

LUANA DALLO

**PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE ESTUDANTES DE
CASCAVEL - PR**

**Marília
2009**

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
Programa de Pós-Graduação em Educação

**PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE ESTUDANTES DE
CASCAVEL - PR**

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP para Defesa de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

Luana, Dallo

Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel - PR
Luana Dallo—Marília, 2009

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de
Filosofia e Ciências

Título em inglês: Alcohol use pattern and other drugs among students in
Cascavel – Paraná

1. Uso de álcool e outras drogas. 2. Adolescentes

LUANA DALLO

**PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE ESTUDANTES DE
CASCAVEL – PR**

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE

Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP

Área de Conhecimento: Educação

Presidente: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

2º Examinador: Prof. Dra. Tânia Moron Saes Braga

3º Examinador: Prof. Dr. José Luiz Guimarães

Marília, 2 de Março de 2009

Agradecimentos

Agradeço especialmente a Raul Aragão Martins, professor e orientador, por sua dedicação na orientação científica deste trabalho e por sua especial atenção a minhas dúvidas, angústias, dificuldades e preocupações relacionados ao mestrado.

A Libero Mezzadri Neto, psiquiatra do Hospital Santa Tereza, de Guarapuava - PR, por seu auxílio na coleta de alguns materiais.

A Luciana Aparecida Nogueira da Cruz, Mestre em Educação pela Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, que, por sua proximidade em seu tema de dissertação, me auxiliou com indicações de artigos e de textos.

A Izabela Alvarenga Silva, Mestranda em Educação pela Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, ao suporte prestado em minhas viagens a São José do Rio Preto, SP, com o objetivo da orientação.

Aos diretores, aos coordenadores pedagógicos e aos professores, que auxiliarem ou facilitaram a aplicação desta pesquisa nas escolas.

E, finalmente, agradeço aos pais que permitiram que seus filhos participassem da pesquisa e aos alunos participantes desta, por sua essencial contribuição com os resultados deste trabalho.

“Já revisei o seu trabalho. O assunto me foi particularmente interessante porque lá se vão já 17 anos que consegui abandonar álcool e tabaco e recuperar a sanidade da minha vida. O apoio de Alcoólicos Anônimos foi fundamental na manutenção da minha decisão, o que me traz saúde e alegria de viver hoje, aos 62 anos de idade. A sua pesquisa revela, no entanto, que a sociedade organizada deve e pode instituir programas e ações que antecipem (ainda na adolescência/juventude) maior consciência da população quanto ao uso das drogas em geral - o que pouparia muito sofrimento pessoal/familiar e pouparia muitos recursos públicos (seja evitando todo tipo de acidentes, seja evitando inúmeros tratamentos de saúde).”

(Célio Escher – Corretor do texto).

LISTA DE ANEXOS

A Parecer do Comitê de Ética	96
------------------------------------	----

LISTA DE APÊNDICES

A Instrumento do levantamento inicial	97
B Instrumento da entrevista.....	100
C Termo de consentimento livre e esclarecido	105
D Modelo da autorização das escolas.....	106

LISTA DE TABELAS

1 Características dos participantes do levantamento inicial por escola	45
2 Frequência e porcentagem dos participantes da entrevistas por escolas e grupos	48
3 Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e escola.....	56
4 Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e sexo	57
5 Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e período	57
6 Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e série.....	58
7 Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e nível socioeconômico	59
8 Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e religião	60
9 Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e se possui familiar que bebeu	62
10 Quantidade, frequência e média de beber nos últimos 30 dias por grupo....	63
11 Média, desvio-padrão e valor de "p" de beber se embriagando ("binge")	64
12 Padrão e frequência de uso do álcool e tabaco	67
13 Média e desvio-padrão de idade do início de uso de álcool e de tabaco por gênero, escola e grupo	68

14	Frequência e porcentagem do padrão e frequência do uso de drogas ilegais por grupo	71
15	Média de idade do início de uso da maconha por gênero, escola e AUDIT ...	72
16	Frequência e porcentagem das características da experimentação por grupos	74
17	Frequência e porcentagem das características do beber atual por grupos ...	77
18	Frequência e porcentagem das características do episódio do beber excessivo por grupo	79
19	Frequência e porcentagem das características do episódio da última experiência por grupo	81

DALLO, L. Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel – Pr. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista, 2009.

Resumo

O uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes é um tema que vem preocupando a sociedade como um todo, principalmente por estar se detectando uso precoce e aumento gradativo do seu consumo. Procurando conhecer esta conduta, este estudo investigou o consumo de álcool e outras drogas e o contexto de uso de álcool entre alunos do ensino médio de três escolas (uma particular, uma pública localizada no centro da cidade e outra na periferia) da cidade de Cascavel, PR. Para isso, a pesquisa foi desdobrada em duas fases, na primeira foi utilizado um questionário, contendo dois instrumentos, o Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT e o “Quantidade e frequência de consumo de álcool” – Q_F, além de nível socioeconômico, religião e beber problemático de familiar. Os resultados desta primeira etapa mostraram que 34,7% dos estudantes bebem álcool de uma maneira arriscada, não havendo diferenças significativas por escola, gênero e nível socioeconômico. Ter um familiar que bebe, apresentou-se como um fator de risco, apesar de não ser a única influência para o adolescente beber. Pertencer a uma religião, principalmente a evangélica, apresentou-se como um forte fator protetivo. Quanto a segunda parte da pesquisa, foi realizado uma entrevista que analisou quantidade, frequência e idade de início de uso das drogas lícitas e ilícitas. E também o contexto de uso de álcool, ou seja o local, companhia, bebida mais usada e o motivo do uso. Identificou-se que as drogas mais usadas são as drogas lícitas, ou seja, primeiro o álcool e depois o tabaco. Entre as drogas ilícitas, a maconha foi a mais usada. Em relação a idade de início, verificou-se que os sujeitos começam a usar as drogas lícitas e ilícitas na adolescência e a primeira droga a ser usada é o álcool com idade média de 12,84 (DP 2,40). Sobre o contexto de uso de álcool, a maioria dos adolescentes experimenta álcool em casa e com a própria família, e depois passam a beber em festa e com os amigos, 15,3% dos adolescentes relatam beber sozinho. Entre as bebidas, a cerveja é a preferida, mais os adolescentes costumam beber mais do que um tipo de bebida. O motivo mais relatado pelo qual bebem foi para festejar ou por influência dos amigos. Os resultados deste estudo mostram uma porcentagem alta de jovens apresentando um padrão de risco de beber na cidade de Cascavel, isso indica necessidade de implementação de programas de prevenção nesta cidade, com o foco no álcool, já que este levantamento apontou como a primeira e a mais consumida das drogas. O pioneirismo desta pesquisa como um projeto piloto no estado do Paraná, pode também alertar a sociedade paranaense para a efetivação de mais levantamentos com o objetivo de desenvolver políticas públicas, e fazendo parte destas, projetos de prevenção e intervenção a população jovem.

Palavras-Chaves: adolescentes, uso de álcool, ensino médio, AUDIT

DALLO, L. Alcohol use pattern and other drugs among students in Cascavel – Paraná – Brazil. 2009. Dissertation (Master degree in Education) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista, 2009.

ABSTRACT

The use of alcohol and other drugs by children and adolescents has been converted into a focus of concern in society, principally because their use have gradually increased and become precocious. In order to understand this situation, this research investigated the use of alcohol and other drugs and the context of use of alcohol among the students of three high schools (a private and a public, located downtown and in the suburbs, respectively) of Cascavel, Paraná, Brazil. In its turn, the research was carried out in two stages, in the first, a questionnaire was applied comprising two data-collection instruments, the "Alcohol Use Disorders Identification Test" – AUDIT and the "Quantity and frequency of alcohol use" – Q_F. It was also gathered information about the socioeconomic level, religion and binge drinking of family members. The results of the first stage show that 34.7% of the students drink alcohol in a risk way, there are no substantial differences among school, gender and social economic level. Having an addicted family member, presented as risky factor, although it is not the only influence on the adolescent behavior towards drinking. Belonging to a religious group, mainly the evangelical one, presented itself as a decisive protective factor. In relation to the second part of the research, an interview analyzed the quantity, frequency and age of use of legal and illegal drugs. It was also observed, the context of alcohol use, the place, relationships, most consumed beverages and the reason for consuming. It was identified that the most used drugs are legal ones, alcohol first and then tobacco. Among the illegal drugs, marijuana was the most used one. Concerning the age of first use, it was verified that the adolescent starts to use legal and illegal drugs in early teenage years and the first used drug is the alcohol in the average age of 12,84 (PD 2.40). Regarding the context, most part of the adolescents make use of alcohol at home with their own families, and after that, they start to drink in parties with friends. Few of them drink alone, only 15.3%. Beer is the most drunk beverage and the adolescents drink more than one dose. The most mentioned reasons for drinking were to celebrate or due to friends influence. The results of this study show that an high percentage young people present a risky drinking behavior in Cascavel city, therefore, more research is needed in other cities of the State of Paraná and it is also necessary the implementation of prevention and intervention projects to the young population.

Keywords: adolescents, alcohol use, high school, AUDIT

SUMÁRIO

1 Introdução	14
2 O Adolescente e o Uso de Álcool e Outras Drogas	18
2.1 A legislação brasileira a respeito das drogas	18
2.2 O álcool e a legislação	20
2.3 As pesquisas epidemiológicas sobre o uso do álcool por adolescentes	21
2.4 Informações básicas sobre os efeitos do álcool no organismo humano	25
2.5 Os adolescentes, fatores de risco/proteção e contexto de uso de álcool...	27
3 Políticas e Intervenções ao Uso de Álcool e Outras Drogas	31
3.1 Políticas sobre drogas	31
3.1.1 Política Nacional sobre drogas.....	31
3.1.2 Política de atenção integral do Ministério da Saúde	33
3.2 Evolução do conceito de uso de álcool e estratégias de enfrentamento....	34
3.2.1 Evolução da conceituação de uso de álcool	35
3.2.2 Estratégias motivacionais relacionada à mudança do comportamento problema	37
3.2.3 Intervenção breve.....	38
4 Método	43
4.1 Participantes	44
4.1.2 Participantes da entrevista	47
4.2 Instrumentos.....	48
4.2.1 Instrumentos do levantamento inicial (<i>Screening</i>).....	48
4.2.2 Instrumentos da entrevista	50
4.3 Procedimentos	51
4.3.1 Procedimento do levantamento inicial (<i>Screening</i>)	51

4.3.2 Procedimento da entrevista	52
4.4 Análise de dados	53
4.5 Considerações éticas	54
5 Resultados	55
5.1 Resultados do levantamento inicial	55
5.1.1 Identificação dos grupos positivos e negativos pelo AUDIT	55
5.1.2 Quantidade e frequência do beber	62
5.2 Resultado da Entrevista	64
5.2.1 Resultado de uso das drogas lícitas.....	65
5.2.1.1 Análise do padrão, frequência e início de uso de álcool e tabaco.....	65
5.2.2 Resultado de uso das drogas ilícitas.....	69
5.2.3 Contexto social de uso de álcool.....	72
5.2.3.1 Características da experimentação de bebidas alcoólicas no grupo total.....	72
5.2.3.2 Características da experimentação de bebidas alcoólicas nos grupos positivo e negativo	73
5.2.3.3 Características do beber atual do grupo total	74
5.2.3.4 Características do beber atual dos grupos positivo e negativo	76
5.2.3.5 Características do episódio do beber excessivo no grupo total	77
5.2.3.6 Características do episódio do beber excessivo nos grupos positivo e negativo	78
5.2.3.7 Características do episódio da última experiência por grupo total	79
5.2.3.8 Características do episódio da última experiência por grupos positivo e negativo.....	80
6 Comentários finais	82
Referências Bibliográficas.....	85

1 Introdução

O uso de drogas é um fato que ocorre há milhares de anos e atinge praticamente toda a sociedade e, após a chamada revolução industrial, a oferta destas substâncias aumentou e passou a ser considerado um problema de saúde pública. Procurando conhecer os padrões de consumo, pesquisas são feitas com o objetivo de identificar o que leva o indivíduo, principalmente o adolescente ou o jovem, a usar as substâncias psicoativas, assim como com o objetivo de investigar os fatores protetivos e de riscos ao uso (SANCHES, OLIVEIRA e NAPPO, 2005; CONCEIÇÃO e SUDOBRAK, 2004; SHENCKER e MINAYO, 2005).

Por outro lado, ocorrem também pesquisas interessadas nas consequências do uso indiscriminado dessas substâncias (RIGONI, OLIVEIRA e ANDRETTA, 2006; PECHANESKY, SZOBOT e SCIVOLLETO, 2004). Identificar causas e consequências são medidas sociais que provavelmente aliviam a preocupação crescente de pais, de professores, de pesquisadores e de agentes de saúde, especialmente por constatar-se o início cada vez mais precoce e o aumento gradativo do uso (MARTINS, 2006, CRUZ, 2006; LARANJEIRA et al., 2007).

Os dados destas pesquisas podem proporcionar à sociedade uma reflexão a respeito de como se está atuando diante deste problema, e a partir deste "diagnóstico", iniciar um processo de construção de novos olhares e de novas intervenções diante do assunto. Pesquisadores e agentes de saúde, que constataram essa realidade, iniciaram um trabalho diferenciado e fundamentado, porém estão encontrando muita resistência social (MARTINS, 2006).

Isso deve ocorrer, provavelmente, devido à política dominante no Brasil (e em quase todo mundo), que é denominada de Política Proibicionista (BRASIL, 2004). Esta política tem como um de seus principais instrumentos de persuasão os meios de

comunicação, que apresentam informações obscuras e induzem a sociedade a acreditar que não há saída para este problema, principalmente ao noticiar a decadência e a falta de perspectiva dos considerados “dependentes químicos”, os quais são, frequentemente, apresentados como os que roubam, matam, agredem e não têm controle sobre o próprio comportamento (MARTINS, MANZATO e CRUZ, 2005).

Além disso, são apresentados os confrontos dos policiais com os traficantes, identificando o “terror” com as drogas ilícitas, mas mostrando complacência com as drogas lícitas, principalmente com as referentes ao álcool, a respeito das quais, através das propagandas, ocorre uma associação de uma das bebidas, a cerveja, com mulheres lindas e momentos de intensa alegria e diversão.

Apesar de haver, em algumas propagandas, a descrição: “ESTE PRODUTO É DESTINADO A ADULTOS”, o alvo dessas propagandas é a população juvenil, ou seja, os atores das propagandas são belos jovens, fazendo atividades propícias a essa faixa etária. O resultado dessas propagandas é o fato de o álcool ser a droga mais usada por adolescentes e por jovens, fator que causa os maiores danos e gastos à saúde pública (CARLINI et al., 1989; CARLINI et al., 1990; CARLINI et al., 1990; GALDURÓZ, NOTO e CARLINI, 1997; GALDURÓZ et al., 2005; LARANJEIRA et al., 2007; BRASIL, 2004).

Embora a sociedade veja as drogas ilícitas como o grande problema social, elas não são diferentes das lícitas (MARTINS, 2006; KARAM, 2003; MARTINS, MANZATO e CRUZ, 2005), a não ser a própria legalização. Ocorre que a legalização de apenas algumas das drogas faz com que o cidadão calcule os riscos das drogas como se seu potencial danoso fosse classificado em uma escala que vai das legais às ilegais, ou seja, das sem riscos às com riscos (ANTUNES, 2006).

Diferentemente da imaginação social, estudos de Galduróz et al. (1994) e Bucher (1992) demonstram que 90% do uso abusivo de drogas é referente às legais

e cerca de 95% dos óbitos decorrentes do uso de drogas são devidos ao uso do álcool e/ou do tabaco.

Segundo Martins (2006), em relação aos adolescentes, os números também são preocupantes. Nos EUA, em metade dos acidentes de carro envolvendo adolescentes, há relato de uso de álcool, como também há indícios desse uso nos corpos de 45% a 50% dos adolescentes mortos de maneira violenta. O uso do álcool também é responsável pela maior parte de mortes por afogamento, por quedas fatais e por disparos de armas (WERNER e ADGER, 1995). Dados brasileiros apontam que o uso de álcool está relacionado com a atividade sexual precoce e sem uso de preservativo, com violência, com acidentes de trânsito e com queda no desempenho escolar (LARANJEIRA et al., 2007; MARTINS, 2006; PECHANSKY, SZOBOT e SCIVOLLETO, 2004).

Em um levantamento realizado por Martins (2006), de pesquisas em regiões brasileiras específicas a respeito do uso de álcool e outras drogas, o autor identificou 12 estudos, mas nenhum no Estado do Paraná. Com a hipótese da necessidade de realização de estudos nesta região, foi escolhida a cidade de Cascavel para a realização da pesquisa, situada no oeste do Paraná, considerada rota de tráfico por ser centro urbano próximo de cidades como Foz do Iguaçu, Capanema, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão, que fazem fronteira com os países Argentina e Paraguai. Além disso, Cascavel é considerada um polo estudantil, pela concentração de estudantes de ensino médio e universitário, residindo na cidade.

Nesta perspectiva, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o padrão de uso de álcool e o contexto de uso dessa substância, como também, o padrão de consumo das outras drogas (como): cigarro, maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes orgânicos e ecstasy. O levantamento desses dados poderá proporcionar um panorama específico desta região brasileira e contribuir com informações para o desenvolvimento de intervenções quanto a este tema.

A fim de realizar um detalhamento sobre esse tema, esta dissertação apresenta, no segundo capítulo, questões referentes ao uso de álcool, como a legislação, seus efeitos, fatores de risco e proteção, contexto de uso e pesquisas epidemiológicas a respeito desta substância.

No terceiro capítulo discutem-se os conceitos e as abordagens referentes ao álcool e outras drogas e, em seguida, as principais intervenções, como a Intervenção Breve (DIMEFF et al., 2002) e a Entrevista Motivacional (MILLER e ROLLNICK, 2001). O quarto capítulo trata do método utilizado para o alcance do objetivo dessa dissertação, e o quinto, os resultados, para, finalmente, no último capítulo, correlacionar os resultados com as teorias e as pesquisas anteriores, além das considerações a respeito desta pesquisa e possíveis futuras.

