, adolescentes não brancos de 17 a 18 anos, do sexo masculino, têm maior propensão para experimentar cigarro. Quanto aos fatores socioeconômicos, adolescentes que exercem atividade profissional, cuja mãe possui o ensino superior completo, têm uma maior propensão para experimentar o cigarro.

No que se refere aos fatores escolares e ambientais, observa-se que os jovens estudantes do período noturno, que passaram pelo processo de reprovação, além de cursarem em escolas situadas nas cidades de Grande Porte e com IDH Muito Alto, têm uma tendência maior para experimentar o cigarro.

Quanto aos fatores relacionados à saúde, a prevalência para experimentar cigarro foi maior entre os adolescentes que tiveram uma percepção de saúde negativa (RP=1,37; IC95%:1,20-1,57), bem como entre aqueles que informaram ter ficado doentes muitas vezes/quase sempre (RP=1,48, IC95%: 1,18-1,86). Já em

relação à prática de atividade física, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os declarantes ativos e os insuficientemente ativos.

Em relação aos comportamentos de risco dos adolescentes. Observa-se que os jovens que experimentaram bebidas alcoólicas têm uma probabilidade 10 (IC95%: 5,87-29,13) vezes maior para experimentar o cigarro do que aqueles que não experimentaram.

Verifica-se também que os adolescentes que praticaram sexo precoce, consumiram bebidas regularmente, bem como experimentaram ou consumiram maconha regularmente, têm uma probabilidade de duas a seis vezes maiores para experimentar cigarro do que seus pares que relataram não ter cometido estas práticas. Além disso, adolescentes que possuem pais, irmãos e melhores amigos que consomem cigarro também são mais propensos a experimentar o cigarro.

Na análise de regressão ajustada (Tabela 7), experimentar ou consumir regularmente bebidas alcoólicas, experimentar maconha, bem como possuir um melhor amigo que fuma cigarro regularmente, permaneceram no modelo. Sendo os adolescentes que experimentaram bebidas alcoólicas ou experimentaram maconha, três e quatro vezes mais propensos para experimentar o cigarro do que aqueles que não experimentaram, respectivamente.

Tabela 7 - Razões de prevalência (RP) para consumo experimental de cigarro

Variável	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	Prevalência (%)	RP (95%IC)	p*	RP (95%IC)	p**
Idade			<0,01		0,75
14-16	18,8	1,00		1,00	
17-18	27,4	1,45 (1,27-1,65)		0,96 (0,75-1,22)	
Sexo			0,03		0,33
Feminino	20,6	1,00		1,00	
Masculino	23,8	1,15 (1,02-1,31)		0,91 (0,76-1,09)	
Cor da Pele			0,02		0,78
Branco	20,7	1,00		1,00	
Não Branco	24,8	1,19 (1,02-1,39)		0,96 (0,77-1,20)	
Escolaridade da mãe			0,02		0,59
Analfabeto/fundamental 1 incompleto	20,3	1,00		1,00	
Fundamental 1 completo até o Ensino Médio	21,5	1,06 (0,85-1,31)		0,89 (0,64-1,24)	
Superior completo	27,2	1,34 (1,03-1,73)		0,98 (0,66-1,46)	
Escolaridade do pai			0,23		0,68
Analfabeto/fundamental 1 incompleto	22,7	1,00		1,00	
Fundamental 1 completo até o Ensino Médio	20,9	1,00		0,95 (0,69-1,29)	
Superior completo	25,0	1,10 (0,84-1,43)		0,84 (0,56-1,27)	
Nível socioeconômico (ABEP)			0,01		0,67
Alta	28,6	1,23 (0,95-1,59)		1,08 (0,75-1,56)	
Média	20,5	1,00		0,95 (0,73-1,24)	
Baixa	23,2	1,00		1,00	
Atividade Profissional			0,01		0,59
Não	19,8	1,00		1,00	
Sim	26,7	1,35 (1,19-1,53)		0,95 (0,79-1,14)	
Série			0,25		0,28
1º Ano	21,2	1,00		1,00	
2º Ano	21,3	1,01 (0,86-1,16)		1,20 (0,95-1,50)	
3º Ano	23,9	1,12 (0,96-1,31)		1,11 (0,83-1,49)	
Turno			<0,01		0,50
Diurno	20,8	1,00		1,00	
Noturno	25,8	1,23 (1,08-1,41)		1,06 (0,881-1,29)	
Reprovação escolar			<0,01		0,05
Não	18,4	1,00		1,00	
Sim	29,6	1,61 (1,42-1,82)		1,24 (0,99-1,54)	
Tipo de cidade			<0,01		0,98
Grande Porte	25,1	1,76 (1,49-2,08)		0,996 (0,72-1,37)	
Pequeno Porte	14,2	1,00		1,00	
IDH			<0,01		0,11
Médio	10,9	1,00		1,00	
Alto	16,9	1,55 (0,91-2,61)		0,99 (0,48-2,02)	
Muito Alto	27,1	2,48 (1,47-4,16)		1,26 (0,60-2,65)	
Autoavaliação da Saúde			<0,01		0,31
Percepção de saúde Positiva	20,3	1,00		1,00	
Percepção de Saúde Negativa	27,9	1,37 (1,20-1,57)		1,11 (0,90-1,37)	

Frequência de aquisição de doenças			0,05	0,78
Nunca – Quase nunca	21,0	1,00	1,00	
Às vezes	22,6	1,07 (0,94-1,23)	0,98 (0,81-1,19)	
Muitas vezes – Quase sempre	31,2	1,48 (1,18-1,86)	1,10 (0,80-1,53)	
Estado Nutricional			0,41	-
Desnutrição	25,2	1,03 (0,79-1,34)	Excluído	
Normal	22,2	1,00	Excluído	
Sobrepeso/Obesidade	24,4	1,00	Excluído	
Nível de atividade física			0,19	0,31
Ativo	20,2	1,00	1,00	
Insuficientemente Ativo	22,4	1,10 (0,49-1,29)	1,09 (0,91-1,30)	
Relação sexual precoce			<0,01	0,12
Não	12,0	1,00	1,00	
Sim	32,9	2,74 (2,38-3,15)	1,19 (0,95-1,50)	
Consumo experimental de bebidas alcoólicas			<0,01	<0,01
Não	2,3	1,00	1,00	
Sim	24,8	10,87 (5,87-20,13)	3,74 (1,56-8,93)	
Consumo regular de bebidas alcoólicas			<0,01	0,01
Não	13,0	1,00	1,00	
Sim	34,6	2,65 (2,32-3,03)	1,31 (1,06-1,62)	
Consumo exp. maconha			<0,01	<0,01
Não	11,4	1,00	1,00	
Sim	71,4	6,25 (5,59-7,00)	4,71 (3,74-5,94)	
Consumo reg. maconha			<0,01	0,29
Não usuário	17,1	1,00	1,00	
Usuário	73,7	4,31 (3,89-4,78)	0,90 (0,73-1,09)	
Pai fumante			<0,01	0,64
Não	19,1	1,00	1,00	
Sim	28,6	1,49 (1,30-1,71)	0,95 (0,79-1,15)	
Mãe fumante			<0,01	0,86
Não	20,5	1,00	1,00	
Sim	28,5	1,39 (1,20-1,61)	0,98 (0,80-1,20)	
Irmão/ Irmã fumante			<0,01	0,45
Não	20,6	1,00	1,00	
Sim	32,4	1,57 (1,33-1,85)	1,10 (0,85-1,42)	
Melhor amigo fumante			<0,01	<0,01
Não	17,5	1,00	1,00	
Sim	49,6	2,82 (2,50-3,19)	1,54 (1,25-1,90)	

*valor de p não ajustado (p do qui-quadrado).

**valor de p da análise ajustada (Regressão de Poisson)

4.3.4 Razões de prevalência para consumo regular de cigarro

Os resultados da análise bruta para o consumo regular de cigarro estão apresentados na Tabela 8. Em relação aos fatores sociodemográficos, verifica-se que

adolescentes de 17 a 18 anos, do sexo masculino, cujos pais possuem Ensino Fundamental 1 completo até o Ensino Médio ou Ensino Superior completo, bem como exercem atividade profissional, são mais propensos a consumir regularmente cigarro do que os adolescentes que não apresentam estas características.

Quanto aos fatores ambientais e escolares, os jovens que frequentam escolas de cidades de Grande Porte, com IDH Alto (tendência de 5,67 vezes maior, comparado a cidades com IDH Médio) e Muito Alto (tendência de 9,67 vezes maior, comparado a cidades com IDH Médio), bem como estudam no período noturno e já reprovaram pelo menos uma vez, são mais propensos para consumir cigarro regularmente, comparando com os jovens que não apresentam estas características.

No que se refere aos fatores relacionados à saúde, a prevalência para os adolescentes com percepção negativa de saúde, bem como os que relataram ficar doentes às vezes, é maior para consumir cigarro regularmente.

Quanto ao nível de atividade física, não houve diferença significativa entre os adolescentes ativos e os insuficientemente ativos em relação ao consumo regular de cigarro.

Em relação às questões de comportamento de risco, os resultados revelaram que os adolescentes que tiveram relação sexual precoce têm proporção 4,97 vezes maior para consumir cigarro regularmente do que os adolescentes que relataram não ter este comportamento. Quanto ao consumo regular de bebidas alcoólicas dos adolescentes a proporção é 9,23 vezes maior para consumir cigarro regularmente entre aqueles que declararam beber regularmente. Já em relação a experimentar a maconha e consumir maconha regularmente as proporções chegam a ser 16,76 e 12,96

vezes maior, respectivamente, para consumir cigarro regularmente do que para os adolescentes que declararam não ter este tipo de prática. No que se refere ao consumo experimental de bebidas alcoólicas, não houve a possibilidade de análise do resultado. Quanto à exposição dos adolescentes ao hábito de fumar dos pais, irmãos e amigos, a proporção é maior para adquirir este comportamento, sendo que adolescentes que possuem melhores amigos que consomem cigarro regularmente têm probabilidade 7,08 vezes maior para o consumo regular do mesmo.

Na análise de regressão ajustada (Tabela 8), o turno de estudo, o grau de escolaridade da mãe ($RP_{\text{fundamental1/completo/Ensino médio}}=2,58$; $IC95\%:1,02-6,50$; $RP_{\text{Ensino superior}}=2,86$; $IC95\%: 1,07-7,63$) a percepção de saúde negativa, a prática sexual precoce, o consumo regular de bebidas alcoólicas ($RP=3,76$; $IC95\%:2,20-6,42$), o consumo experimental de maconha ($RP=5,21$; $IC95\%:3,09-8,78$), bem como ter melhores amigos que consomem cigarro regularmente ($RP=3,01$; $IC95\%:2,06-4,41$), permaneceram no modelo.