2 O Adolescente e o Uso de Álcool e Outras Drogas

Para o entendimento do tema, considera-se importante discutir os determinados tópicos: a) A legislação brasileira a respeito das drogas; b) O álcool e a legislação; c) As pesquisas epidemiológicas sobre o uso do álcool por adolescentes; d) Informações básicas sobre os efeitos do álcool no organismo humano; e e) Os adolescentes, fatores de risco/proteção e contexto de uso de álcool.

2.1 A legislação brasileira a respeito das drogas

O consumo de drogas corresponde a uma prática milenar e universal (BUCHER, 1992). E cada sociedade assume determinadas representações do uso em certo período histórico, podendo ter significados culturais, contraculturais e religiosos. Na sociedade brasileira atual, percebe-se uma grande preocupação social em relação às drogas ilícitas, quanto aos danos sociais e à saúde, e, contraditoriamente, um incentivo ao álcool, podendo ser por desconhecimento ou informações distorcidas referentes a essa droga.

Pesquisas científicas, principalmente as realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID, estão apresentando dados epidemiológicos que possibilitam a desconstrução das ideias preconcebidas referentes às drogas, que, no Brasil, foram creditadas devido ao contexto sociopolítico e histórico, como também à legislação.

A lei que proibia, até 2006, o uso e o tráfico da maioria das drogas (exceto álcool e tabaco) era a Lei Federal nº 6368/1976 (BRASIL, 1976). Essa lei conceituava o uso, o tráfico, mas não especificava as substâncias proibidas, pois estas são definidas por portaria do Ministério da Saúde (ELUF, 2004). O artigo 12 dessa lei não diferenciava o porte para o uso próprio e o tráfico, ambos enquadrados no último.

Com a nova lei de drogas – Lei Federal nº 11.343/2006 (BRASIL, 2006), no artigo 28, o consumo pessoal das drogas consideradas ilícitas continua sendo um ato infracional (ilícito), mas o usuário não será mais submetido à prisão, e sim a penas como advertência, prestação de serviços à comunidade ou medidas educativas.

Esta nova lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido; atenção e reinserção dos usuários e dependentes de drogas; como também estabelece as normas para a repressão à produção e ao tráfico ilícito, definindo os crimes.

Tal lei apresenta uma considerável mudança, apoiando-se na premissa de que as políticas públicas estão sendo viabilizadas em forma de lei, porém não busca solucionar o que alguns autores (VELHO, 1993; BUCHER e OLIVEIRA, 1994; BASTOS e CARLINI-COTRIM, 1998; MARTINS, MANZATO e CRUZ, 2005) expõem como um dos problemas a serem resolvidos na sociedade atual, a obscuridade social em relação às drogas lícitas, principalmente o álcool, no que se refere aos danos que elas acarretam à saúde e os prejuízos sociais.

Apesar de a questão das drogas ter passado atualmente a ser um problema de saúde pública (BRASIL, 2004) e de ser reconhecida a necessidade de desenvolver políticas de saúde e social para esse segmento, ainda não deixou de ser tratada como uma questão jurídico-policial. Disso decorre uma contradição, enquanto essa lei apresenta o desenvolvimento de intervenções aos usuários e dependentes de drogas, também determina punir, mas apenas aos usuários das drogas ilícitas, com penas mais brandas do que a lei anterior.

A manutenção da legalidade de algumas drogas e a ilegalidade de outras é permeada por interesses empresariais privados, que dificultam uma “política unificada de drogas” (SCHEERER e VOGT, 1989), uma política racional que regulamentasse e controlasse todas as substâncias psicoativas a partir das contribuições das pesquisas empíricas e dos conhecimentos da área das ciências

humanas. “Ao incluir estas dimensões no debate com os governos e a sociedade civil, é possível chegar a propostas tanto fundamentadas como legítimas aos olhos da sociedade” (BASTOS e CARLINI-COTRIM, 1998, p. 646).

2.2 O álcool e a legislação

O consumo do álcool é permitido no Brasil, com duas restrições. A primeira, a venda de bebidas alcoólicas é proibida para quem tem menos de 18 anos de idade, como estabelecido no artigo 81 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Federal nº 8069/1990 (BRASIL, 1990), a qual não demonstra muita rigorosidade, se comparada com a lei dos EUA, onde a venda é permitida somente aos maiores de 21 anos em quase todos os Estados (ELUF, 2004; BASTOS e CARLINI-COTRIM, 1998) e, ainda, essa proibição do ECA não tem sido obstáculo para os adolescentes brasileiros comprarem e consumirem álcool (ROMANO et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007). Enfim, essa é a primeira restrição legal.

A segunda restrição para o consumo de álcool é quanto a dirigir veículo, estando o motorista alcoolizado. Esta proibição está presente no artigo 165 do Código de Trânsito Brasileiro – CBT, Lei Federal nº 9503/1997 (BRASIL, 1997) e caracterizava, até 2006, que o estar alcoolizado é quando a pessoa está com o nível de álcool superior a seis decigramas por litro de sangue, nível medido pelo etilômetro, conhecido como *bafômetro* e que significa infração gravíssima. Essa especificação de nível foi alterada pela Lei Federal nº 11705/2008 (BRASIL, 2008), que estabelece nível de alcoolemia zero para dirigir veículo e impõe penalidades mais severas (multa – cinco vezes – e suspensão do direito de dirigir por 12 meses) para o condutor que dirigir sob a influência do álcool. Esta lei também proíbe, nas rodovias federais ou em terrenos contíguos à faixa de domínio, o oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo no local ou a venda farejista.

Quanto aos resultados iniciais desta nova determinação legal, conforme os dados da Polícia Rodoviária Federal (DETRAN, 6/1/2009), a “Lei Seca” (como a população a vem chamando) levou para a prisão 3924 motoristas bêbados, 62% do total de 6298 condutores multados pela ingestão de álcool no período de 6 meses no Brasil. Na operação de fim de ano (Natal e Ano Novo), o número de multas aumentou 166%, e não diminuiu o número de mortes (DETRAN, 6/1/2009), sendo 435 mortes, 13% a mais que no Natal e Révellion de 2007.

O Paraná (GAZETA DO POVO, 6/1/2009) é o sexto Estado brasileiro que mais aplicou multas a motoristas embriagados (374 autuações) e o número de mortes nas rodovias que cortam o Estado do Paraná (GAZETA DO POVO, 19/12/2008) caiu 28,6% nos seis meses de vigência desta lei em comparação com o mesmo período do ano passado. E a Polícia Rodoviária Federal - PRF registrou ,também em seis meses de “Lei Seca”, segundo reportagem do Programa Fantástico – Rede Globo de TV (4/1/2008), 6298 motoristas multados porque estavam bêbados ou se recusaram a fazer o teste do bafômetro, semelhante ao mesmo número de motoristas flagrados por embriaguez durante todo o ano de 2007, ou seja, 6300 flagrados.

2.3 As pesquisas epidemiológicas sobre o uso do álcool por adolescentes

Os estudos epidemiológicos que foram realizados até o momento no Brasil mostram que o consumo de bebidas alcoólicas, principalmente pelos jovens, é um importante problema de saúde pública (LARANJEIRA et al., 2007). O CEBRID vem mantendo atualizado um banco de dados confiáveis em todo o território brasileiro desde a década de 1980, com informações que destacam o uso das drogas lícitas, com ênfase no álcool.

Um desses levantamentos de dados foi o do I Levantamento Nacional nas

107 maiores cidades brasileiras (CARLINI et al., 2002), sendo o álcool a droga mais consumida no país, com 68,7% de relatos de pessoas que fizeram uso dessa substância pelo menos uma vez na vida e, especificamente entre os adolescentes, a porcentagem é de 48,3%, com critérios para a dependência do álcool para 11,2% da população geral. No II Levantamento (CARLINI et al., 2007), o dado é de 75% de relatos de pessoas que fizeram algum uso na vida e 54,3% para os adolescentes, dos quais 12,3% preenchem critérios para a dependência do álcool.

Para ambos os levantamentos, a segunda droga mais usada é o cigarro, com 41,1% da população que faz uso na vida para o I Levantamento (CARLINI et al., 2002) e 44% para o segundo (CARLINI et al., 2007), seguido da maconha (6,9%; 8,8%), solventes (5,8%; 6,1%), remédios para emagrecer (4,3%; 4,1%) que diminuíram o uso em 2007, passando a ser menor do que os calmantes (3,3%; 5,6%) e a cocaína (2,3%; 2,9%).

Foram realizados também cinco levantamentos com estudantes do ensino fundamental e médio, sendo que os quatro primeiros foram oriundos das dez maiores capitais brasileiras e o último abrangeu as 27 capitais brasileiras (CARLINI et al., 1989; CARLINI et al., 1990; GALDURÓZ, NOTO e CARLINI, 1997; GALDURÓZ et al., 2005).

Esses levantamentos também mostraram que a droga mais consumida é o álcool, havendo um pequeno aumento do uso na vida dessa substância até o terceiro levantamento (de 77,4% a 82,3%) e uma diminuição no quarto (74,1%) e no quinto (70,7%). Galduróz et al. (2005) explicam, porém, que, analisados esses dados pela faixa etária, a queda ocorre na idade de 10 a 12 anos, de 70,4% em 1993 para 49,5% em 2004. As outras faixas etárias – 13 a 15, 16 a 18 e maiores de 18 anos – mantêm os mesmos percentuais nos dois últimos anos.

No último levantamento (GALDURÓZ et al., 2005) constatou-se o início de uso de drogas na adolescência. E a média de idade do primeiro uso das drogas

legais – o álcool (12,5 anos) e o tabaco (12,8 anos) - foi menor que o primeiro uso das outras drogas estudado. Entretanto, mesmo a droga que é apresentada como com início de uso mais alta, é ainda na adolescência que ocorre, com 14,4 anos de idade em média. Tais resultados são relevantes, pois auxiliam na determinação da idade ou do período de vida – adolescência – que se deve iniciar a prevenção ao uso de drogas e quais drogas devem ser focadas – álcool e tabaco.

Os dados apresentados demonstraram alto consumo do álcool, o que incentivou o desenvolvimento do I Levantamento de padrão de uso de álcool (LARANJEIRA et al., 2007). As informações foram apresentadas separadamente, de uma forma que foi possível visualizar como bebem os adultos (maiores de 18 anos) e os adolescentes (14 a 17 anos).

Em relação aos adultos, 48% dos pesquisados são abstêmios, 24% bebem frequentemente e pesado e 29% são bebedores pouco frequentes e que não fazem o uso pesado. Ou seja, a metade da população não bebe, e, dos que bebem, a metade apresenta um padrão perigoso e apenas a outra metade bebe com um padrão que seja relativamente seguro.

Os adolescentes bebem numa alta frequência, sabendo-se que 9% bebem mais do que uma vez por semana (12% meninos e 6% meninas). E quase 50% dos rapazes beberam mais do que 3 doses por situação habitual e um terço deles consumiu 5 doses ou mais.

O beber se embriagando, conhecido na literatura internacional como “Binge drinking”, refere-se ao beber cinco doses ou mais para os homens e quatro ou mais para as mulheres, em uma única ocasião. Esse evento é uma das grandes preocupações dos profissionais e pesquisadores, por ser atividade geralmente associada a uma série de problemas físicos, sociais e mentais (NAIMI et al., 2003), principalmente por ocorrerem, durante esses episódios, importantes modificações neurofisiológicas nos bebedores, como a desinibição comportamental, a diminuição

da atenção, o comprometimento cognitivo, a piora da capacidade de julgamento e a diminuição da coordenação motora (LARANJEIRA et al., 2007).

O uso de bebidas alcoólicas, de uma forma geral, expõe seu usuário a situações de risco, como danos à saúde física, sexo desprotegido, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, coma alcoólico, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), quedas, acidentes de trânsito, comportamento antissocial e dificuldades escolares (SILVEIRA et al., 2008; MARTINS, 2006; BREWER E SWAHN, 2005; NAIMI et al., 2003).

Conforme Laranjeira et al. (2007), embora os adolescentes também apresentem uma alta taxa de abstinência (2/3 dos adolescentes), uma grande parte daqueles que bebem, eles o fazem de uma maneira problemática, sendo raros os que bebem pouco e com baixa frequência.

Outra questão importante foi descobrir a média de idade do início de uso (13,9 anos) e início do consumo regular (14,6 anos) dos adolescentes (14 a 17 anos). Esse dado foi comparado com os jovens (18 a 25 anos) que apresentaram início de uso de 15,3 anos e de consumo regular de 17,3 anos. Como se percebe, houve diferenças significativas em tal comparação, o que sugere que o fenômeno do beber precoce e regular está realmente acontecendo com os jovens (LARANJEIRA et al., 2007).

Também foram feitas pesquisas isoladas de específicas regiões brasileiras e os resultados também apontam o álcool como sendo a droga mais usada por adolescentes. Martins (2006) cita 12 pesquisas realizadas em cidades brasileiras: Ribeirão Preto - SP (SIMÕES e SIMÕES, 1980; MUZA et al., 1997); Brasília - DF (GODOI et al., 1991); Porto Alegre - RS (PECHANSKY, 1995; FERIGOLO et al., 2004); Cuiabá - MT (SOUZA e MARTINS, 1998); Florianópolis - SC (BAUS, KUPEK e PIRES, 2002); Assis - SP (GUIMARÃES et al., 2004); Juiz de Fora - MG (RIBEIRO et al., 1999); Guaratinguetá, Jaboticabal e Bauru - SP (KERR-CORRÊA et al., 2002);

Pelotas – RS (TAVARES et al., 2001); e Campinas – SP (SOLDERA et al., 2004). Estas pesquisas foram realizadas em 14 cidades dos seguintes Estados: SP (5 pesquisas; 8 cidades pesquisadas), RS (3; 2), SC (1; 1), MT (1; 1) e MG (1; 1) e DF (1; 1). Percebe-se que 4 pesquisas encontradas foram realizadas no Sul, mas nenhuma no Estado do Paraná. Constata-se uma limitação de levantamentos de dados nesta região e a necessidade de realizá-los.

2.4 Informações básicas sobre os efeitos do álcool no organismo humano

As informações que serão apresentadas são esclarecimentos que os profissionais de saúde deveriam estar utilizando em suas práticas e, principalmente, orientando os pacientes e a sociedade. Por exemplo, todos deveriam saber quando se pode considerar que o beber está sendo moderado, ou seja, quanto uma pessoa pode beber.

O “beber moderado” significa o uso de duas doses por dia para homens e de uma dose para as mulheres (RUBBIO VALLADOLID e PONCE ALFARO, 2000). Ocorre que, como demonstrado no I Levantamento Nacional sobre os padrões de uso de álcool (LARANJEIRA et al., 2007), são raros os adolescentes que bebem moderadamente, sendo que a maioria está na extremidade, ou é abstinência ou bebe muito.

O que está acontecendo na sociedade atual é o uso pesado de bebidas alcoólicas pelos adolescentes e pelos jovens em uma única ocasião, basicamente em bares e em festas e com amigos (MARTINS, 2006; CRUZ, 2006; LARANJEIRA et al., 2007; BASTOS e CARLINI-COTRIM, 1998). E muitos dessa população jovem respondem: “Mas eu só bebo no final de semana”.

Talvez acreditem que beber 14 doses em um fim de semana tenha o mesmo valor que 2 por dia numa semana, mas, segundo Martins (2006), esse ponto

precisa de um esclarecimento, pois que não é aconselhável tentar economizar durante a semana e beber todas estas doses na sexta-feira à noite ou no sábado, dado que beber mais do que cinco doses em uma única ocasião provavelmente leva à embriaguez e, conseqüentemente, aos riscos sociais e à saúde.

Não é válido conhecer a informação que o "beber moderado" corresponde a 2 doses para os homens e 1 para as mulheres, se não se souber o que é uma dose. Uma dose padrão é toda quantidade de líquido que contenha 12 gramas de álcool puro em seu interior. Esta quantidade é encontrada em uma lata de cerveja (350 ml), em um copo (americano) de vinho (350 ml) ou em uma dose de destilado, como pinga, uísque ou conhaque (36 ml). Percebe-se que, entre essas bebidas, o que as diferencia é a quantidade de água em que o álcool está diluído, pois todas contêm os mesmos 12 gramas de álcool, não eximindo o bebedor de cerveja da ingestão do álcool. (LEMOS e ZALESKI, 2004; MARTINS, MANZATO e CRUZ, 2005; MARTINS, 2006).

Da mesma forma, a definição da dose-padrão auxilia na compreensão do conceito de nível de álcool no sangue (NAS), que significa a concentração de álcool no organismo posterior à ingestão de bebida alcoólica (MATTHEWS e MILLER, 1979; WATSON, WATSON e BATT, 1980). O NAS é influenciado por fatores como a taxa do metabolismo do álcool, o peso e o sexo da pessoa. Tais fatores foram descritos por Martins (2006).

O metabolismo se refere ao tempo necessário para o organismo eliminar uma dose de álcool, sendo, em média, de uma hora. Atitudes que se costumam adotar para driblar a ingestão excessiva de bebidas, como banhos frios e café amargo, não aceleram o processo. O segundo fator importante a considerar para a determinação do NAS é o peso da pessoa, porque, quando o álcool é ingerido, ele se dilui por todo o corpo e, assim, quanto maior é o peso, maior é o espaço para a bebida espalhar-se. E o fator sexo deve ser destacado também, pois a mulher

alcança NAS mais alto do que os homens consumindo a mesma dosagem, e ainda, na maioria das vezes, ela tem um peso menor do que ele. Esses três fatores devem ser levados em conta em se tratando de consumo de álcool.

2.5 Os adolescentes, fatores de risco/proteção e contexto de uso de álcool

A adolescência é um período de vida que apresenta uma forte carga de pressão social ao exigir que os jovens, ao deixarem a infância, tornem-se menos dependentes de proteção e de cuidados (SILVA e MATTOS, 2004). A adolescência é um tempo dado para a preparação do indivíduo para a vida adulta, tempo denominado por Calligaris (2000) de moratória.

Por ser considerada uma época de transição, de curiosidade, de procura de identidade e de experiências que tragam novas respostas existenciais, assim se explica o envolvimento em situações de risco e a necessidade de testar limites que ocorrem nessa idade. A experimentação das substâncias psicoativas pode ser uma alternativa para facilitar ou para disfarçar as dores emocionais e existenciais, em um ritual de passagem da infância para a vida adulta (ESTEFENON e ALVES, 2002).

Segundo Scivolletto e Giusti (2007), a curiosidade natural do adolescente é um dos fatores internos de maior influência na experimentação de substâncias psicoativas, o que impulsiona a experimentar novas sensações e prazeres. O jovem vive o presente, busca realizações imediatas e os efeitos das drogas vão ao encontro desse perfil, proporcionando prazer passivo e imediato. Somam-se a isso fatores externos, como a opinião de amigos, fácil acesso às drogas e oportunidades de uso e se ocorre o ambiente propício para experimentar drogas.

Em relação ao álcool, alguns jovens convivem em contextos sociais facilitadores, como o brasileiro, que muitas vezes aceita, populariza e estimula o uso. È comum o incentivo da família nesse período de vida e a inserção no grupo passa a

ser fundamental, situação em que o beber pode se tornar um meio de integração (PINSKY e BESSA, 2004). Estudos confirmam esse dado (MARTINS, 2006; CRUZ, 2006; LARANJEIRA et al., 2007; GOMES e ARAÚJO, 1998; BECK, THOMBS e SUMMONS, 1993).

Para se conhecer a causa do uso do álcool e outras substâncias, pesquisadores analisaram os fatores de risco e os de proteção (PECHANSKY, SZOBOT e SCIVOLETTO, 2004; BAUS, KUPEK e PIRES, 2002; JINEZ, 2007; SANCHES, OLIVIERA e NAPPO, 2004; CONCEIÇÃO e SUDOBRAK, 2004; SHENCKER e MINAYO, 2005), mas, conforme sinalizado por Martins (2006), esses fatores não podem ser analisados de uma forma dicotômica, de um lado os riscos e do outra a proteção, como se fosse tudo ou nada. Isto quer dizer que apresentar algumas características de risco, isso não signifique necessariamente utilizar drogas. É provável que seja uma combinação entre ambos os fatores, na realidade de vida do adolescente, que poderá levá-lo a usar drogas ou não.

Esses riscos, os adolescentes os correm ao buscarem prazer com o uso de drogas, mas também podem se tornar dependentes e comprometer a realização de tarefas consideradas normais do desenvolvimento como: o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais, sentido de adequação e competência; e a preparação para a transição para o próximo estágio de vida – a adulta (SHENCKER e MINAYO, 2005). Isto provavelmente ocorre porque há prejuízos na capacidade de processamento de novas informações, alterações na capacidade de concentração, de retenção e de julgamento (KANDEL e DAVIES, 1996).

Há também riscos como os já tratados anteriormente com o comportamento de beber em "binge drinking", comportamento que, além dos prejuízos mencionados no parágrafo anterior, pode ter consequências como brigas, sexo sem camisinha, violência e acidentes de trânsito. Autores como Conceição e Sudbracke (2004); Shencker e Minayo (2005); Sudbracke e Dalbosco (2005)

discutem os fatores protetivos e os fatores de riscos distribuindo-os em domínios como familiares, amigos, escolares, individuais e comunitários.

Os fatores de risco em relação aos pais não devem ser pensados apenas como genéticos ou por modelo a ser seguido. Apesar de isso de fato ocorrer, existem outras questões, como a permissividade dos pais ou até mesmo o incentivo deles quanto ao uso do álcool, por exemplo. Outros fatores são preponderantes, como: falta de suporte parental, relações conflituosas na família, falta de interesse dos pais com os filhos, brigas e separação, dificuldade de estabelecer limites, educação autoritária associada com pouco zelo e pouca afetividade nas relações, monitoramento parental deficiente (CONCEIÇÃO e SUDBRACKE, 2004; SHENCKER e MINAYO, 2005; PECHANSKY, SZOBOT e SCIVOLETTO, 2004).

Os fatores de proteção, diferentemente, apresentam-se como a existência de vinculação familiar, de regras na rotina familiar e de modelos de comportamento de pais e irmãos. Até mesmo em caso de pais adictos, se a relação for amorosa, afetuosa e de cuidado, isto pode ser um fator protetivo (SHENCKER e MINAYO, 2005).

O mesmo acontece em relação aos amigos, podendo ser considerada uma influência negativa aqueles que usam drogas e a aprovam ou, ainda, que apresentam rejeição a regras e a atividades organizativas. E, se os amigos não usam e não valorizam drogas, mas participam de atividades recreativas, então exercem uma influência positiva (CONCEIÇÃO e SUDBRACKE, 2004).

Na escola, a disponibilidade das drogas aos arredores é um facilitador para o uso, além de questões como a falta de motivação para os estudos, absenteísmo escolar, o mau desempenho escolar (SHENCKER e MINAYO, 2005), regras inconsistentes a respeito das drogas e as demais conduta dos alunos, e incongruência na aplicabilidade das regras e normas (CONCEIÇÃO e SUDBRACKE, 2004).

Por apresentar instrumentos de promoção da autoestima e do autodesenvolvimento e socialização, a escola pode ser um agente fundamental na potencialização da resiliência. A resiliência (desenvolvimento de competências diante da adversidade) é considerada, por Shencker e Minayo (2005), um fator protetivo ao lado do chamado "coping", conceito que agrega o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas em situações adversas e estressantes. Ao contrário, insatisfação pessoal, baixa autoestima e insegurança, junto com a curiosidade em relações a novas sensações e prazeres imediatos, própria das características dessa fase, são facilitadores do uso (SCIVOLLETO e GIUSTI, 2007).

É muito difícil o desenvolvimento da dependência do álcool já na adolescência, porque demora muito tempo para que se instale, ou seja, em média demora 10 anos (BASTOS e CARLINI-COTRIM, 1998), mas quanto aos adultos que são dependentes, a maioria iniciou o uso na adolescência. Por isso, duas questões devem ser consideradas nos projetos de prevenção, a dependência (como prejuízo a longo prazo) e o beber excessivo em uma única ocasião (como prejuízo a curto prazo).

3 Políticas e Intervenções ao Uso de Álcool e Outras Drogas

Este capítulo está dividido em dois temas, o primeiro a respeito das políticas sobre drogas e o segundo sobre estratégias de enfrentamento. São eles: a) Políticas sobre drogas: Política Nacional sobre drogas e Política de atenção integral do Ministério da Saúde; b) Evolução do conceito de uso de álcool e estratégias de enfrentamento: evolução da conceituação de uso de álcool, estratégias motivacionais relacionado a mudança do comportamento problema e intervenção breve.

3.1 Políticas sobre drogas

O debate em relação às drogas se fundamenta em dois discursos. Esses discursos tendem a configurar o problema, de um lado, como questão de segurança pública (narcotráfico e repressão da oferta) e, do outro, como de saúde pública (diminuição da demanda e redução de danos).

Este processo se configurou no Brasil por duas políticas de enfrentamento à questão – a Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2003), depois modificada para Políticas Nacionais sobre Drogas – PNAD (BRASIL, 2005) e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004), do Ministério da Saúde (GARCIA, LEAL e ABREU, 2008).

3.1.1 Política Nacional sobre drogas

A política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2003) foi implementada pela Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD com base no “proibicionismo”, que tem origem nos EUA e considera que todas as pessoas devem ser abstêmias a qualquer

tipo de droga (MARTINS, MANZATO E CRUZ, 2005). Baseando-se em ações punitivas, conta com leis penais para a criminalização das condutas de produção, de distribuição e de consumo de algumas drogas (KARAM, 2003).

Foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD através da Lei Federal nº 11.343/2006 (BRASIL, 2006), que prescreve medidas de prevenção e de tratamento à dependência química e, ao mesmo tempo, as normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito, configurando-se a própria lei em oscilações entre a segurança e a saúde pública.

O mesmo governo realinhou a Política Nacional Antidrogas para a Política Nacional sobre drogas - PNAD, através da aprovação do Conselho Nacional Antidrogas (BRASIL, 2005) - agora reformulado para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, através da Lei Federal nº 11.754/2008 (BRASIL, 2008).

A resolução que aprova o realinhamento desta política apresenta, entre seus pressupostos, “Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (CONAD, 2005, p. 1). Demonstra, assim, a contradição em manter o tratamento diferenciado entre as drogas lícitas e ilícitas.

De outro lado também reconhece a estratégia de redução de danos como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, garantindo o apoio à implementação, à divulgação e ao acompanhamento das iniciativas e das estratégias de redução de danos, além de garantir, promover e destinar recursos para a capacitação, o treinamento e a supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos.

Entende-se, portanto, que a política governamental atual, por um lado incentiva e apoia a abordagem da Redução de Danos, que é contrária à política proibicionista, e, por outro, mantém o ideal de um cenário brasileiro sem drogas através de medidas de repressão. Conforme Babor, Caetano e Casswel (2003), as

políticas refletem espaços contraditórios nos quais comparecem múltiplos interesses de produtores, de comerciantes, do governo, dos usuários e dos especialistas.

3.1.2 Política de atenção integral do Ministério da Saúde

O documento que define esta política foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica, e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. A ideia é que essa ação integral possibilite o desenvolvimento de uma política menos centrada no controle e na repressão e se comprometa a enfrentar os diversos problemas associados ao consumo de drogas, buscando promover a melhoria das condições sanitárias dos usuários, dos dependentes e da população em geral (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Segundo Moraes (2008), o programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas definiu, como principais componentes da assistência: a atenção básica; nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementares à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS.

De acordo com a mesma autora, esta política também iniciou uma discussão a respeito da problemática do uso do álcool, numa tentativa de desenvolver uma política pública específica para essa droga. Além disso, fundamentou-se na abordagem de redução de danos para o desenvolvimento das intervenções aos usuários de álcool e outras drogas.

A abordagem da redução de danos, oposta à visão tradicional de redução da oferta, está construída sobre dois argumentos, sendo o primeiro baseado no entendimento de que é impossível uma sociedade completamente sem drogas e o

segundo, de que a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente.

Ao invés de investir em banir o uso de drogas, a redução de danos investe em intervenções ao “mau uso que pode resultar em importantes ameaças ao bem-estar do indivíduo ou da sociedade” (MACRAE, 2003, p. 1). E, conforme o documento do Ministério da Saúde (2004), o principal objetivo da redução de danos é a abstinência, mas não é o único possível a ser alcançado.

Segundo Machado e Miranda (2007), esta política trata de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas na sociedade como um fenômeno complexo, com implicações psicológicas, sociais, econômicas e políticas, e, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – e nem de ações exclusivas da saúde pública.

3.2 Evolução do conceito de uso de álcool e estratégias de enfrentamento

Entender o desenvolvimento histórico do conceito de uso de álcool é uma prerrogativa no estudo das intervenções, dado que a conceituação exerce um papel fundamental na maneira de tratar as drogas e seus usuários. O tratamento e a etiologia caminham juntos, histórica e culturalmente, transformando-se em diversas maneiras de olhar e “cuidar” a quem, de uma maneira ou de outra, precisa ou está sendo “cuidado”.

Estratégias de enfrentamento podem ser úteis não só ao tratamento, mas também a prevenção, como as estratégias motivacionais relacionado a mudança do comportamento problema e a intervenção breve.

3.2.1 Evolução da conceituação de uso de álcool

O conceito de alcoolismo surgiu a partir do século XVIII, após crescente produção e comercialização do álcool destilado, posterior à revolução industrial (GIGLIOTTI e BESSA, 2004). E, apesar do Magno Huss ter sido o primeiro, no século XIX, a definir o alcoolismo como doença e de os Alcoólicos Anônimos se nortearem por esse mesmo conceito desde 1935, somente com Jellinek (1960) é que o conceito de alcoolismo como doença se popularizou na ciência (RAMOS e WOITOWITZ, 2004).

Jellinek (1960) considerava o alcoolismo uma doença de acordo com uma tipologia empiricamente determinada e classificava os pacientes em função do consumo de álcool em Alfa, Beta, Gama, Delta e Epsilon (EDWARDS, 1992; MARQUES, 2001; GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Em 1976, Edwards e Gross propuseram o conceito da Síndrome de Dependência do Álcool, conceito que considera a dependência do álcool como um conjunto de sinais e de sintomas decorrentes do uso disfuncional da substância e decorrentes de aspectos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo (MARQUES, 2001). Ou seja, o alcoolismo não seria tanto uma condição única e com um tratamento único, mas uma síndrome capaz de alojar variadas condições. Esta visão se mantém no CID – 10 e DSM – IV (RAMOS e WOITOWITZ, 2004).

Além disso, segundo Ramos e Woitowitz (2004), surgiram os conceitos de bebedor pesado, de bebedor abusivo e de bebedor problema, através de estudos de sociólogos e de epidemiologistas que destacavam que alguns usuários de álcool não tinham a doença alcoolismo, mas eram responsáveis por acidentes de trânsito e de trabalho, por agressões físicas e apresentavam infecções clínicas que os colocavam na posição de consumidores de serviços de saúde e merecedores de atenção.

A partir disso, foram criadas quatro categorias diagnósticas: a dos abstêmios, a dos bebedores sem problemas, a dos bebedores com problemas e a dos alcoolistas. E Vaillant (1983) mostrou, em seus estudos, que os bebedores com problemas podem conseguir retornar a um padrão de consumo sem problemas, podendo ocorrer até mesmo com os alcoolistas, mas numa menor frequência.

Essa categorização diagnóstica está atualmente fazendo parte de abordagem e das intervenções a usuários de álcool e outras drogas. A abordagem à qual se refere é denominada de Redução de Danos (MARLLAT, 1996; MARLLATT, 1999; TELLES e BASTOS, 1995; MACRAE, 2004) e está se desenvolvendo por não exigir a abstinência total do usuário de drogas, ao contrário do modelo médico, que define o alcoolismo como uma doença.

A Redução de Danos passou a fundamentar intervenções que consideram que reduzir os danos é um meio para se chegar ao objetivo final, que é a abstinência, mas que não exige necessariamente que o indivíduo chegue a essa meta final. Uma das abordagens que trabalha nesta perspectiva é a entrevista motivacional, desenvolvida por Miller e Rollnick (2001), baseada, em parte, nos estudos de Prochaska e Diclemente (1982). Outra abordagem é a intervenção breve BASICS, desenvolvida para atender adultos jovens (DIMEFF et al., 2002).

Ocorre que é o modelo médico que está muito difundido no mundo e no Brasil, percebendo-se sua presença nos grupos como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e nas comunidades terapêuticas. Um método muito utilizado, que foi fundamentado no modelo médico, é o Minnesota, um modelo grupal que visa o alcance dos 12 passos e usado por muitas instituições brasileiras após trazido para o Brasil por Ramos et al. (1978).

Devido à alta exigência, que, algumas vezes, de uma forma contraditória, exige que o sujeito fique abstêmio antes mesmo de iniciar o tratamento, o modelo médico também mostra poucos resultados na maneira de atuar, além de representar

muitos gastos na saúde pública. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) vem propondo que novas alternativas sejam consideradas em relação às drogas.

3.2.2 Estratégias motivacionais relacionada à mudança do comportamento problema

A dificuldade em se manter por um longo período em tratamento do álcool parece estar vinculada a um conflito motivacional com relação à modificação de seu comportamento problema (HEATHER, 1992). Em função disso, foi desenvolvido um Modelo Transteórico, por Prochaska e DiClemente (1982).

Este modelo descreve estágios de mudança nos quais o indivíduo transita, estando em tratamento ou não, mas esses estágios não ocorrem de forma linear, sendo melhor representados por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).

Os estágios motivacionais são: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Na pré-contemplação não há a intenção de mudança, e nem uma consciência crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema; na contemplação já há a conscientização do problema, mas existe uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança; na preparação começa-se a fazer os planejamentos para a ação, que é quando se realizam as atitudes de mudança; a manutenção se refere às atitudes a serem mantidas num trabalho de prevenção à recaída e a estabilização dos ganhos obtidos durante a ação (PROCHASKA e DICLEMENTE, 1999).

A entrevista motivacional, instrumento criado por Miller e Rollnick (2001), contempla esses estágios, auxiliando os indivíduos nos processos de mudanças comportamentais e nas resoluções da ambivalência para essas mudanças de comportamento. Essa entrevista motivacional apresenta-se como uma técnica

simples, com custo baixo, transparente, baseada em princípios cognitivos como o entendimento dos problemas e as reações emocionais frente a eles, e o estabelecimento de alternativas para modificar os padrões de pensamento, com a implementação das soluções (ANDRETTA e OLIVEIRA, 2005).

Este modelo de intervenção está se mostrando adequado para o trabalho com os adolescentes. Principalmente porque, de uma maneira geral, os adolescentes não analisam seu hábito de usar drogas e, muitas vezes, não fecham critérios diagnósticos para a dependência, dificultando outros tratamentos (BORSARI e CAREY, 2000).

Por não avaliarem seus hábitos ou não considerá-los um problema, raramente vão buscar ajuda por conta própria, sendo, então, encaminhados pela justiça, pela escola ou pela família. E muitos desses adolescentes não estão motivados, pelo contrário, estão resistentes ao tratamento, o que dificulta o trabalho.

Esta técnica pode, porém, auxiliar na maximização da motivação para a mudança, além de não confrontar e de não fazer imposições, mantendo a liberdade de escolha do adolescente. Os adolescentes, ao se sentirem mais respeitados e autônomos, têm condições de avaliar as consequências das atitudes sob o efeito do álcool, como a prática sexual sem preservativo, agressividade e o dirigir alcoolizado, e considerá-las ao tomar suas decisões (ANDRETTA e OLIVEIRA, 2005).

3.2.3 Intervenção breve

A técnica da entrevista motivacional pode ser realizada como fazendo parte de outra, denominada Intervenção Breve, desenvolvida pela equipe de Marlatt, da Universidade de Washington, Seattle, USA (DIMEFF et al., 2002), realizando estudos em países como Austrália, Bulgária, México, Reino Unido, Noruega, Suíça,

Estados Unidos e em outros países (MARQUES e FURTADO, 2004). E está sendo avaliada no Brasil (SIMÃO et al., 2008; MARTINS, 2006; RONZANI et al., 2005; OLIVEIRA, 2005; DE MICHELI, 2004; SEGATTO et al., 2007).