Tabela 8 - Razões de prevalência (RP) para consumo regular de cigarro

Variável	Prevalência (%)	Análise Bruta		Análise Ajustada	
		RP (95%IC)	p*	PR (95%IC)	p**
Idade			<0,01		0,54
14-16	5,1	1,00		1,00	
17-18	8,4	1,65 (1,26-2,15)		1,11 (0,79-1,55)	
Sexo			0,01		0,85
Feminino	5,4	1,00		1,00	
Masculino	7,6	1,39 (1,08-1,80)		1,03 (0,75-1,40)	
Cor da Pele			0,21		0,54
Branco	5,9	1,00		1,00	
Não Branco	7,3	1,23 (0,89-1,70)		1,11 (0,78-1,60)	
Escolaridade da mãe			<0,01		0,10
Analfabeto/fundamental I incompleto	3,0	1,00		1,00	
Fundamental I completo até o Ensino Médio	6,3	2,08 (1,14-3,79)		2,58 (1,02-6,50)	
Superior completo	9,9	3,27 (1,71-6,28)		2,86 (1,07-7,63)	
Escolaridade o pai			0,018		0,56
Analfabeto/fundamental I incompleto	5,2	1,00		1,00	
Fundamental I completo até o Ensino Médio	5,9	1,12 (0,74-1,70)		0,76 (0,43-1,32)	
Superior completo	10,1	1,94 (1,14-3,28)		0,86 (0,43-1,71)	
Nível Socioeconômico (ABEP)			0,38		-
Alta	8,5	1,41 (0,82-2,42)		Excluído	
Média	6,2	1,03 (0,71-1,48)		Excluído	
Baixa	6,0	1,00		Excluído	
Atividade Profissional			0,01		0,98
Não	5,5	1,00		1,00	
Sim	8,3	1,50 (1,16-1,94)		0,99 (0,73-1,35)	
Série			0,70		-
1º Ano	6,1	1,00		Excluído	
2º Ano	6,9	1,13 (0,84-1,51)		Excluído	
3º Ano	6,3	1,04 (0,75-1,45)		Excluído	
Turno			<0,01		0,04
Diurno	5,5	1,00		1,00	
Noturno	8,8	1,58 (1,22-2,06)		1,39 (1,01-1,92)	
Reprovação escolar			<0,01		0,80
Não	5,2	1,00		1,00	
Sim	8,9	1,71 (1,33-2,21)		0,96 (0,68-1,34)	
Tipo de cidade			<0,01		0,11
Grande Porte	7,3	1,79 (1,28-2,50)		0,65 (0,37-1,11)	
Pequeno Porte	4,1	1,00		1,00	
IDH			<0,01		0,28
Médio	0,8	1,00		1,00	
Alto	4,7	5,67 (0,78-40,07)		2,78 (0,49-15,88)	
Muito Alto	8,1	9,67 (1,36-68,49)		3,52 (0,59-21,12)	
Autoavaliação da Saúde			<0,01		0,02
Percepção de saúde Positiva	5,2	1,00		1,00	

Percepção de Saúde Negativa	10,2	1,94 (1,50-2,52)	1,48 (1,05-2,10)	
Frequência de aquisição de doenças			0,08	0,16
Nunca – Quase nunca	5,7	1,00	1,00	
Às vezes	7,5	1,31 (1,01-1,72)	1,29 (0,93-1,78)	
Muitas vezes – Quase sempre	8,2	1,44 (0,86-2,41)	0,71 (0,34-1,50)	
Estado Nutricional			0,57	-
Desnutrição	7,4	1,31 (0,74-2,32)	Excluído	
Normal	6,8	1,21 (0,80-1,84)	Excluído	
Sobrepeso/Obesidade	5,6	1,00	Excluído	
Nível de atividade física			0,73	-
Ativo	6,1	1,05 (0,76-1,45)	Excluído	
Insuficientemente Ativo	5,7	1,00	Excluído	
Relação sexual precoce			<0,01	0,03
Não	2,2	1,00	1,00	
Sim	10,9	4,97 (3,55-6,96)	1,64 (1,02-2,63)	
Consumo experimental de bebidas alcoólicas			<0,01	-
Não	0,0	1,00	1,00	
Sim	7,3	?E	E	
Consumo regular de bebidas alcoólicas			<0,01	<0,01
Não	1,4	1,00	1,00	
Sim	13,3	9,23 (6,29-13,56)	3,76 (2,20-6,42)	
Consumo exp. maconha			<0,01	<0,01
Não	1,7	1,00	1,00	
Sim	28,4	16,76 (12,36-22,73)	5,21 (3,09-8,78)	
Consumo reg. maconha			<0,01	0,21
Não usuário	3,1	1,00	1,00	
Usuário	40,6	12,96 (10,22-16,42)	1,31 (0,85-2,02)	
Pai fumante			<0,01	0,26
Não	5,5	1,00	1,00	
Sim	8,4	1,53 (1,15-2,02)	0,83 (0,61-1,14)	
Mãe fumante			<0,01	0,19
Não	5,5	1,00	1,00	
Sim	10,1	1,83 (1,38-2,44)	1,26 (0,89-1,78)	
Irmão/ Irmã fumante			<0,01	0,07
Não	5,9	1,00	1,00	
Sim	11,5	1,95 (1,42-2,68)	0,66 (0,42-1,03)	
Melhor amigo fumante			<0,01	<0,01
Não	3,5	1,00	1,00	
Sim	24,6	7,08 (5,49-9,13)	3,01 (2,06-4,41)	

*valor de p não ajustado (p do qui-quadrado).

**valor de p da análise ajustada (Regressão de Poisson).

4.3.5 Razões de prevalência para consumo experimental de maconha

Os resultados da análise bruta referentes ao consumo experimental de maconha estão apresentados na Tabela 9. Com relação às questões demográficas, os

adolescentes de cor não branca, de 17 a 18 anos do sexo masculino, têm uma probabilidade maior para experimentar maconha do que aqueles que não apresentam estas características. Quanto aos fatores socioeconômicos, adolescentes cujos pais apresentam o ensino fundamental 1 completo até o ensino médio e ensino superior completo são mais propensos a experimentar maconha, sendo duas vezes maior a probabilidade para aqueles que possuem mães com ensino superior completo. Além disso, os estudantes que exercem atividade profissional e que pertencem à classe alta têm uma prevalência de 43% e 65%, respectivamente, maior para experimentar maconha do que aqueles que não apresentam estas características.

Nas questões ambientais, a probabilidade dos estudantes de escolas situadas em cidades de Grande Porte para experimentar maconha é 3,43 vezes maior do que aqueles que estudam em escolas de cidades de Pequeno Porte. Em relação ao IDH, os adolescentes pertencentes a cidades classificadas com IDH Alto e Muito Alto têm probabilidade 2,75 e 5,62 vezes maior, respectivamente, para experimentar maconha, comparado àqueles de cidades com IDH médio.

Nas questões escolares, adolescentes do terceiro ano do período noturno e que já sofreram reprovação escolar têm maior propensão para experimentar maconha.

Em relação às questões de saúde, a percepção de saúde negativa esteve estatisticamente associada ao consumo experimental de maconha. Sendo que os adolescentes que tiveram esta percepção têm probabilidade 30% maior para experimentar maconha.

Quanto ao nível de atividade física, não houve diferenças significativas entre os adolescentes que se classificaram como ativos e os insuficientemente ativos.

Nas questões relacionadas ao comportamento de risco, adolescentes que tiveram relação sexual precoce têm probabilidade 3,93 vezes maior para experimentar maconha. Entre os jovens que experimentaram e os que consumiram bebidas alcoólicas regularmente, a prevalência é de 12,40 e 4,08 vezes maior, respectivamente, para experimentar maconha do que para aqueles que declararam não ter este tipo de comportamento. Já no que diz respeito ao consumo experimental e regular de cigarro, a probabilidade para experimentar maconha é 8,86 e 5,81 vezes maior, respectivamente, do que para aqueles que declararam não ter este tipo de comportamento. Quanto ao consumo de familiares e amigos, os jovens que possuem pai, mãe, irmãos e/ou melhores amigos que consomem maconha regularmente têm probabilidade de 3 a 5 vezes maior de experimentar maconha, comparando com aqueles que declararam não conviver com pessoas que apresentam este tipo de comportamento.

Na análise de regressão ajustada (tabela 5), o tipo de cidade (RP=2,47; IC95%:1,70-3,59), a relação sexual precoce (RP=1,65; IC95%:1,31-2,07), o consumo experimental de bebidas alcoólicas (RP=3,29; IC95%:1,08-10,07), o consumo regular bebidas alcoólicas (RP=1,99; IC95%:1,60-2,47), consumo experimental de cigarro (RP=5,00; IC95%:3,90-6,42), bem como ter amigos que consomem maconha regularmente (1,83; IC95%:1,50-2,21), permaneceram no modelo.