O objetivo fundamental da Intervenção Breve (IB) é reduzir o risco de danos advindos do uso continuado de substâncias psicoativas ou, mais exatamente, diminuir as chances e as condições que favoreçam o desenvolvimento dos problemas relacionados ao uso das substâncias. As metas são estabelecidas para cada um a partir da clara identificação de seu padrão atual de consumo e dos riscos associados (MARQUES e FURTADO, 2004).

A identificação do padrão de uso se faz na triagem, que é o primeiro passo da IB, que consiste em identificar as pessoas cujo consumo de álcool pode proporcionar riscos à saúde, como também aqueles que estão experimentando problemas com o álcool, incluindo a dependência. E é recomendado que se utilize um instrumento padronizado e validado (SEGATTO et al, 2007).

O AUDIT - Teste de Identificação de Desordens Causadas pelo Uso do Álcool (BABOR et al., 1992), formulado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde, por uma equipe de pesquisadores internacionais e validado em diversos países, é uma das melhores opções para a identificação de bebedores excessivos e, especificamente no Brasil, foi adaptado por Mèndez (1999). Por mais que este teste tenha sido elaborado para identificar o consumidor adulto do álcool, ele também está sendo satisfatório com estudantes universitários e testado em adolescentes, obtendo o mesmo resultado (MARTINS, MANZATO e CRUZ, 2005; MARTINS et al., 2008).

É um teste de fácil aplicação e usado em ações de prevenção, realizadas em diferentes níveis e em diferentes contextos. E, quando associado à IB, o AUDIT proporciona uma aproximação inicial e permite retorno (*feedback*) de uma forma objetiva ao usuário de álcool ou outras drogas, possibilitando, assim, a introdução de procedimentos de IB e a motivação para a mudança comportamental (MINTO et al.,

2007). Essa forma de trabalho, de reconhecimento precoce e de intervenção rápida, foi denominada, no Brasil, de Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves - EDIBs (FURTADO, 2003).

Miller e Sanches (1993) propuseram elementos essenciais no processo de intervenção breve dirigido a usuários de substâncias psicoativas: avaliação do problema (triagem), devolutiva (*feedback*), discussão dos prós e dos contras do uso, estabelecimento de metas, orientações e desenvolvimento de autoeficácia (DE MICHELI et al., 2004).

O foco principal das Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves é em nível de atenção primária à saúde por apresentar uma das melhores ocasiões para as ações preventivas, caracterizada por uma boa relação de custo/efeito, atendimento a um grande número de pessoas e pela oportunidade de intervir antes que o padrão de uso de álcool provoque danos à saúde. Além disso, o ambiente de atenção primária é ideal para a continuidade do monitoramento e para a repetição de intervenções (BABOR, 2001).

Marques e Furtado (2004) descrevem locais apropriados para a implementação do Programa de Rastreamento com o uso do AUDIT para o emprego de Intervenções Breves, tais como: serviço de atenção primária, serviços emergenciais, consultório médico, hospitais gerais/ambulatórios, hospitais psiquiátricos, tribunal/cadeia/presídio, outras situações de riscos (para pessoas que vêm apresentando prejuízos sociais ou ocupacionais – como, por exemplo: problemas conjugais, negligência infantil, etc., serviços militares e ambientes de trabalho).

Não se encontram, no detalhamento dos locais citados pelos autores, as escolas, sendo que estas se apresentam como um espaço peculiar para o desenvolvimento de projetos de prevenção. Martins, Manzato e Cruz (2005) descrevem o procedimento da intervenção breve:

Pode ser aplicado a estudantes de ensino fundamental e médio, nas escolas, dentro de um projeto de prevenção e redução de uso de drogas legais e ilegais. Este trabalho pode partir de uma proposta da própria escola e envolver a comunidade na qual está inserida. Para a organização da proposta, a equipe escolar poderá contar com especialistas da área e do conhecimento existente sobre montagem de projeto. (Martins et al, 2005, p.324).

O desenvolvimento de projetos de IB com adolescentes nas escolas se justifica por haver um grande número de alunos fazendo uso abusivo e precoce de drogas, principalmente do álcool. O rastreamento com o AUDIT e o atendimento pode ser realizado com um número grande de alunos, sem que necessariamente eles busquem a ajuda, por muitos adolescentes não perceberem os prejuízos que a droga pode estar lhes causando.

A aplicação do AUDIT auxiliará na identificação dos alunos que bebem excessivamente, podendo haver a intervenção antes ou depois de o padrão do uso de álcool estar prejudicando a saúde do adolescente, não necessariamente trabalhando a dependência, pois pouco ocorre nessa fase, mas, possivelmente, o comportamento "binge", comum na adolescência.

Essa proposta pode ser realizada pelos próprios educadores, podendo haver o auxílio de profissional de saúde, pois muitos dos professores conhecem casos de uso de drogas, mas não sabem o que fazer com a situação.

No V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, Galduroz et al. (2004, p. 361) mencionam sobre suas percepções quanto à intervenção na escola:

Durante as visitas de nossos aplicadores dos questionários, uma angústia por parte dos diretores, coordenadores, professores e funcionários dos estabelecimentos de ensino foi a falta de condições para lidar com a questão das drogas. Houve muitos pedidos de palestras, orientações e, às vezes, até mesmo revolta, pois "há muitas pesquisas e pouco disso é colocado em prática". Portanto, esta é a primeira e importante conclusão desta pesquisa: falta capacitação dos profissionais do ensino e efetivação de programas de prevenção nas escolas. (Galduroz et al., 2004, p. 361).

É notória a necessidade do trabalho com drogas na escola, e a estratégia de diagnóstico e intervenção breve pode ser desenvolvida por profissionais escolares, por serem eles os mais próximos dos alunos. A técnica se apresenta como a mais adequada a esses jovens, por ser breve e não haver imposição, além de não se apoiar apenas no comportamento dependente, mas também no uso abusivo, buscando reduzir os danos.

4 Método

Nesta pesquisa foi realizado um levantamento epidemiológico do uso de álcool e outras drogas e o contexto em que ocorre a conduta de uso de álcool por adolescentes. E, para o alcance desse objetivo, a pesquisa foi desdobrada em duas fases.

A primeira fase constou de um levantamento inicial do uso de álcool, no qual foi utilizado o instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT (BABOR et al., 1992), além da avaliação da “Quantidade e Frequência de Consumo de Álcool” – Q_F (DIMEFF et al., 2002) e da análise do nível socioeconômico, religião e beber problemático de familiar. Desta primeira etapa, participaram 133 alunos do ensino médio de três escolas.

Do total dos 133 alunos, foram sorteados 63, divididos em quatro grupos, de acordo com o resultado da classificação do AUDIT (positivo e negativo), combinado com a variável sexo. Ou seja, foram divididos em grupo 1 (positivos masculinos), grupo 2 (positivos femininos), grupo 3 (negativos masculinos) e grupo 4 (negativos femininos).

Estes estudantes participaram da segunda etapa, que foi uma entrevista que constou de um questionário com 10 questões a respeito do uso de oito drogas, lícitas e ilícitas. Além de mais 15 questões que abordaram o contexto do uso do álcool.

Todos esses passos são descritos detalhadamente a seguir, iniciando com a apresentação dos participantes, seguido da descrição dos instrumentos utilizados em cada etapa, procedimentos, análise dos dados e considerações éticas.

4.1 Participantes

Em primeiro lugar, foi feito contato com a 10ª Regional de Educação do Paraná, com o objetivo de receber sugestões referentes à escolha das escolas em que seria realizada a pesquisa. Foram indicadas duas escolas, uma está em um dos bairros localizados na periferia e a outra no centro. Posteriormente, a pesquisadora fez contato com as duas escolas sugeridas a fim de pedir permissão para a realização do estudo, o que resultou na aceitação de ambas e no início da organização dos horários para a aplicação dos instrumentos nos locais.

Seguidamente buscou-se contatar uma escola particular para realizar a pesquisa. A pesquisadora visitou três escolas privadas e apenas a terceira aceitou participar da pesquisa e considerou importante obter resultados sobre o uso de drogas de seus alunos.

Para fins de identificação, as duas escolas estaduais passaram a ser denominadas de Escola 1 (periférica) e Escola 2 (central) e a particular, de Escola 3. Estão localizadas na cidade de Cascavel – PR, com uma população de 285.784 (IBGE, 2007) habitantes, considerada um polo regional referente a serviços de saúde e referente a estudos universitários, por estar cercada por mais 17 cidades que totalizam a região cascavelense, com uma estimativa de 395.285 habitantes. Outro fator relevante dessa cidade é a proximidade com a região de Foz do Iguaçu (que faz fronteira com Paraguai e Argentina, países vizinhos), tornando-se rota de contrabandos e narcotráfico.

O levantamento inicial foi aplicado no total de 133 alunos, seguindo o critério de exclusão de alunos com idade acima de 30 anos, distribuídos conforme algumas variáveis descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos participantes do levantamento inicial por escola

	Escola 1		Escola 2		Escola 3	
	f	%	f	%	f	%
Alunos por escola	30	22,6	69	51,9	34	25,6
Alunos por gênero						
feminino	14	21,2	30	45,5	22	33,3
masculino	16	23,9	39	58,2	12	17,9
Período						
Noturno	0	0	36	100	0	0
Diurno	30	30,9	33	34	34	35,1
Nível socioeconômico						
A	1	5,0	10	50,0	9	45,0
B	5	7,8	37	57,8	22	16,1
C	17	53,1	14	43,8	1	3,1
D	5	45,5	6	54,5	0	0
Série						
1	30	25,9	69	59,5	17	14,7
2	0	0	0	0	17	100
Idade						
14 a 16	24	82,7	55	79,6	26	83,9
17 a 19	4	13,8	10	14,4	5	16,2
20 a 22	0	0	3	4,3	0	0
23 a 25	0	0	0	0	0	0
26 a 28	1	3,4	0	0	0	0
Religião						
Católica	12	40	43	62,3	18	52,9
Evangélica	7	23,3	14	20,3	5	14,7
Espírita	0	0	1	1,4	3	8,8
Não tem	9	30	2	2,9	2	5,9
Em branco	1	3,3	8	11,6	5	14,7
Outra	1	3,3	1	1,4	1	2,9

Observa-se, na tabela acima, que a Escola 2 apresentou um número maior de alunos do que as outras escolas. Isso se deu porque apenas ela foi escolhida para se avaliar a variável período – matutino e noturno, sendo que, do total de alunos da Escola 2, 47,9% dos alunos estudavam no período da manhã e 52,1% estudam no da noite.

Nota-se também que os alunos, na sua maioria, eram adolescentes, que têm em média a idade entre 14 e 18 anos (92,5%). A maioria deles tinha nível socioeconômico B e C (72,2%), conforme o critério ABA/ABIPEME (ALMEIDA e WICKERHAUSER, 1991), tendo predominância do B (48,1%).

Seguindo o mesmo critério, o nível socioeconômico por escola, grande parte dos alunos da classe A são da Escola 2 (50%) e 3 (45%), da classe B a Escola 2 (57,8%), da classe C a Escola 1 (53,1%) e a 2 (43,8%), e a classe D também da Escola 1 (45,5%) e 2 (54,5%). Não havendo nenhum aluno da classe D e uma minoria da Classe C (3,1%) na Escola 3 e poucos alunos da classe A (5%) e B (7,8%) na Escola 1, enquanto que a Escola 2 apresenta alunos pertencentes às 4 classes, possibilitando, assim, uma análise das escolas por nível socioeconômico.

Pode também ser observado, na Tabela, que a pesquisa foi feita com um pequeno número de estudantes do 2º ano, ou seja, apenas com a Escola 3. Isso ocorreu porque na escola privada havia de 15 a 20 alunos por sala, praticamente a metade das escolas estaduais. Com o objetivo de ter um número semelhante de alunos nas três escolas, foi realizada pesquisa também em duas salas do ensino médio da escola privada, salas que foram escolhidas pela coordenação., mas deve ser lembrado que a escola estadual do centro deveria ter aproximadamente o dobro de entrevistas, porque foi feito em dois períodos (matutino e noturno).

O levantamento inicial foi realizado com o instrumento Alcohol Use Disorders Identification test – AUDIT (BABOR et al., 1992), que avalia o padrão de uso do beber, classificando como positivos os que fazem 8 ou mais pontos no teste, que representa uso de risco de álcool, e negativos os que fazem o uso moderado ou são abstinêncios. Este teste identificou que há um grande número de estudantes positivos (34,6%), isto é, que apresentam um beber arriscado.

4.1.2 Participantes da entrevista

Foi planejado formar quatro grupos, formação resultante da combinação da classificação no AUDIT (positivo e negativo) por sexo, que resultou nos seguintes grupos:

Grupo 1: positivos masculinos

Grupo 2: positivos femininos

Grupo 3: negativos masculinos

Grupo 4: negativos femininos

O número de participantes em cada grupo foi determinado pela quantidade de ocorrências de AUDIT positivo feminino na Escola 2, que somaram somente sete sujeitos, somando os alunos que estudavam no período da manhã e da noite. Para os outros grupos da mesma escola sortearam-se oito participantes com o objetivo de evitar a perda de sujeitos e o total de alunos entrevistados foi de 31 para os quatro grupos da Escola 2.

Nas outras duas escolas, objetivou-se realizar a pesquisa com aproximadamente a metade dos alunos da Escola 2, pois já no levantamento inicial a Escola 2 apresentou um número de alunos próximo ao dobro das outras escolas. Conforme o número de alunos que resultou em cada grupo de acordo com a classificação do AUDIT, foi possível realizar a entrevista com um número entre 3 e 5 alunos para cada grupo em cada uma das duas escolas. Somando 17 alunos na Escola 1 e 15 alunos na Escola 3. A combinação está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Frequência e porcentagem dos participantes das entrevistas por escolas e grupos

	Escola 1		Escola 2		Escola 3	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Grupo 1	5	31,3	8	50	3	18,8
Grupo 2	3	21,4	7	50	4	28,6
Grupo 3	4	25	8	50	4	25
Grupo 4	5	29,4	8	47,1	4	23,5

Estas combinações resultaram num total de 63 (47,3%) entrevistados nas três escolas, totalizando um número muito semelhante entre os rapazes (14,4%) e as moças (14%), ou seja, os grupos foram organizados da maneira como foi planejado.

4.2 Instrumentos

Os instrumentos foram selecionados e/ou criados de acordo com cada etapa da pesquisa e assim serão apresentados.

4.2.1 Instrumentos do levantamento inicial (*Screening*)

Esta primeira etapa foi constituída em um único instrumento, mas dividido em quatro partes (APÊNDICE A):

- a) Variáveis sociodemográficas: nome, telefone, endereço, escola, período, série, turma, idade, sexo, nível socioeconômico e religião.
- b) Avaliação da "Quantidade e Frequência de Consumo de Álcool" – Q_F (DIMEFF et al., 2002), que verifica a ocasião em que o indivíduo bebeu mais no último mês, a frequência com que bebeu, a quantidade que bebeu num

fim de semana e o número de vezes em que bebeu cinco ou mais doses em uma única ocasião.

c) Identificação dos usuários de bebidas alcoólicas com o instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (BABOR et al., 1992), adaptado para o Brasil por Méndez (1999).

d) Avaliação do histórico familiar de problemas associados ao álcool: duas questões para levantar este dado.

Algumas variáveis, como telefone e endereço, foram fornecidas com o objetivo de poder contatar até mesmo os alunos que faltaram, mudaram ou saíram da escola.

As variáveis sociodemográficas restantes foram informadas para as posteriores análises combinadas com o resultado das outras duas partes do instrumento - Q_F (DIMEFF et al., 2002) e AUDIT (BABOR et al., 1992) - que se referem, respectivamente, ao hábito de beber.

A primeira parte do instrumento que se refere ao hábito de beber foi o Q_F, que tem o objetivo de detectar condutas relacionadas ao beber excessivo no último mês. Composto por quatro questões, sendo que a primeira questão solicitou a quantidade e a segunda questão, a frequência; a terceira questão perguntou sobre a média de bebida alcoólica no último mês; terminando com a quarta questão, que avaliou se o indivíduo consumiu cinco ou mais doses numa única oportunidade, ou seja, se bebeu ou não em "binge".

A segunda parte do instrumento foi o AUDIT, que foi composto por dez questões. Dessas dez, as três primeiras se referiram à frequência, à quantidade e ao "beber se embriagando"; as três seguintes foram a respeito dos sintomas da dependência, como a incapacidade de controlar a quantidade de bebida após o início, o descumprimento dos compromissos devido ao beber e a quantidade de vezes que precisou beber pela manhã para se sentir melhor; e as quatro últimas questões

abordaram o risco de consequências danosas ao indivíduo a partir de questionamentos sobre o sentimento de culpa e de remorso depois de beber, o esquecimento do que aconteceu na noite anterior, o machucar a si ou ao outro por motivo da bebida e a orientação ou conselho de um médico, amigo, parente para parar de beber.

4.2.2 Instrumentos da entrevista

A entrevista foi composta por duas avaliações, que formaram um mesmo instrumento, descrito a seguir (Apêndice B):

a) 9 questões a respeito da experimentação de drogas e da frequência de uso no último mês.

b) 15 questões que abordaram o contexto social em que se consome álcool, ou seja, em que contexto eles iniciaram o consumo e como faziam o uso de álcool no período em que foi realizada a pesquisa.

Nas primeiras questões que avaliaram a experimentação e a frequência de uso de drogas foram feitas 2 perguntas, as quais se repetiram em relação a todas as drogas. Uma delas questionou se o sujeito já havia experimentado [nome da droga] sem a orientação profissional, e se a resposta foi sim, perguntou-se, com qual idade. E a outra, a frequência com que foi realizado o uso de [nome da droga]. As drogas referidas foram: bebidas alcoólicas, tabaco, maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes orgânicos, ecstasy e, por último, pedia para citar outra droga que podia ter sido usada pelo adolescente.