Tabela 9 - Razões de prevalência (RP) para consumo experimental de maconha

Variável	Prevalência (%)	Análise Bruta		Análise Ajustada	
		RP (95%IC)	p*	RP (95%IC)	p**
Idade			<0,01		0,28
14-16	14,5	1,00		1,00	
17-18	22,7	1,56 (1,34-1,81)		0,87 (0,69-1,11)	
Sexo			<0,01		0,10
Feminino	15,4	1,00		1,00	
Masculino	20,1	1,30 (1,12-1,50)		1,15 (0,91-1,36)	
Cor da Pele			0,01		0,15
Branco	16,5	1,00		1,00	
Não Branco	20,6	1,25 (1,04-1,49)		1,16 (0,94-1,42)	
Escolaridade da mãe			<0,01		0,73
Analfabeto/fundamental 1 incompleto	12,1	1,00		1,00	
Fundamental 1 completo até o Ensino Médio	17,2	1,42 (1,07-2,79)		1,15 (0,80-1,65)	
Superior completo	24,3	2,01 (1,46-2,79)		1,15 (0,77-1,715)	
Escolaridade o pai			<0,01		0,18
Analfabeto/fundamental 1 incompleto	12,6	1,00		1,00	
Fundamental 1 completo até o Ensino Médio	17,4	1,38 (1,07-1,77)		1,11 (0,82-1,49)	
Superior completo	22,3	1,77 (1,27-2,45)		0,88 (0,60-1,28)	
Nível socioeconômico (ABEP)			<0,01		0,17
Alta	25,4	1,65 (1,23-2,23)		1,33 (0,94-1,88)	
Média	16,6	1,08 (0,87-1,34)		1,23 (0,96-1,57)	
Baixa	15,3	1,00		1,00	
Atividade Profissional			<0,01		0,52
Não	15,3	1,00		1,00	
Sim	21,9	1,43 (1,24-1,65)		1,05 (0,88-1,26)	
Série			0,09		0,59
1º Ano	16,7	1,00		1,00	
2º Ano	16,8	1,004 (0,84-1,19)		1,11 (0,89-1,39)	
3º Ano	20,0	1,19 (1,01-1,42)		1,12 (0,85-1,48)	
Turno			0,11		0,58
Diurno	17,0	1,00		1,00	
Noturno	19,3	1,13 (0,97-1,32)		1,05 (0,87-1,27)	
Reprovação escolar			<0,01		0,06
Não	14,0	1,00		1,00	
Sim	25,2	1,80 (1,56-2,07)		1,21 (0,99-1,48)	
Tipo de cidade			<0,01		<0,01
Grande Porte	22,0	3,43 (2,67-4,41)		2,47 (1,70-3,59)	
Pequeno Porte	6,4	1,00		1,00	
IDH			<0,01		0,75
Médio	4,2	1,00		1,00	
Alto	11,6	2,75 (1,15-6,56)		0,88 (0,31-2,45)	
Muito Alto	23,6	5,62 (2,37-13,31)		0,94 (0,33-2,71)	
Autoavaliação da Saúde			<0,01		0,45
Percepção de saúde Positiva	16,5	1,00		1,00	
Percepção de Saúde Negativa	21,5	1,30 (1,12-1,52)		0,93 (0,77-1,11)	

Frequência de aquisição de doenças			0,16	0,62
Nunca – Quase nunca	16,7	1,00	1,00	
Às vezes	19,0	1,13 (0,97-1,32)	1,03 (0,86-1,22)	
Muitas vezes – Quase sempre	20,4	1,22 (0,90-1,64)	0,87 (0,62-1,22)	
Estado Nutricional			0,64	-
Desnutrição	20,1	1,02 (0,75-1,38)	Excluído	
Normal	18,2	1,00	Excluído	
Sobrepeso/Obesidade	19,7	1,00	Excluído	
Nível de ativ. física			0,92	-
Ativo	17,1	1,00	Excluído	
Insuficientemente Ativo	17,3	1,01 (0,84-1,20)	Excluído	
Relação sexual precoce			<0,01	<0,01
Não	7,4	1,00	1,00	
Sim	29,0	3,93 (3,28-4,69)	1,65 (1,31-2,07)	
Consumo experimental de bebidas alcoólicas			<0,01	0,04
Não	1,6	1,00	1,00	
Sim	19,9	12,40 (5,93-25,96)	3,29 (1,08-10,07)	
Consumo regular de bebidas alcoólicas			<0,01	<0,01
Não	7,7	1,00	1,00	
Sim	31,5	4,08 (3,45-4,83)	1,99 (1,60-2,47)	
Consumo exp. cigarro			<0,01	<0,01
Não	6,5	1,00	1,00	
Sim	57,2	8,86 (7,59-10,34)	5,00 (3,90-6,42)	
Consumo reg. cigarro			<0,01	0,87
Não	13,4	1,00	1,00	
Sim	78,1	5,81 (5,20-6,49)	1,01 (0,85-1,20)	
Pai usuário de maconha			<0,01	0,18
Não	15,7	1,00	1,00	
Sim	56,2	3,58 (2,96-4,31)	1,22 (0,91-1,64)	
Mãe usuária de maconha			<0,01	0,22
Não	16,7	1,00	1,00	
Sim	68,0	4,07 (3,31-4,99)	1,26 (0,87-1,82)	
Irmão/Irmã usuário (a) de maconha			<0,01	0,16
Não	15,4	1,00	1,00	
Sim	54,2	3,52 (3,00-4,12)	1,17 (0,94-1,46)	
Melhor amigo usuário de maconha			<0,01	<0,01
Não	10,8	1,00	1,00	
Sim	61,5	5,68 (4,99-6,46)	1,83 (1,50-2,21)	

*valor de p não ajustado (p do qui-quadrado).

**valor de p da análise ajustada (Regressão de Poisson).

4.3.6 Razões de prevalência para consumo regular de maconha

Os resultados da análise sobre o consumo regular de maconha estão na Tabela 10. Nas questões

demográficas, adolescentes de 17 a 18 anos, cor não branca, masculino, têm maior propensão consumir maconha regularmente do que aqueles que não têm estas características.

Nas questões socioeconômicas, adolescentes que exercem atividade profissional, cujos pais com ensino fundamental 1 completo até o ensino médio e superior completo, têm uma tendência maior para consumir maconha regularmente, sendo aproximadamente quatro vezes maior para aqueles que possuem mãe com ensino superior completo e aproximadamente duas vezes maior para aqueles que possuem pai com ensino superior completo. Sobre o nível socioeconômico, os adolescentes pertencentes à classe Alta têm uma probabilidade de 78% maior para consumir maconha regularmente do que aqueles pertencentes às outras classes.

Nas questões ambientais, a probabilidade dos estudantes de escolas situadas em cidades de Grande Porte para consumir maconha regularmente é 3,96 vezes maior do que aqueles que estudam em cidades de Pequeno Porte. Nas questões escolares, adolescentes que estudam no período noturno, e que já sofreram reprovação escolar, têm maior propensão para consumir maconha regularmente.

Nas questões sobre saúde, a percepção de saúde negativa e a frequência de aquisição de doenças estão estatisticamente associadas ao consumo regular de maconha. Sendo que a prevalência de percepção de saúde negativa é 47% maior entre aqueles que consomem maconha regularmente do que aqueles com percepção de saúde positiva. Quanto ao nível de atividade física, não houve diferença significativa entre os ativos e insuficientemente ativos.

Sobre o comportamento de risco, adolescentes que tiveram relação sexual precoce têm probabilidade 4,51

vezes maior para consumir maconha regularmente do que aqueles que não tiveram relação. Entre os jovens que experimentaram e consumiram regularmente bebidas alcoólicas têm probabilidade de 5,14 e 6,92 vezes maior, respectivamente, para consumir maconha regularmente do que aqueles que declararam não ter este tipo de comportamento. Já entre os jovens que experimentaram e consumiram regularmente cigarro têm probabilidade de 9,97 e 10,11 vezes maior, respectivamente, para consumir maconha regularmente. No consumo regular de maconha por familiares e amigos, os jovens que possuem pai, mãe, irmãos e melhores amigos que consomem maconha regularmente, têm propensão entre 5,09 a 11,45 vezes maior para consumir maconha regularmente do que aqueles que declararam não conviver com pessoas que apresentam este tipo de comportamento.

Na análise de regressão ajustada as variáveis sexo ($RP_{\text{masculino}}=1,76$; $IC95\%:1,32-2,34$), tipo de cidade ($RP_{\text{Grande Porte}}=2,23$; $IC95\%:1,30-3,82$), relação sexual precoce ($RP=1,73$; $IC95\%:1,20-2,48$), consumo regular de bebidas alcoólicas ($RP=2,90$; $IC95\%:1,88-4,49$), consumo experimental de cigarro ($RP=3,87$; $IC95\%=2,56-5,84$), consumo regular de cigarro ($RP=1,49$; $IC95\%=1,12-1,97$), possuir irmão/irmã que consome maconha regularmente ($RP=1,40$; $IC95\%=1,02-1,92$), possuir melhores amigos que consomem maconha regularmente ($RP=2,86$; $IC95\%=2,03-4,04$), permaneceram no modelo (Tabela 10).

Tabela 10 - Razões de prevalência (RP) para consumo regular de maconha

Variável	Prevalência (%)	Análise Bruta		Análise Ajustada	
		RP (95%IC)	p*	RP (95%IC)	p**
Idade			<0,01		0,21
14-16	7,2	1,00		1,00	
17-18	11,1	1,54 (1,22-1,93)		0,83 (0,62-1,10)	
Sexo			<0,01		<0,01
Feminino	6,6	1,00		1,00	
Masculino	11,0	1,65 (1,32-2,06)		1,76 (1,32-2,34)	
Cor da Pele			0,04		0,08
Branco	7,9	1,00		1,00	
Não Branco	10,4	1,32 (1,01-1,72)		1,32 (0,96-1,83)	
Escolaridade da mãe			<0,01		0,04
Analfabeto/fundamental I incompleto	3,3	1,00		1,00	
Fundamental I completo até o Ensino Médio	8,2	2,48 (1,40-4,39)		1,44 (0,69-3,01)	
Superior completo	15,6	4,74 (2,60-8,83)		2,11 (0,95-4,70)	
Escolaridade o pai			<0,01		0,62
Analfabeto/fundamental I incompleto	5,4	1,00		1,00	
Fundamental I completo até o Ensino Médio	8,1	1,49 (1,01-2,21)		1,12 (0,67-1,85)	
Superior completo	14,0	2,57 (1,59-4,16)		0,93 (0,50-1,71)	
Nível socioeconômico			<0,01		0,84
Alta	14,5	1,78 (1,16-2,73)		0,97 (0,56-1,65)	
Média	8,0	1,00		0,89 (0,59-1,34)	
Baixa	8,2	1,00		1,00	
Atividade Profissional			<0,01		0,81
Não	7,4	1,00		1,00	
Sim	10,8	1,45 (1,17-1,81)		1,03 (0,79-1,34)	
Série			0,66		-
1º Ano	8,2	1,00		Excluído	
2º Ano	8,5	1,03 (0,79-1,32)		Excluído	
3º Ano	9,3	1,13 (0,86-1,48)		Excluído	
Turno			0,24		0,37
Diurno	8,3	1,00		1,00	
Noturno	9,5	1,15 (0,90-1,46)		0,87 (0,65-1,17)	
Reprovação escolar			<0,01		0,19
Não	7,0	1,00		1,00	
Sim	11,9	1,69 (1,36-2,11)		1,21 (0,90-1,61)	
Tipo de cidade			<0,01		<0,01
Grande Porte	10,9	3,96 (2,68-5,84)		2,23 (1,30-3,82)	
Pequeno Porte	2,7	1,00		1,00	
IDH			<0,01		0,77
Médio	0,0	1,00		E	
Alto	5,3	E		E	
Muito Alto	12,0			E	
Autoavaliação da Saúde			<0,01		0,43
Percepção de saúde (+)	7,7	1,00		1,00	
Percepção de Saúde (-)	11,4	1,47 (1,17-1,85)		0,90 (0,69-1,16)	
Frequência de aquisição de doenças			0,07		0,55
Nunca – Quase nunca	8,0	1,00		1,00	
Às vezes	9,1	1,14 (0,90-1,44)		0,92 (0,69-1,22)	

Muitas vezes – Quase sempre	12,7	1,59 (1,06-2,39)	1,23 (0,74-2,06)	
Estado Nutricional			0,76	-
Desnutrição	10,2	1,18 (0,74-1,89)		
Normal	8,9	1,03 (0,74-1,45)	Excluído	
Sobrepeso/Obesidade	8,6	1,00	Excluído	
Nível de atividade física			0,51	-
Ativo	7,9	1,00	Excluído	
Insuficientemente Ativo	8,6	1,09 (0,83-1,43)	Excluído	
Relação sexual precoce			<0,01	<0,01
Não	3,2	1,00	1,00	
Sim	14,6	4,51 (3,42-5,96)	1,73 (1,20-2,48)	
Consumo experimental de bebidas alcoólicas			<0,01	0,64
Não	1,9	1,00	1,00	
Sim	9,5	5,14 (2,56-10,30)	0,79 (0,29-2,13)	
Consumo regular de bebidas alcoólicas			<0,01	<0,01
Não	2,5	1,00	1,00	
Sim	17,1	6,92 (5,14-9,31)	2,90 (1,88-4,49)	
Consumo exp. cigarro			<0,01	<0,01
Não	2,9	1,00	1,00	
Sim	28,8	9,97 (7,81-12,73)	3,87 (2,56-5,84)	
Consumo reg. cigarro			<0,01	<0,01
Não	5,4	1,00	1,00	
Sim	54,8	10,11 (8,38-12,18)	1,49 (1,12-1,97)	
Pai usuário de maconha			<0,01	0,65
Não	7,4	1,00	1,00	
Sim	37,5	5,09 (3,85-6,71)	1,11 (0,69-1,81)	
Mãe usuária de maconha			<0,01	0,14
Não	7,8	1,00	1,00	
Sim	50,0	6,37 (4,72-8,62)	1,54 (0,86-2,79)	
Irmão/Irmã usuário (a) de maconha			<0,01	0,03
Não	6,7	1,00	1,00	
Sim	38,0	5,67 (4,50-7,13)	1,40 (1,02-1,92)	
Melhor amigo usuário de maconha			<0,01	<0,01
Não	3,6	1,00	1,00	
Sim	41,5	11,45 (9,19-14,28)	2,86 (2,03-4,04)	

*valor de p não ajustado (p do qui-quadrado).

**valor de p da análise ajustada (Regressão de Poisson).

4.4 DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 10% das populações dos centros urbanos situados em todo o mundo, consomem substâncias psicoativas de forma abusiva, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003; SILVA, 2014). Além

disso, estudos apontam que o início do consumo destas substâncias ocorre principalmente na adolescência (CARLINI et al., 2010; PÉREZ et al., 2010; WU; LIU; FAN, 2010; FRAGA et al., 2011; HEMPHILL et al., 2011; HARAKEH et al., 2012; MALMBERG et al., 2012; KAAI et al., 2013; SANCHEZ et al., 2013; SILVA, 2014; SILVA-OLIVEIRA et al., 2014), sendo o álcool e o tabaco as drogas mais consumidas e, juntamente com a maconha, consideradas como porta de entrada para drogas mais pesadas (BAGGIO et al., 2013; MOSS, 2014). Desta forma, o presente estudo objetivou verificar as prevalências e fatores associados ao consumo experimental e regular de álcool, cigarro e maconha entre os adolescentes escolares de 14 a 18 anos.

Os resultados revelaram um alto consumo de álcool entre os jovens investigados, tendo uma prevalência de 87,6% para os que declararam tê-lo experimentado e 42,1% entre os jovens que declararam consumi-lo regularmente. Enquanto que para o consumo de cigarro as prevalências foram de 22,0% para os grupos que declararam ter experimentado e 6,4% para os grupos que declararam consumi-lo regularmente; e para aqueles que declararam ter experimentado e consumido regularmente maconha, as prevalências foram 17,6% e 8,6%, respectivamente. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com jovens americanos, revelando que 36% dos adolescentes relataram ter consumido álcool, 9% declararam ter consumido cigarro e 14% declararam ter consumido maconha no último ano (GONCY; MRUG, 2013). Entretanto, em um levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), cujo objetivo foi investigar as prevalências de consumo de drogas por adolescentes nas 27 capitais brasileiras (CARLINI et al., 2010), os pesquisadores

compararam os dados de 2004 com os de 2010 e apontaram uma diminuição nas prevalências de consumo de álcool (65,2% a 59,3%), tabaco (24,9% a 17,95%) e maconha (5,9% a 5,8%), contudo, na cidade de Florianópolis ocorreu exatamente o oposto, houve um aumento no consumo de álcool (64,9% a 69,8%) e maconha (6,2% a 13,5%), o que não ocorreu em relação ao tabaco (23,1% a 20,2%).

Nesta análise, especificamente, observou-se que o consumo das drogas investigadas está associado a diversas causas, como as questões sociodemográficas, de escolaridade, ambientais, de saúde, e de outros comportamentos de risco (probabilidade para consumir outras drogas e relação sexual precoce), bem como questões psicossociais (influência do consumo abusivo pelos familiares e melhores amigos). No que se refere à associação entre o uso de drogas e as variáveis sociodemográficas os resultados revelaram que o consumo experimental de álcool está associado à idade e ao grau de escolaridade do pai, ao passo que o consumo regular do mesmo esteve associado apenas à atividade profissional do adolescente. Já o grau de escolaridade da mãe esteve associado ao consumo regular de cigarro, enquanto que o sexo associou-se ao consumo regular de maconha.

No que diz respeito a idade, os dados do presente estudo apresentaram uma menor propensão dos adolescentes de 17 a 18 anos experimentarem bebidas alcoólicas. Uma possível explicação para este resultado é que a fase de experimentação de bebidas alcoólicas ocorre geralmente entre os adolescentes menores de 15 anos, e que a mudança do tipo de consumo, quanto a sua intensidade e regularidade, aumenta entre os adolescentes mais velhos (VASTERS; PILLON, 2011; SANCHES et al., 2013).

Em relação ao sexo, verifica-se que os meninos apresentam maiores prevalências quanto ao consumo regular de todas as substâncias, entretanto, apenas o consumo regular de maconha mostrou-se significativo na análise ajustada, revelando que estes jovens têm uma tendência 76% maior para engajarem-se neste comportamento do que as meninas. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Goncy e Mrug (2013), em que o mesmo observou que os meninos consomem mais maconha do que as meninas. Isto pode ser devido à permissividade do grupo masculino para a aquisição destes hábitos (ZHEN-DUAN; TAYLOR, 2014). Contudo, outros estudos mostram que o consumo de drogas pelo sexo feminino está aumentando, tais como em Ariza et al. (2014), cuja investigação sobre o consumo de cigarro entre meninos e meninas as revelou como maiores consumidoras. Já o estudo de Malbergier et al. (2012), que investigaram as prevalências de consumo de álcool, cigarro e outras drogas em uma amostra brasileira, não encontrou diferença significativa entre os sexos. Esta diminuição da diferença entre os sexos para o consumo de drogas pode estar relacionada às mudanças nos comportamentos sociais das meninas, como mudanças nos papéis de gênero, estrutura familiar, disputas por espaço no mercado de trabalho, entre outros fatores (MALBERGIER et al. 2012; SCHINKE; FANG; COLE, 2008).

O nível de escolaridade do pai e da mãe apontou que os adolescentes cujo pai é analfabeto, possui o ensino fundamental incompleto ou cursou apenas até o ensino médio são mais propensos a experimentar bebidas alcoólicas. Já os adolescentes cujas mães possuem o ensino fundamental completo, cursaram até ensino médio completo ou possuem o ensino superior completo, são mais propensos a consumir cigarros regularmente. No

estudo de Kázmér et al. (2014), verificou-se o consumo de álcool, maconha e cigarro em um grupo de 7.676 adolescentes de 15 a 16 anos da República Tcheca, e observaram na análise bruta das variáveis que o consumo diário de tabaco e episódios de embriaguez estiveram associadas ao baixo nível de escolaridade do pai. Embora não verificassem estas mesmas associações na análise ajustada, os autores entendem que estes hábitos podem ocorrer devido aos diferentes padrões de comportamentos relacionados ao grau de escolaridade dos pais, sendo que os homens adultos cujo grau de escolaridade é baixo são mais propensos a beber excessivamente e seu comportamento é adotado como um modelo por seus descendentes (SPILKOVÁ et al., 2011; KÁŽMÉR et al., 2014).

Um outro fator relativo ao nível socioeconômico cuja associação apresentou-se com significância foi a atividade profissional, ou seja, adolescentes que declararam trabalhar tiveram uma tendência 14% maior para consumir bebidas alcoólicas regularmente comparando aos que declararam não trabalhar. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a inserção do adolescente no mercado de trabalho pode estar associada à pobreza, pois quando os jovens se encontram nesta posição são conduzidos a trabalhar em virtude das necessidades de suas famílias (OLIVEIRA et al., 2001) e, conseqüentemente, a independência financeira, a convivência com adultos que utilizam álcool em reuniões de lazer, bem como o estresse causado pelo trabalho podem estar relacionados ao consumo de álcool (CAMPOS et al., 2011). Corroborando com o exposto, em um estudo realizado com adolescentes de Cuiabá (MT) por Souza et al. (2005), foi observado que 81,0% dos adolescentes trabalhadores fazem uso de bebidas alcoólicas, comparado aos não trabalhadores (65,8%). E

no estudo de Do e Finkelsteins (2012), foi observado que os jovens, ao engajarem-se no trabalho remunerado, são mais propensos a iniciarem o consumo de tabaco.

No que se refere às variáveis de escolaridade, os resultados apontaram relação entre o comportamento de risco e o nível de escolaridade dos adolescentes, mostrando que os alunos do segundo ano do ensino médio eram mais propensos a experimentar bebidas alcoólicas. A bibliografia consultada verificou apenas esta relação com o consumo de tabaco (ARIZA et al. 2014; COLE, A.G. LEATHERDALE, S.T, BURKHALTER, R, 2013). Quanto ao turno de estudo, foi observado que os adolescentes estudantes do período noturno eram mais propensos a consumir cigarro regularmente. A literatura apresenta o período noturno como um fator de risco para o consumo de drogas, como podemos ver no estudo de Farias Junior et al. (2009), Martins et al. (2008) e D'orazio (2013).