As últimas quinze questões avaliaram o contexto de uso do álcool. E as quatro primeiras abordaram a primeira experimentação da bebida alcoólica (idade, bebida, companhia e local da primeira experimentação). As quatro questões que se seguiram foram sobre o consumo atual (tipo de bebida, local, companhia e se bebia

quando estava sozinho). Posterior a estas, três questões sobre o dia em que mais bebeu (quando, onde e com quem). E, por último, quatro questões que foram referentes à última vez que bebeu (quando, com quem e o motivo pelo qual ingeriu álcool naquela ocasião).

A escolha dos instrumentos para essa fase foi feita com o objetivo de conhecer a experimentação e o uso de drogas lícitas e ilícitas pelos jovens estudantes. Além disso, pretendia-se obter uma descrição do contexto social em que se consome álcool.

4.3 Procedimentos

Os procedimentos foram desenvolvidos de acordo com cada fase da pesquisa. E são descritos a seguir.

4.3.1 Procedimento do levantamento inicial (*Screening*)

Primeiramente foi pedida a permissão para a direção das escolas para a realização da pesquisa. Nesse mesmo encontro foi marcada uma data para a pesquisadora visitar as salas e informar os alunos a respeito da pesquisa.

Nas determinadas datas, a pesquisadora entrou nas salas durante horário de aula e se apresentou para o professor e os alunos, explicou a pesquisa, convidou-os para participar e entregou o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice C). Foi explicado aos alunos que aqueles que tinham idade menor do que 18 anos deveriam pedir autorização dos pais ou responsáveis, pedindo para assinarem o TCLE se concordassem com a participação do filho na pesquisa. E os alunos com mais de 18 anos podiam eles mesmos assinar, se aceitassem fazer parte da pesquisa.

Foi marcado com a direção e cada sala foi visitada para o convite de participação na pesquisa que a pesquisadora voltaria na próxima semana para receber os TCLE. Em cada escola foi combinado de uma forma. Na Escola 1, a coordenadora pedagógica se responsabilizou por receber os documentos e depois entregar à pesquisadora. Na Escola 2, com o período da manhã, foi combinado que o líder de sala recebesse os documentos e, no período da noite, a própria pesquisadora passou em sala para recolhê-los. Na Escola 3, a coordenadora havia recebido alguns, mas a pesquisadora também passou em sala para receber.

Não houve recusa de participação da pesquisa e o questionário foi aplicado em uma sala de aula da Escola 1, uma sala no período da manhã e duas no período da noite na Escola 2, e em duas salas da Escola 3. Quando aplicado em duas salas, foi pelo motivo de ter um número semelhante de alunos em cada escola, sendo o dobro na segunda, por ter sido a única escola com dois períodos.

No levantamento inicial, foi investigado nível socioeconômico, religião e familiar que bebesse a ponto de causar problemas. Além disso, averiguou alunos que estavam bebendo em excesso a partir dos instrumentos Q_F e AUDIT e identificou um grande número (34,6%) de alunos que bebem excessivamente, utilizando a nota de corte maior ou igual a oito. Com estes resultados, os alunos foram divididos em quatro grupos: positivos masculinos, positivos femininos, negativos masculinos, negativos femininos. A aplicação do questionário em sala durou em média 40 minutos.

4.3.2 Procedimento da entrevista

Posteriormente à aplicação do questionário do levantamento inicial nas escolas, conversou-se com os respectivos coordenadores com o propósito de marcar a data para a entrevista. Nas entrevistas, foi verificado primeiro qual local poderia

ser mais privativo para sua realização.

Nas Escolas 1 e 2, as entrevistas foram realizadas nas salas em que não estava havendo aulas e por isso estavam vazias, possibilitando, assim, ambiente adequado para esse procedimento. E na Escola 3, foi realizado na biblioteca.

Da mesma maneira que na etapa anterior da pesquisa, o pesquisador entrou em sala, apresentou-se, lembrou os alunos do questionário que haviam preenchido e explicou que alguns alunos tinham sido sorteados para a segunda fase do estudo. Posteriormente, cada aluno sorteado foi chamado até a sala destinada à entrevista.

Em todos os casos, três alunos saíram da sua sala de aula ao mesmo tempo, com o objetivo de evitar que a entrada e saída dos alunos dificultasse a aula em que estavam participando. Mesmo assim, enquanto dois alunos aguardavam o entrevistado, permaneciam em um local que não prejudicasse a entrevista, como no lado de fora da sala ou até mesmo dentro, porém num local em que não fosse possível ouvir a conversa.

Antes de iniciá-la, a entrevistadora explicou aos alunos que iriam responder a um questionário juntamente com ela. Depois as questões foram feitas aos participantes e anotadas. Não foi percebida nenhuma dificuldade, da parte dos alunos, em responder a essas questões.

A entrevista constou de avaliação da experimentação e da frequência de uso de álcool e outras drogas, mais indicativos do contexto de uso de álcool. Cada entrevista levou de 10 a 15 minutos para ser concluída.

4.4 Análise de dados

Os dados foram coletados coletivamente em sala no levantamento inicial e, depois, individualmente na entrevista. Todos os dados foram digitados em uma

planilha eletrônica e, posteriormente, exportados a um programa de análises estatísticas (SPSS, 2003). Nesse programa foram computadas as frequências de cada questão, para depois realizar as análises a partir dos cruzamentos entre as variáveis. As escalas dos instrumentos foram também avaliadas quanto à fidedignidade, com o Alpha de Cronbach.

4.5 Considerações éticas

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Paulista – UNESP – Campus de Marília e foi emitido parecer favorável em 28/11/2007 (ANEXO A).

Os participantes foram informados, antecipadamente, que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, pois a participação é de livre consentimento. Além disso, foi informado aos alunos e à direção/coordenação das escolas que dados individuais não seriam fornecidos, por se tratar de dados sigilosos.

Considerou-se, assim, não haver riscos de prejuízos psicológicos aos participantes da pesquisa, pois o objetivo é apenas avaliar o uso de álcool e outras drogas nas escolas de Cascavel. Informou-se, porém, que, se acontecesse alguma manifestação de sofrimento por parte dos sujeitos pesquisados, a aplicação da pesquisa seria suspensa e o método reelaborado.

5 Resultados

Os resultados são apresentados de acordo com o seguimento das etapas da investigação e da utilização dos instrumentos. Primeiramente, portanto, apresentamos o levantamento inicial, realizado com 133 alunos e utilizando os instrumentos Q-F (DIMEFF et al., 2002) e AUDIT (BABOR et al., 1992). Posteriormente, são descritos os resultados da entrevista, segunda etapa da pesquisa, da qual fazia parte um questionário com 10 questões sobre as drogas lícitas e ilícitas e 15 questões que abordaram o contexto do uso do álcool.

5.1 Resultados do levantamento inicial

O levantamento inicial possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes de cada escola e avaliar o padrão de bebidas alcoólicas. Os resultados são apresentados separadamente. Primeiro, o instrumento AUDIT e, depois, o Q_F. Ambos foram aplicados em um único questionário, no qual também se obtinham dados como a escola em que o entrevistado estudava, sexo, faixa etária, período, série escolar, nível socioeconômico e religião.

5.1.1 Identificação dos grupos positivos e negativos pelo AUDIT

Como mencionado na descrição dos participantes (seção 4.1), 34,6% dos estudantes foram identificados no grupo dos positivos, que são aqueles que pontuaram 8 ou mais no AUDIT e têm indicativo de fazer uso indevido de álcool. Comparando-se este dado com pesquisa realizada com estudantes do ensino médio em uma cidade do interior de São Paulo, na qual foi constatado o índice de 22,3%

dos estudantes que apresentaram um beber de risco (MARTINS et al., 2008), percebe-se o uso abusivo de álcool por um grande número de adolescentes cascavelenses e a necessidade de intervenção junto a essa população.

Esse índice médio das três escolas, ao ser desdobrado por escola, apresentou que 36,7% do total de alunos são positivos na Escola 1; 29% na Escola 2 e 44,1% na Escola 3 (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e escola

	Positivos		Negativos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Escola 1	11	36,7	19	63,3	30	22,5
Escola 2	20	29,0	49	71,0	69	51,8
Escola 3	15	44,1	19	55,9	34	25,5

A Escola 3 é a escola privada localizada no centro da cidade e mostrou um número maior de adolescentes considerados positivos (44,1%). Entretanto, não houve uma diferença significativa entre as 3 escolas, conforme o Teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 2,359$, $p < 0,304$). Isso aponta para um uso abusivo de álcool por adolescentes, independente de diferenças relacionadas a escolas públicas/privadas e ao local destas no mapa da cidade.

Em relação ao sexo, 31,8% das moças foram positivas e 37,3% dos rapazes (Tabela 4). Embora alguns estudos sobre o padrão do beber apresentem o sexo masculino como fator de risco (CRUZ, 2006; CARLINI et al., 2002; MINAYO e DESLANDES, 1998; MUZA et al., 1997; MARTINS, 2006; PECHANASKY, SZOBOT e SCIVOLLETO, 2004), os dados desta pesquisa demonstraram que o comportamento de beber das moças se aproxima do dos rapazes.

Tabela 4 – Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e sexo

	Positivos		Negativos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Feminino	21	31,8	45	68,2	66	49,6
Masculino	25	37,3	42	62,7	67	50,4

No grupo estudado há pouca diferença em relação aos sexos, quanto ao beber, realidade que também fora antes encontrada em pesquisa realizada por Ferigolo et al. (2004), que investigou a prevalência de uso de drogas na FEBEM de Porto Alegre, e em pesquisa realizada por Silva et al. (2006), que analisou os fatores associados ao consumo de álcool e outras drogas entre estudantes universitários.

Tais resultados são preocupantes, pois as mulheres apresentam alguns fatores que as tornam mais vulneráveis aos efeitos do consumo do álcool, fatores como ter menos desidrogenase (metabolizador do álcool), menor peso, ter mais gordura no corpo – que retém mais tempo o álcool, e as variações do ciclo hormonal (MARTINS, MANZATO e CRUZ, 2005).

Quanto aos períodos, 34% dos alunos que estudam no período da manhã foram positivos e 36,1% dos da noite foram positivos (Tabela 5), não havendo significativa diferença entre os dois períodos.

Tabela 5 – Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e período

	Positivos		Negativos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Diurno	33	34,0	64	66,0	97	72,9
Noturno	13	36,1	23	63,9	36	27,1

A pesquisa realizada sobre o padrão de beber com alunos do ensino médio no interior paulista (MARTINS et al., 2008; CRUZ, 2006) apontou 61,4% dos alunos

positivos noturnos, mostrando diferenças importantes em relação ao período. Esse dado corrobora outros estudos (SOLDERA et al., 2004; TAVARES, BÉRIA e LIMA, 2001; SANCEVERINO, 2003), enquanto que a presente pesquisa apresentou uso demasiado do álcool indiferente quanto ao período em que o estudante frequenta a escola.

A análise que levou em conta as séries apontou um número maior de alunos positivos no 2º ano (47,1%) do que no 1º ano (32,8%). A partir disso, pode-se supor que isso acontece devido ao aumento de uso no decorrer dos anos, ou seja, o aluno que já bebia no 1º ano possivelmente aumentará o uso quando estiver no segundo, ao mesmo tempo em que outros começam apenas no 2º ano. É, porém, importante lembrar que foi apenas na Escola 3 – privada, que se aplicou a pesquisa no 2º ano do ensino médio (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e série

	Positivos		Negativos		Total	
	f	%	f	%	f	%
1º ano	38	32,8	78	67,2	116	87,2
2º ano	8	47,1	9	52,9	17	12,8

Os resultados sobre o nível socioeconômico apresentou que os alunos dos níveis mais baixos (D) são, em sua maioria, do grupo negativo – 72,7%. Esse dado apresenta uma pequena diminuição em relação à classe média (B e C) – 68,8% e 59,4% e classe alta (A) – 60%. Ou seja, não há diferenças significativas, segundo o Teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 1,349$, $p < 0,718$), pois o nível A ao D estão apresentando uso de álcool demasiado (Tabela 7). Estes dados corroboram outras pesquisas (CRUZ, 2006; MUZA et al., 1998; BAUS, KUPEK e PIRES, 2002).

Tabela 7 – Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e nível socioeconômico

	Positivos		Negativos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
A	8	40,0	12	60,0	20	15,7
B	20	31,3	44	68,8	64	50,4
C	13	40,6	19	59,4	32	25,2
D	3	27,3	8	72,7	11	8,7

Diferentemente, Silveira et al. (2008) fizeram uma revisão sistemática da literatura sobre a epidemiologia do beber pesado e do beber pesado episódico (beber em "binge") no Brasil e verificaram que os quatro estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre drogas - CEBRID, com estudantes dos ensinos fundamental e médio em dez cidades brasileiras nos anos - 1987, 1989, 1993 e 1997, mostraram que o uso pesado de álcool teve uma tendência a aumentar das classes sociais mais pobres para as classes sociais mais elevadas (19,8% pertenciam às classe A e B, enquanto que somente 4,9% à classe D). Além disso, os usuários pesados também relataram já terem entrado em contato com outras drogas. No estudo realizado por Carlini-Marlatt et al. (2003), os dados encontrados foram semelhantes. Nesse estudo foi feita uma comparação entre escolas públicas e privadas e a prevalência do beber pesado episódico foi de 32,4% na escola privada, enquanto que na escola pública foi de 21,5%.

Em relação à religião a que os estudantes mencionaram pertencer, os evangélicos destacaram-se no consumo controlado do álcool, sendo apenas 7,7% positivos do total de alunos, enquanto que 38,4% dos católicos foram positivos e 44,4% dos que disseram não ter ou deixaram em branco ou, ainda, 57,1% dos estudantes que responderam praticar outra religião (Tabela 8).

Esses dados estão de acordo com a literatura (PRENDERGAST, 1994; MONTEIRO e SCHUCKIT, 1989; ENGS et al.; 1990; BORINI et al., 1994;

DALGALARRONDO, 2004), que indica que as denominações religiosas mais conservadoras tendem a apresentar menos usuários de álcool e outras drogas entre seus membros. Para Dalgarrondo et al. (2004), no Brasil os conservadores são os protestantes históricos e pentecostais, os quais condenam o uso de álcool e outras drogas de forma mais clara e explícita do que os mais liberais (católicos e espíritas).

Conforme Sanches e Nappo (2007), apesar de os estudos terem enorme dificuldade para estabelecer um padrão medidor da religiosidade, durante os últimos 30 anos dados quantitativos vêm apontando a relevância desta na prevenção do consumo de drogas. Dalgarrondo et al. (2004) afirmam que muitos estudos, feitos em diferentes contextos socioculturais, demonstraram que em estudantes adolescentes e jovens se verifica uma associação entre não ter religião (ou pertencer a denominações mais liberais), ter pouca crença religiosa e não frequentar igreja e cultos com um maior uso de álcool e drogas.

Tabela 8 – Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e religião

	Positivos		Negativos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Católica	28	38,4	45	61,6	73	100
Evangélico	2	7,7	24	92,3	26	100
Em branco/não tem	12	44,4	15	55,6	27	100
Outras	4	57,1	3	42,9	7	100

Também foi analisado se o aluno apresentava familiares que bebiam excessivamente e identificou-se uma alta porcentagem de familiares que bebem de forma arriscada, tanto para os positivos como para os negativos. Ou seja, 38,3% dos positivos apresentaram familiar que bebe excessivamente e 61,8% dos negativos. No total, foram 34 (25,6% dos alunos participantes da pesquisa) alunos positivos que relataram familiares que bebem de maneira arriscada e 99 (74,4% do total de alunos) dos negativos. Esses dados refletem o fator de risco (familiar bebedor de

risco) não só para o abuso do álcool, mas também de outras drogas e sofrimento psíquico não correlacionado diretamente ao abuso de substâncias (Tabela 9).

Muitos estudos (OLIVEIRA, 2001; SILVA et al., 2003; FIGLIE et al., 2004; CONCEIÇÃO e SUDBRACKE, 2004; SHENCKER e MINAYO, 2005; OLIVEIRA et al., 2007; SELJAMO et al., 2006; CHALDER, ELGAR e BENNETT, 2006) apontaram familiares que bebem excessivamente como preditivo para o risco aumentado para o uso do álcool. Segundo OLIVEIRA et al. (2007), o consumo de substâncias psicoativas pelos pais pode ser um fator de risco para problemas similares em adolescentes porque o processo de aprendizagem social negativa ocorre quando a criança cresce observando os adultos lidando com seus próprios problemas através do uso de substâncias e aprenderá este comportamento como única habilidade de enfrentamento. À medida que é provável que os filhos possam herdar dos pais estes padrões excessivos de beber, o comportamento de beber é assimilado e são atribuídos valores e crenças associados ao ato de beber.

Por outro lado, porém, muitos alunos que não bebem de maneira arriscada (74,4%) apresentaram familiares que bebem. Por isso, os fatores de risco e de proteção não podem ser vistos de uma maneira linear, como causa e consequência, e nem isoladamente, como se um único fator de risco levasse o adolescente a beber.

Outra questão a ser considerada em relação aos adolescentes que não bebem ou àqueles que bebem pouco, mesmo tendo familiares bebedores, é que esses adolescentes podem ser resilientes. A resiliência está associada a fatores de proteção que predizem consequências positivas em crianças e em adolescentes em situação de risco. O indivíduo resiliente possivelmente enfrenta os fatores de risco e aproveita os fatores protetores (SAPIENZA e PEDROMÔNICO, 2005).

Tabela 9 – Frequência e porcentagem do resultado do AUDIT por grupo e se possui familiar que bebeu

	Positivos		Negativos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Não	33	33,3	66	66,7	99	100
Sim	13	38,2	21	61,8	34	100

5.1.2 Quantidade e frequência do beber

A avaliação da quantidade e da frequência do consumo de álcool é realizada pelo instrumento Q_F (DIMEFF et al., 2002), composto por quatro questões que investigam o hábito de beber nos últimos 30 dias antecedentes à aplicação de tal questionário: quantidade e frequência em que mais bebeu, número de doses em média por fim de semana, e se bebeu uma quantidade maior do que 5 doses em uma única ocasião – beber se embriagando ("binge").