Com base nos resultados observados no atual estudo, acredita-se que o contexto ambiental em que os adolescentes estão inseridos influencia no comportamento dos mesmos. Neste sentido, foi observado que os adolescentes estudantes de escolas situadas em cidades de grande porte têm uma propensão de 2,47 vezes maior para experimentar maconha, assim como os jovens estudantes de escolas situadas em cidades com IDH muito alto têm uma propensão maior para consumir maconha regularmente, já para o consumo experimental e regular de tabaco e álcool, não houve diferença estatisticamente significativas. Contudo, no estudo de Kázmér et al. (2014), realizado na República Tcheca foi observado um consumo significativo de álcool (OR:1,94) e tabaco (OR:2,14) pelos adolescentes estudantes de cidades com menos de 5.000 habitantes, porém também foi observado uma alta probabilidade dos adolescentes moradores da

capital Praga (OR: 1,58) se tornarem usuários de maconha. Em um estudo realizado com adolescentes latinos dos Estados Unidos observou-se que os adolescentes de áreas rurais têm um alto consumo de tabaco e álcool, enquanto um maior consumo de maconha foi observado em áreas urbanas (ZHEN-DUAN; TAYLOR, 2014).

Estudos apresentam a percepção de saúde como um importante indicador de comportamento de risco dos adolescentes (MENDONÇA; FARIAS JUNIOR, 2012; SOUZA et al., 2010; LOCH; POSSAMAI, 2007). No presente estudo, verificou-se que os jovens cuja percepção de saúde foi negativa, são 48% mais propensos à consumirem cigarro regularmente. Resultados similares foram encontrados nos estudos de Puente et al. (2013) e Souza et al. (2010), os quais observaram que os adolescentes usuários de tabaco são mais propensos a perceberem-se com saúde negativa. Em contrapartida, Loch e Possamai (2007), notaram uma maior proporção de uso abusivo de álcool entre os adolescentes do sexo masculino cuja percepção de saúde foi positiva, e constataram que isto pode ser devido a forma com que estes jovens encaram o consumo de bebidas alcoólicas, não percebendo que o consumo abusivo das mesmas é prejudicial à saúde.

O comportamento de risco foi analisado por meio das variáveis relação sexual precoce, consumo experimental e regular de álcool, tabaco e maconha. E os resultados revelaram uma forte associação entre a relação sexual precoce e todos os três tipos de drogas investigadas neste estudo, principalmente ao consumo regular de tabaco e maconha, porém, o consumo experimental de tabaco não foi estatisticamente significativo. Resultado similar foi encontrado em um estudo realizado com meninas estudantes do ensino médio dos Estados Unidos,

no qual foi observado que o consumo destas substâncias aumentou o risco de iniciação sexual precoce com ou sem um histórico de gravidez na adolescência (CAVAZOS-REHG et al. 2011). Além disso, no levantamento realizado por Oliveira-Campos et al. (2014) nas capitais brasileiras, verificou-se que o uso combinado destas três substâncias aumentou em 32,65 vezes as chances de realizar o coito precoce com e sem camisinha. O uso destas substâncias mais a relação sexual precoce, está fortemente associado ao sexo desprotegido (OLIVEIRA-CAMPOS et al. 2014), e, conseqüentemente, estes comportamentos somados podem acarretar em uma gravidez indesejada, bem como no desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis, tais como a AIDS/HIV (ADAMS et al., 2002; ESSAU, 2011).

Em relação ao consumo de substâncias, estudos mostram que há uma associação significativa entre álcool, tabaco e maconha (KÁŽMÉR et al., 2014; MALTA et al., 2014; LEATHERDALE; AHMED, 2010). No que se refere ao consumo experimental de álcool, adolescentes que relataram ter experimentado cigarro têm uma propensão de 8% maior para experimentar álcool, enquanto que não houve associação estatística significativa para o consumo regular de cigarro e experimentar bebidas alcoólicas. Além disso, adolescentes que declararam ter experimentado maconha tem uma propensão de 7% maior para experimentar bebidas alcoólicas. Quanto ao uso regular de bebidas alcoólicas, adolescentes que declararam ter consumido cigarro regularmente têm uma propensão de 20% maior para consumir o álcool regularmente. Do mesmo modo, adolescentes que relataram ter experimentado maconha têm uma propensão de 60% maior para consumir o álcool regularmente, ao passo que os adolescentes que relataram consumir maconha regularmente não houve associação

estatística. Em um estudo realizado com adolescentes brasileiros (MALTA et al., 2014), foi encontrada uma relação entre o consumo regular de álcool com o consumo experimental e regular de tabaco, bem como experiências com outras drogas (maconha, cocaína, inalantes e etc.).

Quanto ao consumo de tabaco, os adolescentes que reportaram experimentar bebidas alcoólicas têm uma propensão de 3,74 vezes maior para experimentar tabaco, bem como o consumo regular de álcool. No que se refere ao consumo regular de tabaco, os adolescentes que relataram ter experimentado álcool têm uma probabilidade de 3,76 vezes maior para consumir tabaco regularmente. No estudo de Kaai et al. (2014), realizado com estudantes canadenses, foram encontradas tanto a relação do consumo de álcool quanto com o consumo de maconha.

No que se refere ao consumo experimental e regular de maconha, verificou-se associações significativas com o uso de álcool e tabaco, tanto de forma experimental quanto regular. Visto que a probabilidade dos adolescentes que relataram consumir tabaco regularmente foi 49% maior para consumir maconha regularmente, enquanto que para o consumo de bebidas alcoólicas esta probabilidade aumentou em 2,90 vezes. Em um estudo longitudinal, realizado com adolescentes holandeses, foi encontrado que o início precoce de consumo de tabaco ou de álcool aumentaram os riscos para a introdução dos jovens ao consumo de maconha, aumentando esta probabilidade quando comparado ao uso simultâneo de álcool e tabaco (MALMBERG et al., 2012).

A literatura consultada demonstrou que o uso de substâncias socialmente mais aceitas, tais como o álcool e o cigarro, pode ser um importante fator de risco para o consumo de outras, tais como a maconha. Resultados como de KÁŽMÉR et al. (2014), revelaram associações

significativas entre estas três substâncias. De acordo com os autores, adolescentes que vivenciaram episódios de embriaguez têm probabilidade de 4 a 5 vezes maior para consumir tabaco e maconha regularmente. Além disso, foi observado que a probabilidade de consumo regular da maconha aumenta em até 10 vezes quando o jovem é tabagista. De mesmo modo, no estudo de Kirby e Barry (2012), os jovens que faziam uso de álcool foram 13 vezes mais propensos a consumir cigarros, 16 vezes mais propensos a consumirem maconha e outros narcóticos, e 13 vezes mais propensos ao uso da cocaína.

Outros fatores importantes que merecem destaque são as relações dos adolescentes com familiares e amigos, bem como a influência que estas relações exercem sobre o consumo de drogas pelos jovens. Estudos como de Schenker e Minayo (2005), apresentam a família como a principal responsável pela inserção do indivíduo na cultura, bem como pelas relações primárias, apontando que a relação da família com o adolescente, combinada com outros fatores de risco, pode influenciar na maneira com que os mesmos irão responder às ofertas de drogas pela sociedade em que estão inseridos. Em um estudo de delineamento *follow-up*, acompanhou-se o comportamento de indivíduos ingleses desde os cinco anos até os 42 anos de idade, junto com o comportamento das mães, e os resultados revelaram que o consumo regular de álcool e de maconha pela mãe, foi um importante preditor para o consumo regular de álcool e de maconha pelo adolescente (PATRICK et al., 2014). No entanto, no presente estudo, o consumo abusivo de drogas pelo pai e pela mãe não apresentou associação estatisticamente significativa, ao passo que o consumo abusivo de álcool, maconha e tabaco pelos melhores amigos associou-se ao consumo experimental e regular de todas as três substâncias investigadas. Além disso, o

consumo abusivo de álcool e maconha pelo irmão/irmã associou-se ao consumo regular de álcool e maconha pelos adolescentes. Estes achados corroboram com os estudos de Mrug et al. (2010) e de Harakeh et al. (2012), os quais afirmam que o maior tempo dispendido com os amigos acompanhados com a baixa supervisão dos pais pode acarretar em uma maior probabilidade dos adolescentes engajarem-se em comportamentos de risco.

4.4.1 Limitações do estudo

O estudo apresenta algumas limitações quanto ao uso de um questionário autoaplicado, pois se baseia nas recordações dos adolescentes, portanto as respostas são subjetivas. Outra limitação é o delineamento ser de cunho transversal, dificultando a capacidade de analisar os resultados de forma causal. Quanto a generalização dos resultados, este estudo apenas investigou uma região do estado de Santa Catarina, não sendo recomendável generalizar os resultados para outras populações. Além disso, foi aplicado o questionário apenas naqueles estudantes que frequentam a escola, os jovens que estavam ausentes poderiam ser mais vulneráveis ao contato das drogas.

4.5 CONCLUSÃO

Este estudo investigou as prevalências e fatores associados ao consumo de álcool, maconha e cigarro, mostrando que as questões sociodemográficas, de saúde, de outros comportamentos de risco, bem como os aspectos psicossociais podem ser preditores significativos para a iniciação de consumo de drogas.

No entanto, é importante destacar que não são apenas esses fatores externos que influenciam os

adolescentes na aquisição do hábito de consumo de drogas, mas também a predisposição dele em assumir comportamentos de risco.

Sendo assim, é de grande importância pesquisas que investiguem as questões intrapessoais dos adolescentes que os levam ao consumo de drogas, bem como outros comportamentos de risco.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atendendo aos objetivos específicos, conclui-se que o consumo de drogas por adolescentes é um tema de estudo de grande repercussão mundial, uma vez que este comportamento de risco atinge todas as populações, independente de país, cultura ou tradições.

No que se refere ao primeiro estudo, verifica-se que o consumo de drogas pelos adolescentes está associado a fatores intrapessoais (sexo, idade, timing puberal, sintomas depressivos, impulsividade e problemas de conduta) interpessoais (uso de drogas por familiares e melhores amigos, percepções positivas relacionadas ao uso de drogas, disciplina inconsistente, relacionamento não satisfatório com os pais, relacionamento com pares que aprovam o uso de drogas, etc.) e sociais (estrutura familiar, tipo de cidade, tipo de escola e etc.).

Em relação ao segundo estudo, verifica-se que o consumo experimental e regular de álcool, cigarro e maconha dos adolescentes da grande Florianópolis, está associado às questões sociodemográficas, de saúde, relação sexual precoce, tendência para o consumo de outras drogas, bem como ao consumo de irmãos e pares, conforme demonstram os resultados apresentados nesta pesquisa.

De maneira geral, observou-se a grande influência dos pares no engajamento dos jovens às drogas. Porém, nota-se a importância da participação da família no desenvolvimento do adolescente, visto que a ausência dos pais na educação dos filhos também contribui para a aquisição deste comportamento de risco. Nesta perspectiva, sugere-se estudos que analisem o envolvimento da família no desenvolvimento de padrões de comportamentos de risco do adolescente.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, G., CANTWELL, A.M., MATHEIS, S. **Substance use and adolescence**. In: Essau, C.A. (Ed.), **Substance Abuse and Dependence in Adolescence**. Brunner-Routledge, London: 2002.
- ALMEIDA FILHO et al. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 605-610, 2007.
- ARIZA, C. et al. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. **Gac Sanit**, v.28, n.1, p. 25-33, 2014.
- BAGGIO, S. Profiles of drug users in Switzerland and effects of early-onset intensive use of alcohol, tobacco and cannabis on other illicit drug use. **Swiss Med Wkly.**, v.143, 2013.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. Acessado em 07/07/2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_dou.shtm

BRASIL CDC. Critério de Classificação Econômica Brasil. ABEP. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf.
BRASIL, Ministério da Educação. Indicadores demográficos e regionais. Disponível em: <http://ide.mec.gov.br//2008/index.php>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2ª Edição. **Rev. Ampl. Brasília:MS**; 2004

BRASIL, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. Acesso em 30 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013

BUCHMANN et al. Early smoking onset may promise initial pleasurable sensations and later addiction. **Addiction Biology**, v.18, p. 947–954, 2011.

CAMPOS, J.A.D.B. Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos – MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4745-4754, 2011.

CANCE et al. Perceived pubertal timing and recent substance use among adolescents: a longitudinal perspective **Addiction**, v.108, 1845–1854, 2013.

CARLINI, E.A. et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e

Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2010.

CAVAZOS-REHG, P.A. et al. Number of Sexual Partners and Associations with Initiation and Intensity of Substance Use. **AIDS and Behavior**, v.15, p. 869–874, 2011a.

CAVAZOS-REHG, P. A. et al, Substance Use and the Risk for Sexual Intercourse With and Without a History of Teenage Pregnancy Among Adolescent Females. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v.72, 194-198, 2011b.

CHIAPETTI, N.; SERBENA, C.A. Uso de Álcool, Tabaco e Drogas por Estudantes da Área de Saúde de uma Universidade de Curitiba. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, nº 2, p. 303-313, 2007.

CHEN, P.-L.; HUANG, W.G; CHAO; K.-Y. Susceptibility to initiate smoking among junior and senior high school nonsmokers in Taiwan. **Preventive Medicine**, v. 49, p. 58–61, 2009.

CLARK, H. K.; RINGWALT, C.L.; SHAMBLLEN, S.R. Predicting adolescent substance use: The effects of depressed mood and positive expectancies. **Addictive Behaviors**, v.36 p. 488–493, 2011.

CREEMERS, H.E. et al. DRD2 and DRD4 in relation to regular alcohol and cannabis use among adolescents: Does parenting modify the impact of genetic

vulnerability? The TRAILS study. **Drug and Alcohol Dependence**, v.115, p. 35-42, 2011.

CLEVELAND, M.J.; FEINBERG, M.E; GREENBERG, M.T. Protective Families in High- and Low-Risk Environments. **J Youth Adolesc**, v.39, n.2, p.114–126, 2010.

CLEVELAND et al., Do Peers' Parents Matter? A New Link Between Positive Parenting and Adolescent Substance Use. **J. Stud. Alcohol Drugs**, v.73, 423–433, 2012.

COLE, A.G. LEATHERDALE, S.T, BURKHALTER, R. An examination of different smoking patterns among Canadian youth: New insight for tobacco control programming. **Addictive Behaviors**, v.38, p.1610–1615,2013.

COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. **Pediatric**, v.125, n.5, 2010.

D'ORAZIO, W.P.S. 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**, v.5, 2013.

DANIELSSON et al. Cannabis use in adolescence and risk of future disability pension: A 39-year longitudinal cohort study. **Drug and Alcohol Dependence**, v.143, p. 239–243, 2014.

DE ALMEIDA, R.M.M. et al. Uso de Álcool, Drogas, Níveis de Impulsividade e Agressividade em

Adolescentes do Rio Grande do Sul. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 1, p. 65-72, jan.-mar. 2014.

DO, Y.K.; FINKELSTEINS, E. A. Youth Employment, Income, and Smoking Initiation: Results From Korean Panel Data. **Journal of Adolescent Health**, v.51, p. 226–232, 2012.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n° 2, 2005.

ESSAU, C. A. Comorbidity of substance use disorders among community based and high-risk adolescents. **Psychiatry Research**, v. 185, p. 176-184, 2011.

FARIAS JÚNIOR, J. C. et al. Comportamento de risco à saúde em adolescentes no sul do Brasil: prevalências e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 25, n.4, 2009

FRAGA et al. Alcohol use among 13-year-old adolescents: Associated factors and perceptions. **Public Health**, v.125, p. 448-456, 2011.

FREIRE, I. A.; GOMES, E. M. A. O Papel da Família na Prevenção ao uso de Substâncias Psicoativas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 99-104, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRANVILLE-GARCIA et al. Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated

factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, nº1, p. 7-16, 2014.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C.; GUEDES, J. E. R. P. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.11, n.2, p.151-158, 2005.

GONCY, E.A.; MRUG, S. Where and When Adolescents Use Tobacco, Alcohol, and Marijuana: Comparisons by Age, Gender, and Race. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v.74, p. 288–300, 2013.

HAMILTON, H. A.; MAAS, M.; BOAK, A.; MANN, R. E. Subjective Social Status, Immigrant Generation, and Cannabis and Alcohol Use Among Adolescents. **Journal Youth Adolescence** v.43, p.1163–1175, 2014.

HARAKEH, Z. et al. Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: The HBSC study. **Public Health**, v.126, p. 555-573, 2012.

HEMPHILL et al. Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use in Washington State, the United States and Victoria, Australia: A Longitudinal Study **Journal of Adolescent Health**, v. 49, p. 312–320 2011.

HENCHOZ, Y. et al. Associations of physical activity and sport and exercise with at-risk substance use in young men: A longitudinal study. **Preventive Medicine**, v. 64, p. 27–31, 2014.

- HERON, J. Patterns of Alcohol Use in Early Adolescence Predict Problem Use at Age 16. **Alcohol and Alcoholism** v. 47, No. 2, pp. 169–177, 2012.
- HONG, N. S.; KAM, S.; KIM, K. Y. Factors Related to Increasing Trends in Cigarette Smoking of Adolescent Males in Rural Areas of Korea. **Journal of Preventive Medicine and Public Health**, v. 46; p. 139-146, 2013.
- HOSMER, D.W.; LENESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: Wiley. (1989)
- KAAI, S.C. Using student and school factors to differentiate adolescent current smokers from experimental smokers in Canada: A multilevel analysis. **Preventive Medicine**, v.57, p.113–119, 2013.
- KAAI et al. We do not smoke but some of us are more susceptible than others: A multilevel analysis of a sample of Canadian youth in grades 9 to 12. **Addictive Behaviors** 39 (2014) 1329–1336
- KANDAL; YAMAGUCHI, From beer to crack: development patterns of drug involvement. **Public Health**, v.83, n.6, 1993.
- KÁŽMÉR, L. et al. Multiple health risk behaviour in Czech adolescents: Family, school and geographic factors, **Health & Place**, v.29, p.18–25, 2014.
- KIRBY, T.; BARRY, A. Alcohol as a Gateway Drug: A Study of US 12th Graders. **Journal of School Health**, v. 82, n. 8, 2012.

KRISTJANSSON et al. Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. **Preventive Medicine**, v.51, p.168–171, 2010.

KRISTJANSSON, A.L.; SIGFUSDOTTIR, I.D.; ALLEGRANTE, J.P. Adolescent substance use and peer use: a multilevel analysis of cross-sectional population data. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v.8, n. 27, 2013.

KONG et al. Pubertal Status, Sensation-Seeking, Impulsivity, and Substance Use in High School–Aged Boys and Girls. **Journal of Addiction Medicine**, v.7, p. 116–121, 2013.

KUNTSCHKE, E. et al. Not Early Drinking but Early Drunkenness Is a Risk Factor for Problem Behaviors Among Adolescents from 38 European and North American Countries. **Alcoholism: Clinical And Experimental Research**. v. 37, n.2, 2013.

LEATHERDALE, S.T; AHMED, R. Alcohol, Marijuana, and Tobacco Use Among Canadian Youth: Do We Need More Multi-Substance Prevention Programming? **Addictive Behaviors**, v.37, p. 318–322, 2012.

LEEUWEN, A. P. et al. Can the Gateway Hypothesis, the Common Liability Model and/or, the Route of Administration Model Predict Initiation of Cannabis Use During Adolescence? A Survival Analysis—The TRAILS Study. **Journal of Adolescent Health**, v. 48, p.73–78, 2011.

- LEVIN, K.A. et al. Socioeconomic and geographic inequalities in adolescent smoking: A multilevel cross-sectional study of 15 year olds in Scotland. **Social Science & Medicine**, v. 107, p. 162-170, 2014.
- LO, C.C. et al. Urban-Rural Differentials: A Spatial Analysis of Alabama Students' Recent Alcohol Use and Marijuana Use. **American Journal of Addiction**, v.22, n.3, p. 188-196, 2013.
- LOCH, M. Indicadores de Saúde e do Estilo de Vida de Adolescentes Escolares residentes em Municípios Grandes, Médios e Pequenos de Santa Catarina, Brasil. **Revista brasileira de Cineantropometria e Movimento**, v.15, n.3, p. 7-15, 2007.
- LOCH, M.; POSSAMAI, C.L. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, s. 2, p. 377-383.
- LUK, J.W. Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? **Addictive Behaviors** v.35, p.426-431, 2010.
- LUK, J.W.; WANG, J., SIMONS-MORTON, B.G. The co-occurrence of substance use and bullying behaviors among U.S. adolescents: Understanding demographic characteristics and social influences. **Journal of Adolescence**. v. 35, p. 1351-1360, 2012.
- MALBERGIER, A. et al. Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? **Rev Bras Psiquiatr**, v.34, p. 16-23, 2012.