Considerando quantidade, frequência e média do uso do álcool entre os alunos positivos e negativos, encontramos que 94,4% dos alunos que são negativos relataram não ter feito uso de doses de álcool no último mês, apesar de alguns terem bebido mais do que 5 doses, mas nenhum bebeu mais do que 8 doses. Enquanto isso, 22 alunos (100% dos positivos) apresentaram uso maior do que 8 doses, significando altas doses em uma única ocasião ou o beber em "binge", o que constitui a preocupação de alguns pesquisadores (LARANJEIRA et al., 2007; MARTINS, 2006) (Tabela 10).

Tabela 10 – Quantidade, frequência e média de beber nos últimos 30 dias por grupo

	Negativo		Positivo	
	f	%	f	%
Quantidade				
0 doses	51	94,40	3	5,60
1 a 2 doses	19	73,10	7	26,90
3 a 4 doses	9	52,90	8	47,10
5 a 6 doses	3	33,30	6	66,70
7 a 8 doses	5	100,0	0	0,00
Mais que 8 doses	0	0,00	22	100,0
Frequência				
Não bebi	51	92,7	4	7,3
Aprox. 1 vez/mês	19	73,1	7	26,9
2 a 3 vezes/mês	13	59,1	9	40,9
1 ou 2 vezes/semana	4	23,5	13	76,5
3 a 4 vezes/semana	0	0,0	8	100
Quase todos os dias	0	0,0	3	100
Média				
0 doses	59	89,4	7	10,6
1 a 2 doses	19	76,0	6	24,0
3 a 4 doses	5	33,3	10	66,7
5 a 6 doses	3	30,0	7	70,0
7 a 8 doses	1	25,0	3	75,0
Mais que 8 doses	0	0,0	12	100

O mesmo padrão é encontrado nas outras duas medidas, frequência e média de beber nos fins de semana, com os participantes do grupo positivo apresentando um padrão maior de consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 10).

Correlacionando os resultados do instrumento AUDIT, que possibilita a divisão entre os grupos positivos (uso indevido de álcool) e negativos (uso moderado ou abstinência) com o teste do Q_F (4 questões sobre quantidade, frequência, média e beber em "binge"), pode-se afirmar que um instrumento confirma o outro, pois os alunos considerados positivos são os que mais consomem em "binge", ou os que bebem frequentemente e mais em fins de semana segundo os dados do Q_F.

A pergunta sobre a ocasião em que bebeu 5 ou mais doses no último mês foi investigada com análise de variância, mas realizada somente com os participantes que apresentaram este padrão de beber, que corresponde a 27,1% do grupo estudado. Os resultados não apresentarem efeito significativo para sexo, escola e

classificação no AUDIT (positivo e negativo) (Tabela 11). O que chama atenção é que, embora os participantes do grupo negativo no AUDIT tenham apresentado uma média menor do que os positivos, a diferença não é significativa, o que mostra a necessidade de conferir a resposta para a questão nº 3 do AUDIT (questão 11 – Apêndice A), que avalia este comportamento, independente de a pessoa ter alcançado ou não a nota de corte (8 pontos).

Tabela 11 – Média, desvio-padrão e valor de “p” de beber se embriagando ("binge")

	Média	DP	P
Feminino	3,42	3,42	0,526
Masculino	4.12	3,05	
Escola 1	3,50	2,33	0,198
Escola 2	2,88	1,96	
Escola 3	5,08	4,62	
Positivo	2,54	2,50	0,091
Negativo	4,43	3,43	
Total	3,25	14,78	

5.2 Resultado da Entrevista

Primeiro, serão apresentados os resultados das 10 primeiras questões da entrevista, que proporcionaram uma análise do padrão (início e frequência) de uso das drogas lícitas e ilícitas mais usadas. Alguns desses dados são correlacionados com idade, sexo, escola e as categorias do AUDIT (positivo e negativo).

Posteriormente, os dados das 15 questões sobre o contexto de uso do álcool serão apresentados da seguinte maneira: a) características da primeira vez que usou: idade, tipo de bebida, companhia e local; b) características do beber atual: tipo de bebida, local, companhia e se bebe sozinho; c) características do beber

pesado: quando, onde e com quem foi; e d) características do último episódio de beber: quando, onde, com quem e por quê.

Dos 63 participantes, um relatou não ter feito uso de nenhuma droga, inclusive o álcool, portanto os dados foram calculados desconsiderando esse participante e a análise foi realizada num grupo de 62 alunos.

5.2.1 Resultado de uso das drogas lícitas

Os dados serão descritos sobre o álcool e tabaco: padrão, frequência e idade média de início de uso. Alguns desses dados serão correlacionados com as categorias AUDIT, escola e sexo.

5.2.1.1 Análise do padrão, frequência e início de uso de álcool e tabaco

De acordo com o banco de dados do CEBRID, o álcool é a droga mais usada pelos adolescentes. No I Levantamento Nacional nas 107 maiores cidades brasileiras (CARLINI et al., 2002), 48,3% dos adolescentes utilizaram álcool pelo menos uma vez na vida e no II Levantamento (CARLINI et al., 2007) o índice foi 54,3%. E no I Levantamento de Padrão de Uso de Álcool (LARANJEIRA et al., 2007): 35% usam álcool ao menos uma vez no ano, 24% ao menos uma vez ao mês e 9% bebem mais do que uma vez por semana.

Neste presente estudo feito na cidade de Cascavel, quase todos os alunos (95,2%) beberam no ano. E, destes, 24,2% beberam 1 ou + vezes por semana e 3,2% diariamente. Em relação aos resultados do instrumento AUDIT, tanto os positivos como os negativos beberam no ano, sendo 93,8% dos negativos e 96,7 % dos positivos. Analisando, porém, a frequência do uso, é notável que é maior o uso frequente dos alunos positivos (36,7% dos positivos bebem 1 ou + x por semana e

12,5% dos negativos) e apenas entre eles é que há bebedores diários (6,7% - Tabela 14).

O tabaco é a segunda droga mais usada, segundo os dados científicos do CEBRID, no IV Levantamento com estudantes do ensino fundamental e médio (GALDURÓZ, NOTO e CARLINI, 1997), tendo-se constatado que 46,2% fizeram uso na vida e 24,9% no V Levantamento (GALDURÓZ et al, 2005). No I Levantamento Nacional (CARLINI et al., 2002), 41,1% fizeram uso pelo menos uma vez na vida e, no II Levantamento Nacional (CARLINI et al., 2007), 44% fizeram uso na vida.

O resultado desse estudo para o tabaco, segunda droga mais usada, foi de 4,8% que relataram já ter fumado alguma vez na vida, 16,1% relataram não ter fumado neste ano e 17,7% fumaram neste ano. Em relação à frequência, 4,8% fumaram menos de 1 vez por semana, 1,6% fumou diariamente e 1,6% fumou 2 ou mais vezes por semana.

Relacionando o padrão com os grupos positivos e negativos das categorias AUDIT, os que apenas não fumaram no ano ou fumaram no ano são, na sua maioria, alunos positivos, que também bebem demasiadamente (26,7%, 12,9%). E na frequência do uso de tabaco por AUDIT, os alunos que fumam menos de uma vez por semana, diariamente ou 2 ou mais vezes por semana também são os alunos positivos (Tabela 12).

Tabela 12 – Padrão e frequência de uso do álcool e tabaco

	Positivos		Negativos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Padrão de beber						
Bebi na vida	1	3,3	0	0	1	1,6
Não bebi ano	0	0	2	6,3	2	3,2
Bebi ano	29	96,7	30	93,8	59	95,2
Frequência de beber						
Não bebi	9	30	11	34,4	20	32,3
-1 x semana	8	27,7	17	53,1	25	40,3
1 ou + x semana	11	36,7	4	12,5	15	24,2
Diariamente	2	6,7	0	0	2	3,2
Padrão de fumar						
Nunca fumei	13	43,3	25	78,1	38	61,3
Fumei vida	1	3,3	2	6,3	3	4,8
Não fumei ano	8	26,7	2	6,3	10	16,1
Fumei ano	8	12,9	3	4,8	11	17,7
Frequência de fumar						
Não fumei	25	83,3	32	100	57	91,9
-1 x semana	3	10	0	0	3	4,8
Diariamente	1	3,3	0	0	1	1,6
2 ou + x dia	1	3,3	0	0	1	1,6

Referente à média de idade do início de uso de álcool, duas pesquisas realizadas pelo CEBRID analisaram essa variável e identificou-se, no V Levantamento Nacional entre Estudantes (GALDURÓZ et al., 2005), o índice de 12,5 anos de média de idade, e, no I Levantamento de Padrão de Uso de Álcool (LARANJEIRA et al., 2007), o índice de 13,9 anos. Na pesquisa realizada por Cruz (2006), no interior paulista, foi encontrada a média de 13,56 anos de idade.

A média de idade de início de uso dos alunos das três escolas de Cascavel foi de 12,84 (DP 2,40), havendo poucas diferenças estatísticas entre sexo (feminino – 12,81 e masculino – 12,87) e AUDIT (positivo – 13,13 e negativo -13,93). Entre as escolas, a escola estadual periférica é aquela na qual os alunos começam a beber mais cedo, com uma média de 11,50 anos de idade (Tabela 13).

Tabela 13 – Média e desvio-padrão de idade do início de uso de álcool e de tabaco por gênero, escola e grupo

	Álcool		Tabaco	
	Média	DP	Média	DP
Feminino	12,81	2,15	14,46	1,31
Masculino	12,87	2,66	14,27	1,12
Escola 1 – Estadual Periférica	11,50	1,36	14,43	1,36
Escola 2 – Estadual Central	13,00	1,18	14,08	1,18
Escola 3 - Particular	13,93	1,20	15	1,20
Positivo	13,13	2,06	14,71	1,64
Negativo	12,56	2,68	13,57	3,25
Total	12,84	2,40	14,38	2,22

Quanto à idade do início de uso do tabaco, no V Levantamento Nacional entre estudantes (GALDURÓZ et al., 2005), o índice foi de 12,8 anos de média de idade. Em um estudo realizado em Pelotas (MALCON, MENEZES e CHATKIN, 2003), no Sul do Brasil, a maioria relatou início de uso entre 13 e 15 anos (55%) e 22,5% entre 7 e 12 anos. Em outra pesquisa (BORDIN, NIPPER e BORTOLOMIOL, 1993), entre escolares de um município de uma área metropolitana da Região Sul, a idade média foi de 14,69 anos. E num estudo sobre a evolução temporal do tabagismo (MENEZES et al., 2001) em estudantes de medicina em 1986, 1991 e 1996, a média foi de início de uso foi de 17,7 anos.

Nos resultados da presente análise (Tabela 13), a média de idade de início de uso foi de 14,38 anos, havendo pouca diferença por sexo (masculino - 14,27 e feminino - 14,46), por escola (Escola 1 - 14,43, Escola 2 - 14,08 e Escola 3 - 15,0) e AUDIT (positivo - 14,38 e negativo - 14,71).

5.2.2 Resultado de uso das drogas ilícitas

Os dados são discutidos na seguinte ordem: maconha, anfetaminas, solventes e ecstasy. Foi perguntado também sobre o uso da cocaína e do crack, mas não foi relatado uso destas drogas pelos estudantes.

À respeito da maconha, será mencionado o padrão, a frequência e a média de idade de início de uso desta droga por escola, AUDIT e sexo. Com referência às outras três drogas (anfetaminas, solventes e ecstasy) será relatado apenas o padrão de uso, devido ao fato de poucos alunos terem respondido confirmando o uso de uma destas drogas e, assim, a amostra ter sido pequena.

Entre as drogas ilícitas, a maconha é a mais usada no Brasil. No IV Levantamento entre estudantes (GALDURÓZ, NOTO e CARLINI, 1997), 18,2% fizeram uso na vida; no V Levantamento (GALDURÓZ et al., 2005) 5,9%; no I Levantamento Domiciliar, 6,9% fizeram uso na vida; e no II (CARLINI et al., 2007), 8,8%.

Segundo Noto (2004), os exageros da mídia continuam em descompasso com a epidemiologia, merecendo um olhar mais cuidadoso da população, principalmente dos profissionais que trabalham com essa questão. Dentro do cenário internacional, os índices brasileiros de uso da maconha entre estudantes são próximos de outros países. Apesar de crescentes, são abaixo dos observados nos Estados Unidos, onde, em 1997, o número daqueles que já haviam experimentado a droga variou entre 22,62% e 49,6%.

Os resultados dessa análise foram de 4,8% de alunos que usaram maconha na vida, 3,2% não usaram no ano e 1,6% usaram no ano. Apenas 1,6% relataram usar esta droga menos de uma vez por semana.

A anfetamina e o solvente tiveram como resultado, no IV Levantamento (GALDURÓZ, NOTO e CARLINI, 1997), que 13,8% relataram o uso de solventes pelo

menos uma vez na vida e 4,4 % de anfetamina e, no V (GALDURÓZ et al., 2005), que 3,7% fizeram uso de anfetamina na vida e 15,5% fizeram de solventes. No I Levantamento Nacional Domiciliar (CARLINI et al., 2002), 4,3% fizeram uso de anfetamina e 5,8% fizeram uso de solventes e, no II Levantamento (CARLINI et al., 2007), 4,1% fizeram uso de anfetamina na vida e 6,1% de solventes.

Entre os estudos do CEBRID não há uma análise específica do ecstasy, mas, segundo Noto (2004), nos estudantes norte-americanos, o percentual dos que utilizaram o ecstasy ao menos uma vez na vida variou entre 4,3% a 10,5% no ano de 2002.

Dos relatos dos estudantes desta pesquisa, 96,8% nunca usaram anfetamina, 98,4% nunca usaram solventes e 96,8% nunca usaram ecstasy. Dos que usaram, 1,6% usou anfetaminas na vida, 1,6% não usou solventes no ano e 1,6% não usou ecstasy no ano e 1,6% usou no ano.

Todos os que usaram anfetamina, solventes e ecstasy foram considerados positivos pela classificação do instrumento AUDIT, significando que, dentre os bebedores excessivos, alguns usaram drogas ilícitas (Tabela 14).

Não houve relato de uso de cocaína e crack, mas, segundo o I Levantamento (CARLINI et al., 2002) e II Levantamento Domiciliar (CARLINI et al., 2007), o uso na vida foi de 2,3% e 2,9% da cocaína.

Tabela 14 – Frequência e porcentagem do padrão e frequência do uso de drogas ilegais por grupo

	Positivos		Negativos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Maconha						
Padrão						
Nunca usei	25	83,3	31	96,9	56	90,3
Usei vida	2	6,7	1	3,1	3	4,8
Não usei ano	2	6,7	0	0	2	3,2
Usei ano	1	3,3	0	0	1	1,6
Frequência						
Não usei	29	96,7	32	100	61	98,4
- 1 x semana	1	3,3	0	0	1	1,6
Anfetamina						
Padrão						
Nunca usei	28	93,3	31	100	60	96,8
Usei vida	1	3,3	0	0	1	1,6
Usei ano	1	3,3	0	0	1	1,6
Frequência						
Não usei	29	96,7	32	100	61	98,4
1 x semana	1	1,6	0	0	1	1,6
Solvente						
Padrão						
Nunca usei	29	96,7	32	100	61	98,4
Não usei ano	1	3,3	0	0	1	1,6
Frequência						
Não usei	30	100	32	100	62	100
Exctasy						
Padrão						
Nunca usei	28	93,3	32	100	60	96,8
Não usei ano	1	3,3	0	0	1	1,6
Usei ano	1	3,3	0	0	1	1,6
Frequência						
Não usei	30	100	32	100	62	100

A média de idade para o início de uso da maconha foi de 14,67 anos, sendo que os rapazes começam com 14,25 anos, enquanto que as meninas com 15,5 anos. Entre as escolas, na estadual central a média é de 14,25 anos, na particular é de 15,5 anos e na periférica não foi relatado uso de maconha pelos estudantes. A média por AUDIT resultou em 14,4 para os positivos e em 16 para os negativos (Tabela 15).

Tabela 15 – Média de idade do início de uso da maconha por gênero, escola e AUDIT

	Num de alunos	Média
Feminino	2	15,50
Masculino	4	14,25
Escola 1 – Estadual Periférica	0	-
Escola 2 – Estadual Central	4	14,25
Escola 3 - Particular	2	15,50
Positivo	5	14,40
Negativo	1	16,00
Total	6	14,67

5.2.3 Contexto social de uso de álcool

O contexto social do uso de álcool refere-se às companhias, aos locais, ao tipo de bebida e ao motivo pelo qual se bebeu. O contexto foi analisado conforme o relato sobre a primeira vez em que o estudante fez uso, conforme o uso atual, conforme episódio de beber excessivo e conforme o último uso.

5.2.3.1 Características da experimentação de bebidas alcoólicas no grupo total

A experimentação no grupo total (62 participantes) de bebidas alcoólicas variou entre a idade de 5 a 16 anos, havendo um maior percentual entre 13 e 16 anos (66,1%), mas 11,3% começaram a beber entre 5 a 8 anos, representando um início de uso muito precoce. A média de idade foi de 12,71 anos (DP 2,42), muito semelhante à média de idade relatada em outra questão (1a – apêndice B) da mesma entrevista, com 12,84 (DP 2,40).

A bebida mais experimentada pelos adolescentes foi a cerveja (50%), seguida do vinho (27,4%). Resultado semelhante foi encontrado por Cruz (2006). Em relação à companhia, 43,5% relataram ter experimentado quando estavam com

amigos e 31%, com familiares. O local mais relatado para a experimentação foi a própria casa ou a casa de familiares (46,8%), ou seja, os jovens começam a beber, muitas vezes, em casa e com o consentimento dos pais (Tabela 22). Outras pesquisas (CRUZ, 2006; HURST e HARTE, 1994; JONES – WEBB, 1997) apontam festas e a própria casa como locais de iniciação precoce do uso do álcool.