MALMBERG M. et al. Do Substance Use Risk Personality Dimensions Predict the Onset of Substance Use in Early Adolescence? A Variable- and Person-Centered Approach. Youth Adolescence. **Journal of Youth and Adolescence**, 2012.

MANCHA, B.E; ROJAS, V.C; LATIMER, W.W. Alcohol use, alcohol problems, and problem behavior engagement among students at two schools in northern Mexico. **Alcohol** v.46, p.695-701, 2012.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 2), p.3009-3019, 2010.

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

MARIA, W.B; GUIMARÃES, A.C.A; MATIAS, T.S. Estilo de vida de adolescentes de escolas públicas e privadas de Florianópolis. **R. da Educação Física/UEM**, Maringá, v.20, n.4, p. 615-623, 4º trim, 2009.

MARTINS, R. A., CRUZ, L. A. N., TEIXEIRA, P. S., MANZATO, A. J. Padrão de consumo de álcool entre estudantes do ensino médio de uma cidade do interior do estado de São Paulo. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v.4, n.1, p 00-00, 2008.

MASLOWSKY, J.; SCHULENBERG, J.E. Interaction matters: Quantifying Conduct Problem X Depressive Symptoms interaction and its association with adolescent

alcohol, cigarette, and marijuana use in a national sample. **Development and Psychopathology**, v.25, p. 1029–1043, 2013.

MAYET, A. et al. Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: Use of a multi-state model. **Addictive Behaviors**, v.37, p.160–166, 2012.

MENDONÇA, G; FARIAS FILHO, J.C. Percepção de saúde e fatores associados em Adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde** (Pelotas/RS), v. 17, n.3, p.174-180, 2012.

MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Ann Intern Med.**; v. 151,n.4,p.264–269, 2009.

MOHAMMADPOORASL et al. Substance Abuse in High School Students in Association with Socio-Demographic Variables in Northwest of Iran. **Iranian J Publ Health**, v. 41, n°.12, p. 40-16, dec 2012.

MONSHOUWER, K et al., Predicting Transitions in Low and High Levels of Risk Behavior from Early to Middle Adolescence: The TRAILS Study. Examinar o desenvolvimento conjunto do consumo de substancias e problemas de externalizar no início e no meio da adolescência. **J Abnorm Child Psychol**, v.40, p.923–931, 2012.

MOSS, H.B.; CHEN, C.M.; YI, H. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana

polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. **Drug and Alcohol Dependence**, v.136, p.51-62, 2014.

MRUG, S. et al. School-Level Substance Use: Effects on Early Adolescents' Alcohol, Tobacco, and Marijuana Use. **J. Stud. Alcohol Drugs**, 71, 488-495, 2010.

MULDER, J. Is it the music? Peer substance use as a mediator of the link between music preferences and adolescent substance use. **Journal of Adolescence** v.33, p. 387–394, 2010.

OLIVEIRA, B.R.G; ROBAZZI, M.L.C.C. O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, n.3, p.83-89, 2001.

OLIVEIRA-CAMPOS et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012) **Rev Bras Epidemiol Suppl PeNSE**, p.116-130, 2014.

OSGOOD D.W; FEINBERG, M.E.; WALLACE, L.N. Friendship group position and substance use. **Addictive Behaviors**, v.39, p. 923–933, 2014.

PATRICK, M. E. et al. The link between mother and adolescent substance. **Longitudinal and Life Course Studies**, v.5, n.1, p.56-63, 2014.

PÉREZ, A. et al. Cannabis consumption initiation among adolescents: A longitudinal study. **Addictive Behaviors**, v.35, p.129–134, 2010.

PERRA, O. et al. School-related predictors of smoking, drinking and drug use: Evidence from the Belfast Youth Development Study. **Journal of Adolescence**, v. 35, p.315–324, 2012.

PEDERSEN et al. A longitudinal examination of alcohol, marijuana, and cigarette perceived norms among middle school adolescents. **Drug and Alcohol Dependence** v. 133, p.647– 653, 2013.

PUENTE, D. et al. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en alunos de enseñanza secundaria de Cataluña. **Atención Primaria**, v.45, n.6, p. 315-323, 2013.

RADLIFF, K.M.; WHEATON, J. E.; ROBINSON, K.; MORRIS, J. Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. **Addictive Behaviors**, v.37, p. 569–572, 2012.

ROJAS, G. Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. **Revista Médica de Chile**; v.140, p.184-191, 2012

SANCHEZ et al. Childhood Alcohol Use May Predict Adolescent Binge Drinking: A Multivariate Analysis among Adolescents in Brazil. **The Journal Of Pediatrics**, v. 163, n. 2, 2013.

SANTROCK, J.W. **Adolescência**. São Paulo: Artmed, 2014. 527 p.

SILVA-OLIVEIRA et al. The prevalence of inhalant use and associated factors among adolescents in Belo

Horizonte, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, nº3, p. 881-890, 2014.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 707-717, 2005.

SCHINKE, S.P; FANG, L.; COLE, K.C.A. Substance Use Among Early Adolescent Girls: Risk and Protective Factors. **Journal of Adolescents Health**, v. 43, n. 2, p.191–194, 2008.

SILVA et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):737-745, 2014.

SILVA, J. **Estilo de vida de adolescentes e variáveis contextuais**. 2014. 263 f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano – Linha de Pesquisa: Atividade Física e Saúde) – Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Florianópolis, 2014.

SILVA-OLIVEIRA et al. The prevalence of inhalant use and associated factors among adolescents in Belo Horizonte, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, nº3, p. 881-890, 2014.

SILVEIRA, M. F. et al. Qualidade de vida entre adolescentes: estudo seccional empregando o SF-12. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p. 2007-2015, 2013.

- SIMONS-MORTON, B. et al. Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. **International Journal of Drug Policy**, v.21, p.64-69, 2010.
- SOUZA, D.P.O. et al. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 585-592, 2005.
- SOUSA, T.F et al. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v.8, n.4, 2010.
- SPIPKOVÁ, J.; DZÚROVÁ, D.; PIKHART, H. Inequalities in smoking in the Czech Republic: Societal or individual effects? **Health Place**, v.17, n.1, p. 215–221, 2011.
- SUTHERLAND, A. Is parental socio-economic status related to the initiation of substance abuse by young people in an English city? An event history analysis. **Social Science & Medicine**, v.74, p. 1053-1061, 2012.
- SWAHN, M. H. et al. Pre-teen alcohol use initiation and suicide attempts among middle and high school students: Findings from the 2006 Georgia Student Health Survey. **Addictive Behaviors**, v. 35, p. 452–458, 2010.
- TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; LIMA, M. S.. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev. Saúde Pública [online]**, v.38, n.6, p. 787-796, 2004.

VASTERS, G. P; PILLON, S. C. Drugs Use by Adolescents and their Perceptions about Specialized Treatment Adherence and Dropout. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 317-324, mar-apr, 2011.

VESPASIANO, B.S.; DIAS, R.; CORREA, D. A. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. **SAÚDE REV.**, Piracicaba, v. 12, n. 32, p.49-54, set.-dez. 2012.

VIEIRA, D.L. et al. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, 2007.

WAGNER, A. et al. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 1, p. 75-80, jan./jun. 2002

WHO, World Health Organization. Nutrition in adolescence – Issues and Challenges for the Health Sector. **WHO discussion papers on adolescence**, 2005.

WHO, World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

WHO, World Health Organization. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC): terms of reference, 2014.

WU, P.; LIU, X.; FAN, B. Factors associated with initiation of ecstasy use among US adolescents: Findings from a national survey. **Drug and Alcohol Dependence**, v.106, p. 193–198, 2010.

YAGAMUCHI, K.; KANDEL, D. B. Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: II. Sequences of Progression. **American Journal of Public Health**, v. 74, n. 7, 1984.

ZHEN-DUAN, J.; TAYLOR, M.J. The Use of an Ecodevelopmental Approach to Examining Substance Use Among Rural and Urban Latino/a Youth: Peer, Parental, and School Influences. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse**. v.13, p.2, p.104-125, 2014.

ANEXO A: Questionário para caracterização sócio demográfica e avaliação da saúde percebida

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer melhor o estilo de vida dos adolescentes. Trata-se de um questionário de fácil preenchimento. Não existem questões certas ou erradas.

Seus dados serão analisados com total sigilo. Contamos com a sua colaboração. Obrigado!

Dados Pessoais

Escola _____
 Série: _____ Turno: () matutino () vespertino () noturno Idade: _____
 Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: () mas. () fem. Peso (kg): _____ Altura: _____
 Raça/Cor da Pele: _____ Estado civil _____
 Cidade onde reside: _____ Bairro onde reside: _____
 Além de estudar você tem alguma atividade profissional? () não () sim
 Qual? _____

Histórico Escolar Pessoal e familiar

Tem alguma reprovação em seu histórico escolar? () sim () não
 Se sim, quantas e em qual(is) séries? _____

Qual o grau de instrução do seu pai? (considere apenas o nível completo)

- () Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto
 () Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto
 () Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto
 () Médio Completo/ Superior Incompleto
 () Superior Completo

Qual o grau de instrução da sua mãe? (considere apenas o nível completo)

- () Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto
 () Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto
 () Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto
 () Médio Completo/ Superior Incompleto
 () Superior Completo

Classificação Socioeconômica

Qual o grau de instrução do chefe de sua família? (considere apenas o nível completo)

- () Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto
 () Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto
 () Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto
 () Médio Completo/ Superior Incompleto
 () Superior Completo

Na sua casa tem: (assinale cada item abaixo, caso tenha-o indique qual quantidade)

Televisão em cores	Não ()	Sim () Quantos?.....
Rádio	Não ()	Sim () Quantos?.....
Banheiro	Não ()	Sim () Quantos?.....
Automóvel	Não ()	Sim () Quantos?.....
Empregada mensalista	Não ()	Sim () Quantos?.....
Máquina de lavar	Não ()	Sim () Quantos?.....
Videocassete e/ou DVD	Não ()	Sim () Quantos?.....
Geladeira	Não ()	Sim () Quantos?.....
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex, ou <i>side by side</i>)	Não ()	Sim () Quantos?.....

Quantos cômodos tem a casa que você mora? _____

Quantas pessoas, além de você, moram na sua casa? _____

Quem mora com você na sua casa? _____

Você tem irmãos? () Não () Sim. Quantos? _____ Mais velhos () Mais Novos ()

Avaliação da Saúde

Como você autoavalia sua saúde?