5.2.3.2 Características da experimentação de bebidas alcoólicas nos grupos positivo e negativo

O resultado do cruzamento da variável grupo (positivo e negativo) com "idade", "bebida", "companhia" e "local de consumo" da primeira vez em que usou foi (Tabela 16):

a) a idade de experimentação: os positivos iniciaram o uso de álcool mais tarde do que os negativos, 73,3% dos positivos iniciaram entre 13 e 16 anos enquanto que 59,3% dos negativos iniciaram nessa faixa etária;

b) bebida de experimentação: a maioria dos positivos (46,7%), como dos negativos (53,1%), relataram ser a cerveja a primeira bebida experimentada e, posteriormente, o vinho (30%, 25%);

c) companhia: entre os positivos, um pouco mais da metade (56,7%) experimentaram a bebida na companhia de amigos, enquanto que os negativos (59,4%) foi na presença de familiares;

d) local: 46,7% dos positivos relataram ter bebido pela primeira vez em outros locais e, dos negativos, 56,3% relataram que foi na própria casa ou na casa de outros familiares.

Tabela 16 – Frequência e porcentagem das características da experimentação por grupos

	Positivos (n= 30)		Negativos (n=32)		Total (n=62)	
	f	%	f	%	f	%
Idade						
5-8	2	6,6	5	15,6	7	11,3
9-12	6	20	8	25	14	22,5
13-16	22	73,3	19	59,3	41	66,1
Bebida						
Cerveja	14	46,7	17	53,1	31	50
Vinho	9	30	8	25	17	27,4
Não lembra/Outras ¹	7	23,3	7	21,9	14	22,6
Companhia						
Amigos	17	56,7	10	31,3	27	43,5
Familiar	12	40	19	59,4	31	31
Outras ²	1	3,3	3	9,4	4	6,5
Local						
Própria casa/Familiares	11	36,7	18	56,3	29	46,8
Festas	5	16,7	6	18,8	11	17,7
Outros Locais ³	14	46,7	8	25	22	35,5

Obs.: 1 = cerveja + ice, cerveja + destilado, destilado+cerveja+destilado, ice e destilado; 2 = amigos/familiares, não lembra e só; 3 = casa amigos, escola, não lembra, outros locais

5.2.3.3 Características do beber atual do grupo total

Os adolescentes cascavelenses relataram beber mais cerveja (38,7%) ou não lembra/outras bebidas (54,9%). Entre a categorização "Não lembra/outras bebidas" estão inclusos ice (3,2%), destilados (3,2%), cerveja e ice (4,8%), cerveja e destilado (8,1%), cerveja e vinho (6,5%), destilado e vinho (1,6%), vinho e ice (4,8%), vinhos e destilados (3,2%), vinho e champagne (3,2%). Ou seja, grande parte dos adolescentes costuma beber mais do que uma bebida e muitos preferem a cerveja e mais alguma (19,4% - Tabela 23).

No I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (LARANJEIRA et al., 2007), a cerveja foi a bebida mais usada

pelos jovens. Esses dados coincidem com pesquisa de Cruz (2006), Abramovay (2005), Martins (2006) e Teixeira et al. (2008). Segundo Cruz (2006), a preferência pela cerveja justifica-se por ser uma bebida relativamente barata e vinculada a propagandas sedutoras.

Segundo Duailibi e Laranjeira (2007), um estudo (BABOR, CAETANO E CASWELL, 2003) comparando 17 países com proibição total, parcial ou sem proibição da publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas mostrou que países que proíbem a publicidade de destilados têm níveis de consumo 16% mais baixos e também apresentam 10% menos acidentes automobilísticos fatais do que países sem nenhuma proibição. As nações que proíbem propagandas de cervejas, vinhos e destilados têm níveis de consumo 11% menores e 23% menos acidentes automobilísticos fatais do que os que proíbem apenas a propaganda dos destilados.

Quanto ao local onde os estudantes costumam beber, muitos relataram que é nas festas (48,3%), na própria casa ou na casa de familiares (25%), ou em outros locais, como na casa dos amigos e em lanchonetes (Tabela 23). E, na maioria das vezes, a companhia são os amigos (76,3%). Martins (2006) e Cruz (2006) também identificaram as festas como o principal lugar onde os jovens bebem.

Segundo Birckmayer et al. (2004), a disponibilidade representa um dos componentes fundamentais do consumo de substâncias. Assim, se a substância for conveniente, facilmente acessível e barata, seu consumo será intenso e, conseqüentemente, haverá aumento da quantidade e da importância dos problemas a ele associados. Os autores classificam em três tipos as disponibilidades: econômica (preço, taxas); de varejo (acessibilidade ao álcool e facilidades de compra); e social (acessibilidade de fontes, como amigos e família).

E o álcool é a droga que apresenta disponibilidade nos três modos. O acesso por familiares e amigos é um importante fator para o beber dos jovens, tanto

o é que são poucos os que bebem sozinhos (15,3%), sendo que a maioria bebe na companhia de alguém (74,6%) (Tabela 17).

5.2.3.4 Características do beber atual dos grupos positivo e negativo

Quando os adolescentes relataram a bebida pura que mais bebem, a cerveja foi a mais mencionada (33,3% dos positivos e 36,7% dos negativos), mas, fazendo uma comparação com a análise da bebida de experimentação, percebe-se que, depois do primeiro uso, a tendência é beber mais do que uma bebida, fazendo-se mistura (41,9% do total).

Em relação ao local, nota-se também que os adolescentes passam a beber mais nas festas (51,7% dos positivos e 45,2% dos negativos) do que na própria casa ou na casa de familiares (20,7% dos positivos e 29,0% dos negativos), diferentemente da característica da experimentação (36,7% dos positivos experimentaram na própria casa ou nas casas dos familiares e 56,3% dos negativos).

Quanto à companhia, a maioria das vezes em que se bebe, isso ocorre entre os amigos (79,3% dos positivos e 73,3% dos negativos) e pouco entre os familiares (6,9% dos positivos e 0% dos negativos). Poucos afirmaram beber sozinhos (13,8% dos positivos e 16,7 dos negativos) ou raramente beber sozinhos (10,3%, 10,2%) (Tabela 17).

Tabela 17 – Frequência e porcentagem das características do beber atual por grupos

	Positivos (n= 30)		Negativos (n=32)		Total (n=62)	
	f	%	f	%	f	%
Bebida						
Cerveja	10	33,3	14	36,7	24	38,7
Vinho	1	3,3	3	16,7	4	6,5
Não lembra/Outras ¹	19	63,3	15	46,7	62	54,8
Local						
Própria casa/Familiares	6	20,7	9	29	15	25
Festas	15	51,7	14	45,2	29	48,3
Outros Locais ²	8	27,6	8	25,8	16	26,7
Companhia						
Amigos	23	79,3	22	73,3	45	76,3
Familiar	2	6,9	0	0	2	3,4
Outras ³	4	13,8	8	13,8	12	20,3
Bebe sozinho						
Sim	4	13,8	5	16,7	9	15,3
Não	22	75,9	22	73,3	44	74,6
Raramente	3	10,3	3	10	6	10,2

Obs.: 1 = ice, destilado, cerveja + ice, cerveja + destilado, cerveja + vinho, destilado + vinho, vinho + ice, vinho + destilado, vinho + champagne, cerveja + ice + destilado, Ice + vinho + destilado, destilado + cerveja + destilado, não bebe mais; 2 = casa amigos, lanchonete, não lembra e outros locais; 3 = amigos e familiares, sozinho.

5.2.3.5 Características do episódio do beber excessivo no grupo total

Segundo Duailibi e Laranjeira (2007), estudos recentes (EDWARDS et al., 1994; HURST et al., 1994) mostram uma relação direta entre a intoxicação ocasional (episódio de beber excessivo) e problemas como violência, acidentes, mortes no trânsito, familiares e profissionais. E isso contraria a tendência popular de associar todos os problemas derivados do consumo de álcool com o alcoolismo, uma vez que muitos problemas estão relacionados à intoxicação e não com a dependência.

E, pelo fato de os danos dependerem do padrão de consumo pessoal, caracterizado pela frequência e pela quantidade de uso de álcool, e também pelo contexto em que se bebe, faz-se importante entender o contexto do beber excessivo episódico.

Martins (2006) investigou o “padrão esporádico”, ou seja, aquelas ocorrências de beber eventualmente fora da média da pessoa, isto é, o beber que geralmente resulta em embriaguez. E os episódios ocorrem mais em festas com amigos, sendo que a bebida preferida é a cerveja, mas também há grande presença de destilados e o dia de maior consumo é o sábado.

No presente estudo, alguns estudantes (27,1%) relataram ter tido um episódio de beber excessivo no último mês, 18,6% responderam não ter tido esse episódio, 39% entre 2 e 12 meses e 15,25%, há mais de um ano.

O local em que mais ocorre este episódio é nas festas (35,6%), mas também bebem em outros locais (44,1%) e na própria casa ou na de familiares (20,3%). A companhia geralmente são os amigos (44,1%) e “outros” (40,7%), como na companhia do namorado, de amigos e namorados, ou ainda de amigos e familiares. Não houve muitos relatos de a companhia ser apenas dos familiares no beber episódico específico (15,3%) (Tabela 18).

5.2.3.6 Características do episódio do beber excessivo nos grupos positivo e negativo

Em relação ao tempo transcorrido do episódio de beber excessivo, 31% dos positivos relataram que foi no último mês e 23,3% dos negativos. E apenas 6,8% dos positivos relataram não ter tido esse episódio. Referindo-se ao local, 41,4% dos positivos relataram ser em festas e 30% dos negativos. E a companhia foram os amigos para 48,3% dos positivos e para 40% dos negativos, outros locais para 41,4% dos positivos e 40% dos negativos e a família foi a companhia no beber episódico apenas para 10,3% dos positivos e 20% dos negativos (Tabela 18).

Tabela 18 – Frequência e porcentagem das características do episódio do beber excessivo por grupo

	Positivos (n = 29)		Negativos (n = 30)		Total (n= 59)	
	f	%	f	%	f	%
Tempo						
Há + de 1 ano	5	17,24	4	13,3	9	15,25
Entre 2 e 12 meses	13	44,8	10	33,3	23	39
Último mês	9	31	7	23,3	16	27,1
Não ocorreu episódio	2	6,8	9	30	11	18,6
Local						
Própria casa/Familiares	7	24,1	5	16,7	12	20,3
Festas	12	41,4	9	30	21	35,6
Outros Locais ¹	10	34,5	16	53,4	26	44,1
Companhia						
Amigos	14	48,3	12	40	26	44,1
Familiar	3	10,3	6	20	24	15,3
Outras ²	12	41,4	12	40	24	40,7

Obs.: 1 = casa amigos, lanhonete, outros locais e não lembra; 2 = amigos e familiares, namorados e amigos, sozinho.

5.2.3.7 Características do episódio da última experiência por grupo total

A última vez em que os alunos usaram álcool antecedente à pesquisa foi, para um pouco mais da metade deles (51,6%), na última semana, um quarto bebeu pela última vez durante o mês (25%) e 23,3% entre 2 e 12 meses.

O local em que foi consumido o álcool foi principalmente nas festas (43,3%), beberam também (31,7%) em casa ou na casa de familiares ou ainda em outros lugares (25%). Ultimamente os estudantes estão bebendo muito (61,7%) com os amigos, e alguns beberam com a família (18,3%) ou com outros (20%), que são amigos e namorados, amigos e familiares e sozinhos.

O motivo mais relatado pelos estudantes de ter bebido foi festejar e estar com os amigos (48,4%). Também alguns disseram que beberam porque deu vontade ou pelo prazer (27,4%) e uma minoria respondeu que foi por influência da

família (6,5%) ou para experimentar (4,8%). Alguns deles responderam que não sabiam, não lembravam, por estar desocupado e para acompanhar a refeição, que está na categoria "Outros/Não lembra" (12,9%) (Tabela 19).

5.2.3.8 Características do episódio da última experiência por grupos positivo e negativo

Não há diferenças significativas em relação ao contexto da última vez em que os adolescentes beberam entre os grupos positivos e negativos, e nem em relação ao beber episódico e o beber atual. Um único diferencial foi que, inicialmente, a maioria dos adolescentes bebem com a família e em casa de familiares, os positivos como os negativos, e, posteriormente, bebem mais com os amigos e nas festas. Entretanto, os positivos tiveram um mesmo resultado (37,9%) quando relataram as festas ou a própria casa e a de familiares no episódio da última experiência.

Grande parte dos positivos (58,6%) e dos negativos (48,2%) beberam na última semana, havendo uma diferença de 10,4% de positivos que beberam em relação aos negativos. O local para os positivos teve resultado semelhante para as festas e a própria casa (37,9%), mas, mesmo havendo esse número de jovens positivos que bebem em casa ou da família, a companhia mais relatada continua sendo a dos amigos, tanto para os positivos (58,6%) como para os negativos (64,5%). O motivo mais relatado, por ambos os grupos, foi festejar e por influencia dos amigos, 55,1% dos positivos e 45,1% dos negativos. Também um número considerável dos negativos (35,4%) bebe por vontade e prazer (Tabela 19).

Tabela 19 – Frequência e porcentagem das características do episódio da última experiência por grupo

	Positivos (n=29)		Negativos (n= 31)		Total (n=60)	
	f	%	f	%	f	%
Tempo						
Entre 2 e 12 m	6	20,7	8	25,8	14	23,3
Último mês	6	20,7	9	29	15	25
Última semana	17	58,6	14	48,2	31	51,6
Local						
Própria casa/Familiares	11	37,9	8	25,8	19	31,7
Festas	11	37,9	15	48,4	26	43,3
Outros Locais ¹	7	11,7	8	25,8	15	25
Companhia						
Amigos	17	58,6	20	64,5	37	61,7
Familiar	4	13,8	7	22,6	11	18,3
Outras ²	8	27,6	4	12,9	12	20
Motivo						
Vontade, prazer	6	20,6	11	35,4	17	27,4
Festejar, amigos	16	55,1	14	45,1	30	48,4
Influência familiar	1	3,4	3	9,6	4	6,5
Experimentar	2	6,8	1	3,2	3	4,8
Outros/Não lembra ³	5	17,2	3	9,6	8	12,9

Obs.: 1 = casa de amigos, lanchonete, escola e outros locais; 2 = amigos e familiares, namorado e amigos, só; 3 = estar desocupado, acompanhar refeição, outros, não sabe ou não lembra.

6 Comentários finais

Esta pesquisa foi muito importante para a própria pesquisadora, pois foi possível perceber como se dá o início do uso de álcool e outras drogas em seus detalhes, conhecimento realmente útil para o trabalho como psicóloga (que é o caso da pesquisadora) em uma instituição que tem o objetivo do tratamento das drogas. Com a análise dos dados levantados, foi possível observar o desenvolvimento da doença, desde o início do uso até a percepção dos prejuízos à saúde, dos prejuízos sociais e psicológicos das pessoas que sofrem com isso. É claro que esta via da pesquisa foi facilitada pela experiência profissional que possibilitou notar como falta prevenção adequada às drogas, e o quanto pesquisas como esta podem auxiliar nos projetos de prevenção. Os resultados contribuem para o entendimento do comportamento dos adolescentes em relação às drogas, comportamento do qual se enfatiza alguns pontos.

O primeiro ponto é que os estudantes cascavelenses bebem excessivamente. Esses dados foram confirmados no desenvolvimento da pesquisa. Inicialmente foram confirmados através da avaliação do instrumento AUDIT, no qual 34,6% foram considerados positivos, demonstrando, no mínimo, um padrão de beber de risco. Também o instrumento Q_F mostrou uso demasiado desta droga e, ainda, quando analisado a quantidade, a frequência e a idade de início das drogas lícitas e ilícitas, na segunda parte da pesquisa, o álcool foi o destaque. Esse resultado mostra a necessidade de desenvolvimento de outras pesquisas isoladas nas cidades do Paraná, pois, na revisão da literatura, não foram encontrados estudos em outras cidades deste Estado.

O segundo ponto é que, neste estudo, em relação ao uso do álcool, não houve diferenças significativas entre classes sociais, sexo e escola. Apesar de

considerar que o estudo teve uma amostra pequena, significa uso demasiado entre adolescentes, sem exceções. Isto pode ser devido ao fato de o álcool ser droga lícita, de ter acesso fácil, de ter custo baixo e de ser divulgado por propagandas atraentes, como salientado por alguns autores (MARTINS, 2006; CRUZ 2006; DUALIBI e LARANJEIRA, 2007; GOMIDE e PINSKY, 2004).

Neste ponto, é significativo o enfoque no desenvolvimento de políticas públicas que contribuam na diminuição do uso dessa droga. Dualibi e Laranjeira (2007) fizeram algumas sugestões pertinentes, como: aumento de preço; delimitação da localização de ponto de vendas (como, por exemplo, leis de zoneamento urbano); estabelecimento de idade mínima para a compra de bebidas alcoólicas; restrição dos dias e horários de vendas; instituição de serviços de vendas de bebidas de uma forma responsável através de treinamento de garçons e vendedores para diminuir a venda para pessoas já intoxicadas e sem idade mínima para uso; regulações de venda como especificar o volume das doses de bebidas e inibir descontos ou promoções do tipo consumação mínima ou livre; implantação de sistemas de licenças e, assim, o sistema poder suspender ou revogar a licença do estabelecimento em caso de infrações.

O terceiro ponto se refere ao contexto de uso do álcool, pois, só conhecendo esse contexto, é possível modificá-lo e contribuir para a redução do uso. Os adolescentes bebem quase sempre na companhia de alguém, principalmente dos amigos, em locais como festas, onde a bebida mais usada é a cerveja e o motivo principal é para festejar ou por influência dos amigos.

E o quarto e último ponto é que as pessoas começam a usar drogas na adolescência, e inicialmente é o álcool, cujo consumo começa por volta dos 12,8 anos de idade. Os bebedores de risco (considerados positivos pelo AUDIT), na maioria das vezes são os que também experimentaram ou usam as outras drogas.

Este dado pode ser importante, pois trabalhos de prevenção de álcool podem auxiliar na prevenção de outras drogas também.