Péssima ()	Ruim ()	Regular ()	Boa ()	Excelente ()
-------------	----------	-------------	---------	---------------

Com que frequência você fica doente?

Nunca ()	Poucas vezes ()	Às vezes ()	Muitas vezes ()	Quase sempre ()
-----------	------------------	--------------	------------------	------------------

Prática Sexual

Você já manteve relações sexuais?

Sim ()	Não ()
---------	---------

Se a resposta acima foi sim, você utilizou preservativo (camisinha) na sua primeira relação sexual?

Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
---------	---------	-------------------

Quantos anos você tinha na sua primeira relação sexual: Não se aplica () Eu tinha ____ anos.

Você utiliza preservativos nas suas relações sexuais atuais?

Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
---------	---------	-------------------

Consumo de substâncias

Você já experimentou alguma bebida alcoólica? Exemplos: cerveja, chopp, vinho, pinga, caipirinha, aperitivos, sidra, outras.

() Sim	() Não
---------	---------

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

() Nunca tomei	Eu tinha ____ anos	() Não Lembro
-----------------	--------------------	----------------

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

() Sim	() Não
---------	---------

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

() Não	() Tomei em 1 a 5 dias no mês	() Tomei em 6 a 19 dias no mês	() Tomei em 20 ou mais dias no mês
---------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

A próxima questão ainda é sobre o uso de bebida alcoólica. É muito importante que você responda 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 duas garrafas de ice na mesma ocasião, então você tomou 5 doses de bebida alcoólica.

Você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

Não ()	Sim ()	Não Lembro ()
---------	---------	----------------

Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, quais bebidas você tomou da última vez que isso aconteceu?

() Nunca bebi	() Nunca bebi 5 doses ou mais	() Cerveja ou chop	() Uísque
() Vodca	() Conhaque	() Licor	() Sidra ou champagne
() Vinho	() Batida ou caipirinha	() Bebida tipo Ice (Smirnoffice)	() Outros. Qual?

Se você já tomou 5 doses ou mais de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, onde você estava na última vez que isso aconteceu?

() Nunca bebi	() Nunca bebi 5 doses ou mais	() Em casa	() Balada, bar ou casa noturna
() Casa de amigos ou conhecidos	() Casa de familiares	() Não lembro	() Outros. Qual?

Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, com quem você estava na última vez que isso aconteceu?

() Nunca bebi	() Nunca bebi 5 doses ou mais	() Sozinho	() Amigos ou colegas
() Familiares adultos (pais, tios ou avós)	() Familiares jovens (irmãos ou primos)	() Não lembro	() Outros. Qual?

De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

Não ()	Sim ()	Não Lembro ()
---------	---------	----------------

De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

Não ()	Sim ()	Não Lembro ()
---------	---------	----------------

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

Não ()	Sim ()	Já tentei, mas não consegui ()
---------	---------	---------------------------------

Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você bêbado, o que você acha que é mais provável que aconteça?

() Eu receberia castigo e/ou me chamariam atenção	() Eu não receberia castigo nem me chamariam atenção
--	---

Você já fumou cigarro?

Sim ()	Não ()
---------	---------

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

Sim ()	Não ()
---------	---------

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

() Não	() Fumei de 1 a 5 vezes	() Fumei de 6 a 19 vezes	() Fumei 20 ou mais vezes
---------	--------------------------	---------------------------	----------------------------

Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez?

() Nunca fumei	() Eu tinha ____ anos	() Não Lembro
-----------------	------------------------	----------------

Se você fuma, quantos cigarros você fuma por dia?

() Não Fumo	() 1 a 10 cigarros por dia	() 11 a 20 cigarros por dia	() Mais de 20 cigarros por dia
--------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------

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

() Eu receberia castigo e/ou me chamariam atenção	() Eu não receberia castigo nem me chamariam atenção
--	---

Você já cheirou algum produto para se sentir alterado/diferente? Exemplo: Iolô, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, acetona, tñner, esmalte, aguarrás, tinta. (NÃO VALE COCAÍNA)

() Sim	() Não
---------	---------

Você já experimentou maconha (ou haxixe)?

() Sim	() Não
---------	---------

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

() Sim	() Não
---------	---------

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

() Não uso	() 1 a 5 dias por mês	() 6 a 9 dias por mês	() 20 dias ou mais por mês
-------------	------------------------	------------------------	-----------------------------

Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

Nunca experimentei ()	Eu tinha ____ anos	Não Lembro ()
------------------------	--------------------	----------------

Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você fumando maconha, o que você acha que é mais provável que aconteça?

() Eu receberia castigo e/ou me chamariam atenção	() Eu não receberia castigo nem me chamariam atenção
--	---

Você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)? Exemplos: Anfepromona, Femproporex, Mazindol, Hipofagin, Inibex, Desobesi, Moderine, Absten, Fagolipo, Dualid. (NÃO VALE ADOÇANTE, SHAKE, NEM CHÁ).

() Sim. Qual o nome do último? _____	() Não
---------------------------------------	---------

De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)?

() Sim	() Não
---------	---------

De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum medicamento para emagrecer ou ficar acordado (ligado)?

() Não uso	() 1 a 5 dias por mês	() 6 a 9 dias por mês	() 20 dias ou mais por mês
-------------	------------------------	------------------------	-----------------------------

Que idade você tinha quando tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)?

() Nunca tomei	Eu tinha ____ anos	() Não Lembro
-----------------	--------------------	----------------

Você já experimentou cocaína?

<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não
-------------------------------	------------------------------

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

<input type="checkbox"/> _____	Sim. Qual _____	<input type="checkbox"/> Não
--------------------------------	-----------------	------------------------------

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

<input type="checkbox"/> Não uso	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias por mês	<input type="checkbox"/> 6 a 9 dias por mês	<input type="checkbox"/> 20 dias ou mais por mês
----------------------------------	---	---	--

Que idade você tinha quando experimentou cocaína?

<input type="checkbox"/> Nunca usei	<input type="checkbox"/> Eu tinha _____ anos	<input type="checkbox"/> Não Lembro
-------------------------------------	--	-------------------------------------

Você já experimentou crack?

<input type="checkbox"/> Sim. Qual _____	<input type="checkbox"/> Não
--	------------------------------

De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou crack?

<input type="checkbox"/> Sim. Qual _____	<input type="checkbox"/> Não
--	------------------------------

De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou crack?

<input type="checkbox"/> Não uso	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias por mês	<input type="checkbox"/> 6 a 9 dias por mês	<input type="checkbox"/> 20 dias ou mais por mês
----------------------------------	---	---	--

Que idade você tinha quando experimentou cocaína ou crack pela primeira vez?

<input type="checkbox"/> Nunca usei	<input type="checkbox"/> Eu tinha _____ anos	<input type="checkbox"/> Não Lembro
-------------------------------------	--	-------------------------------------

Entre as pessoas de sua família e amigos citados abaixo, assinale quem: (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

	Pai ou padrasto		Mãe ou madrasta		Irmã ou irmão		Melhor amigo(a)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Fuma cigarro?								
Toma bebidas alcoólicas mesmo que de vez em quando?								
Fica bêbado (embriagado)?								
Fuma maconha ou haxixe?								
Usa cocaína, craque ou merla?								
Toma remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)?								

A respeito de outros comportamentos, responda os itens abaixo:

	Sim	Não
Nos últimos 30 dias, alguma vez você andou de moto sem capacete?		
Nos últimos 30 dias, alguma vez você dirigiu algum carro ou moto?		
Nos últimos 30 dias, alguma vez você andou de carro no qual a pessoa que estava dirigindo havia tomado alguma bebida alcoólica?		
Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga com agressão física?		
Nos últimos 30 dias, você teve alguma relação sexual?		
Nos últimos 30 dias, você teve alguma relação sexual sem camisinha?		

ANEXO B: Questionário internacional para a prática de atividades físicas – Ipaq, e questões relacionados ao estilo de vida dos pais e amigos

Prática de atividades físicas

Agora você irá responder questões relacionadas a prática de atividades físicas em uma semana típica. Para responder as questões considerar:

- Atividade física **Vigorosa** é aquela que precisa de grande esforço físico e que faz respirar MUITO mais forte que o normal;
- Atividade física **MODERADA** é aquela que precisa de algum esforço físico e que faz esquecer UM POUCO mais forte que o normal;

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **Vigorosas** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginásticas aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar o jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faz você suar **BASTANTE** e aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração. _____ **dias por semana.** () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades **Vigorosas** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? **Horas** _____ **Minutos** _____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **Moderadas** por pelo menos 10 minutos contínuos? Como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativamente, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, empurrar, aspirar, cuidar do jardim ou qualquer atividade que faz você suar **Leve** ou **Moderadamente** sua respiração ou batimentos cardíacos do coração (NÃO INCLUA CAMINHADA). _____ **dias por semana.** () Nenhum

2b. Nos dias que você realiza atividades físicas **Moderadas** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo estas atividades por dia. **Horas** _____ **Minutos** _____

3a. Em quantos dias de uma semana normal, você **Caminha** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa, no trabalho, na escola, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer, ou como forma de exercício? _____ **dias por semana.** () Nenhum

3b. Nos dias que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta **Caminhando** por dia? **Horas** _____ **Minutos** _____

AS ÚLTIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O TEMPO QUE VOCÊ GASTA EM FRENTE A TV, COMPUTADOR OU JOGANDO videogame.

4a. Quanto tempo por dia você gasta assistindo TV? **Horas** _____ **Minutos** _____

4b. Quanto tempo por dia você gasta em frente ao computador (estudando, trabalhando, em redes sociais, dentre outros. NÃO CONTE O TEMPO ENVOLVIDO EM JOGOS)? **Horas** _____ **Minutos** _____

4c. Quanto tempo por dia você gasta com jogos eletrônicos (VIDEOGAME OU COMPUTADOR)? **Horas** _____ **Minutos** _____

Seus pais esperam que você tenha um estilo de vida saudável?

() Sim () Não

Seus amigos esperam que você tenha um estilo de vida saudável?

() Sim () Não

Seus pais esperam que você pratique exercícios?

() Sim () Não

Seus amigos esperam que você pratique exercícios?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Seu pai pratica atividades físicas?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Sua mãe pratica atividades físicas?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Seus amigos praticam atividades físicas?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Você gosta de praticar atividades físicas?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Você acha seguro o local onde mora?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

No local onde você mora existem locais gratuitos e apropriados para a prática de atividades físicas, como praças, parques e quadras?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------