Martins (2006) testou a aplicação da intervenção breve em adolescentes nas escolas, com o objetivo da prevenção através da redução do uso de álcool por bebedores pesados, e mencionou que, embora os resultados tenham sido modestos, eles mostram que o caminho é promissor. Além disso, enfatiza que, na escola, é importante a execução por alguém da própria equipe escolar, necessitando de uma capacitação para essas pessoas.

E, finalizando este trabalho, apesar de ter uma amostra pequena, os achados representaram um retrato da maneira como os adolescentes usam álcool e outras drogas na cidade de Cascavel, e isso pode contribuir na mobilização de autoridades das áreas da saúde, segurança e educação desta cidade e de outras no estado do Paraná para a realização de mais pesquisas. Levantamentos como este podem auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas específicas por regiões e de intervenções como as breves.

Referências Bibliográficas

- ABRAMOVAY, M; CASTRO, M.G. (Org). Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p.447. 2005.
- ALMEIDA, P.M.; WICKERHAUSER, H. O critério ABA/ABIPEME: em busca de uma atualização. São Paulo: LPM/Burke & Marplan. 1991.
- ANDRETTA I, OLIVEIRA MS. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicol Clin*, 17 (2): 127-39. 2005.
- ANTUNES, M. Drogas, Aids e Redução de Danos em Londrina: Uma Avaliação em Curso. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Política Social. Universidade Estadual de Londrina. 2006.
- BABOR, T. F.; FUENTE, J. R.; SAUNDERS, J. E GRANT, M. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Genebra: World Health Organization/PAHO-92. 4:1-29. 1992.
- _____, T.F. Higinns-Biddle JC. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization. 2001.
- _____; CAETANO, R.; & CASSWELL, S. *Alcohol: No ordinary commodity: The global burden of alcohol consumption*. London: Oxford Press. 2003.
- BASTOS, F.I; CARLINI – COTRIM, B. O consumo de substâncias psicoativas entre os jovens Brasileiros: dados, danos & algumas propostas. In: BRASIL, População Nacional e Desenvolvimento. Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas. Volume I. Brasília: CNPD. 1998.
- BAUS, J.; KUPEK, E. & PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*. 36 (1): 40-46. 2002.
- BECK, K. H.; THOMBS, D. L.; SUMMONS, T. G. The social context of drinking scales: construct validation and relationship to indicators of abuse in an adolescent population. *Addictive Behaviors, USA*. V.18. p.159-169. 1993.
- BIRCKMAYER, J.D; HOLDER, H; YACOUBIAN, G. S, FRIEND, K.B. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: assessing the research evidence. *J. Drug Educ.*;34(2):121-53. 2004.
- BORDIN, R.; NIPPER, V. B.; SILVA, J. O. & BORTOLOMIOL, L. Smoking Prevalence among Students from a Metropolitan Area in the Southern Region of Brazil, 1991. *Cad. Saúde Públ.*,Rio de Janeiro, 9 (2): 185-189, Apr/Ju. 1993.
- BORONI, P; OLIVEIRA C.M; MARTINS, M.G; GUIMARÃES, RC. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina. *J Bras Psiquiatr*. 43(2):93-103. 1994.
- BORSARI, B. e CAREY, K. Effects of brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68. 217-228. 2000.

_____, Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, 2ª edição, série B – Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF. 2004.

_____. Leis e Decretos. Lei nº 6368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal. 1976.

_____. Leis e Decretos. Lei nº8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional.1990.

_____. Leis e Decretos. Lei nº 9503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: Congresso Nacional. 1997.

_____. Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. Brasília: Presidência da República. 2001.

_____. Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República. 2005

_____. Leis e Decretos. Lei nº11275, de 7 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos arts. 165, 277 e 302 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: Congresso Nacional. 2006.

_____. Leis e Decretos. Lei nº 11343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional. 2006.

_____. Leis e Decretos. Lei nº 11705, de 19 de junho de 2008. Altera o código de trânsito: lei seca. Brasília: Congresso Nacional. 2008.

_____. Leis e Decretos. Lei nº 11754, de 23 de julho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nºs 10.868, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional. 2008.

BREWER, R.D.; SWAHN, M.H. Binge drinking and violence. JAMA 294: 616-618, 2005.

BUCHER, R. & Oliveira, S.R.M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. Revista de Saúde Pública, 28 (2): 137 – 145. 1994.

_____. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CALLIGARIS, Contardo. A adolescência. São Paulo: publifolha – Folha explica. 2000.

CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIN, B.; SILVA-FILHO, A. R.; BARBOSA, M. T. S.: *O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual, em dez capitais, em 1987- Parte I*. In: Ministério da Saúde; Ministério de Justiça. Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987. 5: 9-84. 1989.

_____; CARLINI – COTRIN, B.; SILVA FILHO, A.R.; BARBOSA, M. T. S. II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo grau – 1989. São Paulo: CEBRID/Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. 1990.

_____; GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., & NAPPO, S.A. I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID – UNIFESP. 2002.

_____; E. A.; GALDURÓZ, J.C.F. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005. Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda. 2007.

CARLINI-MARLATT, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVIEA, N.; SOUZA, M.F.M. - Drinking practices and other health-related behaviors among adolescents of Sao Paulo City, Brazil. *Subst Use Misuse* 38: 905-932. 2003.

CHALDER, M.; ELGAR, F.J. & BENNETT, P. Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (1), 107-113. 2006.

CONCEIÇÃO, M. I. G. & SUDBRACK, M. F. O. Fatores de risco e de proteção no envolvimento de adolescentes com drogas (p. 24-32). In: SUDBRACK, M. F. O. Debate: Adolescentes e drogas no contexto da escola. Brasília: Ministério da Educação – TV Escola – Salto para o futuro. 2004.

CRUZ, L. A.N. Uso de álcool e julgamento sócio – moral de estudantes do ensino médio. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de filosofia e Ciências, Marília. 2006.

DALGALARRONDO, P; SOLDERA, M.A.; CORREA FILHO, H.R.; SILVA, C.A.M. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26(2): 82-90, 2004.

DUAILIBI, S; LARANJEIRA, R. Políticas Públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Ver. Saúde Pública*. Vol 41. nº 5. São Paulo. 2007.

DE MICHELI, D. ; FISBERG, D. ; FORMIGONI, M. L. O. S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*; 50(3): 305-13. 2004.

DETRAN. Nas estradas, uma guerra diária. 06/01/2009. Disponível em: http://www.linearclipping.com.br/detran/detalhe_noticia.asp?cd_sistema=1&codnot=598609. Acesso em: 07/01/2009

DIMEFF, L. A. BAER, J. S.; KIVLAHAN, D. R. e MARLATT, G. A. Alcoolismo entre

estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos. São Paulo: Editora da Unesp. 2002.

EDWARDS, G. Problems and Dependence: The History of two dimensions. In: LADER, M. ; EDWARDS,G. and DRUMMOND, D.C. eds. The Nature of alcohol and drug related problems. New York: Oxford University Press. 1-14. 1992.

_____, ADERSON, P. L; BABOR, T; CASSWELL, S; FERRENCE, R; GIESBRECHT N, et al. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press: Oxford. 1994.

ELUF, L.N. As drogas e a legislação brasileira. In: PINSKY, I e BESSA, M.A (Orgs). Adolescência e Drogas. São Paulo: Contexto. 2004.

ENGS, R.C; HANSON, D. J; GLIKSMAN, L; SMYTHE, C. Influence of religion and culture on drinking behaviours: a test o hypotheses between Canada and USA. Br J Addict. 85(11):1475-82. 1990.

ESTEFENON, S. G. B.; ALVES, M. V.Q. M. Uso de Substâncias psicoativas (SPA's): aspectos psicossociais, clínicos e terapeuticos. In: Maria Conceição Oliveira Costa; Ronald de Souza Pagnocelli. (Org.). Adolescência: Aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: ArtMed. v. , p. 383-397. 2002.

FERIGOLO, M.; BARBOSA, F. S.; ARBO, E. ; MALYSZ, A.S.;STEIN, A. T. & BARROS, H. M. T. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. Revista Brasileira de Psiquiatria. 26 (1): 10-16. 2004.

FIGLIE, N.;FONTES, A.; MORAES, E. & PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?*Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (2), 53-62. 2004.

FURTADO, E. F. Implementação de estratégias de diagnóstico e intervenções breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto:PAI-PAD/FMRP-USP; 2003. Relatório Técnico PAI-PAD/OMS-Brazil-rp-01. 2003.

GALDURÓZ, J. C. F.; ALMEIDA, V.; CARVALHO, V. & CARLINI, E. A. III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau em 10 capitais brasileiras – 1993. São Paulo: CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. 1994.

_____, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. e CARLINI, E. A. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas. Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo – 1999. São Paulo: CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. 1997.

_____, J. C. F. ; NOTO, A. R ; FONSECA, A. M. ; CARLINI, E. A. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004.. São Paulo: CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo 2005.

GARCIA, M. L. T; LEAL, F. X.; ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. Psicologia & Sociedade. Vol. 20. nº 2. Porto Alegre. 2008.

GAZETA DO POVO. Paraná é 6º em multas a motoristas bêbados. Curitiba, 6

Jan.2009.Disponível em: <http://portal.rpc.com.br/gazetadopovo/vidaacidania/conteudo.phtml?tl=1&id=844260&tit=Parana-e-6-em-multas-a-motoristas-bebados>. Acesso em: 07/01/2009

_____. Paraná: Número de mortes em BRs cai 28,6% após seis meses de Lei Seca. 19 dez 2008. Disponível em: <http://portal.rpc.com.br/gazetadopovo/vidaacidania/conteudo.phtml?tl=1&id=839790&tit=Parana-numero-de-mortes-em-BRs-cai-286-apos-seis-meses-de-Lei-Seca>. Acesso em: 07/01/2009.

GIGLIOTTI, A. ; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 26 (Supl I). 11-13.2004.

GODOI, A. M. M.; MUZA, G.M.; COSTA, M.P. & GAMA, M. L. T. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada. *Revista de Saúde Pública*. 25 (2): 150-156. 1991.

GOMES, W. B.; ARAÚJO, L. B. Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. *Psicologia reflexão e crítica*. Porto Alegre, v.11,n.1. 1998.

GOMIDE, P. I.C.G; PINSKY, I. A influência da mídia e o uso das drogas na adolescência. In: PINSKY, I e BESSA, M.A (Orgs). *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto. 2004.

GUIMARÃES, J. L.; GODINHO, P. H.; CRUZ, P.; KAPPAN, J. I. & TOSTA JUNIOR, L. A. (2004). Psychoactive drugs by school-age adolescents, Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 38 (1).

HEATHER N. *Treatment approaches to alcohol problems*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. 1992.

HURST P.M; HARTE, D.; FRITH, W. J. The Grand Rapids dip revisited. *Accid Anal Prev*.26(5):647-54. 1994.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da População*. 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 07/03/2009.

JELLINECK, E. M. *The disease concept of alcoholism*. New York: Hillhouse Press. 1960.

JINEZ, M. L. J. *Intervenção preventiva do uso de drogas entre estudantes de ensino médio em uma amostra mexicana*. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto. 2007.

JONES-WEBB, R.; TOOMEY, T.; MINER, K; WAGENAAR, A.C; WOLFSON, M; POON, R. Why and in what context adolescents obtain alcohol from adults: a pilot study. *Subst Use Misuse*.32(2):219-28. 1997.

KANDEL, D.B.; DAVIES, M. High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry*, 53: 71-80. 1996.

KARAM, M. L. Drogas Ilícitas e Globalização: a proibição causa a maioria dos danos associados a drogas. *The Narco News Bulletin*. Fórum "Democracia, direitos humanos, guerra e narcotráfico". Rio de Janeiro. 2003.

KERR-CORREA, F., SIMAO, M.O, DALBEN, I., MARTINS, R. A., TRINCA, L.A., PENTEADO, M. A. C., SANCHES, A. F., OLIVIERA, S. M., BEIG, M. L., ORTIGOSA, S. High risk alcohol use in Brazilian college students (UNESP): preliminary data from a preventive study in: 28 th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, 2002, Paris. Full Papers of the 28th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Paris: KBS. 2002.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas. 2007.

LEMOS, Tadeu; ZALESKI, Marcos. As principais drogas: como elas agem e quais os seus efeitos. In: PINSKY, Ilama; BESSA, Marco Antônio. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto. 2004.

MACHADO, A.R; MIRANDA, P.S. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Vol.14. n3. Rio de Janeiro. 2007.

MACRAE, E. A subcultura da droga e prevenção. Texto Apresentado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) – Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador. 2003.

_____. Redução de Danos para o uso de Cannabis. Texto apresentado ao Programa de Orientação e Apoio a Dependentes de Drogas (PROAD) – Escola Paulista de Medicina/ Unifesp, São Paulo, 2004.

MALCON, M.C; MENEZES A.M.B E MOEMA, C. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev. Saúde Pública vol 37. nº1. São Paulo. 2003.

MARLATT, G.A. Harm reduction: come as you are. Addictive Behaviors. 21(6): 779-788.1996.

MARQUES, A. C. P. R. O uso e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. Revista Imesc nº3. p. 73-86. 2001.

_____; A.C.P.R; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria. 28 (Supl I): 28-32. 2004.

MARTINS, R. A. *Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente*. 211f. Tese (Livre-Docência em Psicologia da Educação) – Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas – Universidade Estadual Paulista. 2006.

_____; MANZATO, A & CRUZ, L. N. O uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes. In: Juventude Contemporânea: perspectivas nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: NAU Editora, p.301-326, 2005.

_____, CRUZ, L.N; TEIXEIRA, P. S ; MANZATO, A. Padrão de consumo de álcool entre estudantes do ensino médio de uma cidade do interior do estado de São Paulo. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (ed.port)v.4.n.1.Ribeirão preto fev.2008.

MATTHEWS, D. B. & MILLER, W.R. Estimating blood alcohol concentration: two computer programs and their applications in therapy and research. *Addictive Behaviors*. 4: 55-60.1979.

MENDEZ, E.B. Uma versão brasileira do AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 1999.

MENEZES, A.; PALMA, E.; HOLTHAUSEN, R; OLIVEIRA, R; OLIVEIRA, P.S.; DEVENS, E.; STEINHAUS, L.; HORTA, B.; VICTORA, C. G. Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. *Rev. Saúde Pública*. Vol 35. nº2. São Paulo. 2001.

MILLER, W. R. e ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.

_____ ; SANCHES, V.C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, editor. *Issues in alcohol use and misuse in young adults*. Notre Dame. In: University of Notre Dame Press. 1993.

_____ ; SANCHES, V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, editor. *Issues in alcohol use and misuse in young adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. 1993.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *CAD. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 14 (1): 34-42. jan-mar.1998.

MINTO, E. C. ; CORRADI-WEBSTER, C. M.; GORAYEB, R. ; LAPREGA, M. R. ; FURTADO, E. F. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 16 (3): 207-220. 2007.

MONTEIRO, M. G, SCHUCKIT M.A. Alcohol, drug and mental health problems among Jewish and Christian men at a university. *Am J Alcohol Abuse*.15(4):403-12. 1989.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.13. nº1. Rio de Janeiro. 2008.

MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILO, G. & BARBIERI, M.A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*. 31(1): 21-29. 1997.

NAIMI T e cols. *Binge Drinking among US Adults*. *Journal of the American Medical Association*, January 1, 289 (1):70-77. 2003.

NOTO, A. R. Os Índices de Consumo de Psicotrópicos entre adolescentes no Brasil. In: PINSKY, I e BESSA, M.A (Orgs). *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto. 2004.

OLIVEIRA. M.S. *Eficácia da intervenção motivacional em dependentes do álcool*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo . (2001).

_____. Avaliação e intervenção breve em adolescentes usuários de drogas.

Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. V.1. n.1 Rio de Janeiro, 2005.

_____, WERLANG, B. S. G.; WAGNER, M. F. Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica. *Bol. psicol, dic.* vol.57, no.127, p.205-214. ISSN 0006-5943. 2007.

PECHANSKY, F. Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 44 (5): 231 – 242. 1995.

_____; SZOBOT, C. M. ; SCIVOLLETO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo. v. 26. n. 1. p.14-17.2004.

PINSKY, I. e BESSA M. A. *Adolescência e Drogas.* Editora Contexto. São Paulo. 2004.

PRENDERGAST, M. L. Substance use and abuse among college students: a review of recent literature. *J Am Coll Health;*43(3):99-113. 1994

PROCHASKA, J. O; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice,* 20:161-73, 1982.

_____;DICLEMENTE C. C. e NORCROSS, J. In: Search of how people change. *American Psychologist,* 47, 1102-1114. 1992.

_____;DICLEMENTE, C. C. The transtheoretical approach. In: Miller,W.; Hester, N. (Orgs.). *Treating addictive behavior: processes of changes* (pp. 3-27). NewYork: Plenum Press. 1999.

RAMOS, S. P. CAMPANA, A. A. M. ; WOITOWITZ, A. B. Comunicação breve sobre um programa de tratamento para dependentes químicos hospitalizados. *Arq. Clin. Pinel.* 4 (1-3): 92-98. 1978.

_____, S. P; WOITOWITZ, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo. V.26. supp1.1. 2004.

REDE GLOBO, FANTÁSTICO. Em 6 meses, mais de 6 mil foram flagrados pela lei seca nas rodovais. 04/01/2009. Disponível: <http://video.globo.com/videos/player/noticias/0,,GIM943985-7823-EM+SEIS+MESES+LEI+SECA+MULTA+SEIS+MIL+MOTORISTAS,00.html> http. Acesso em: 07/01/2009.

RIBEIRO, M. S.; VARGAS, E. V.; ALVES, M. J. M.; GUIMARÃES, L. S. & MOREIRA, G. M. O consumo de substâncias psicoativas em Juiz de Fora, MG. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 48 (9): 405-413. 1999.

RIGONI, M.S; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Conseqüências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens. *Ciência&Cognição.* Vol. 08: 118-126. 2006.

ROMANO, M.; DUAILIBI S. M; PINSKY. I e LARANJEIRA R. *Pesquisa de Compra de Bebidas Alcoólicas por Adolescentes em Duas Cidades do Estado de São Paulo – SP.* *Revista Brasileira de Saúde Pública.* 41 (4): 495 – 501. 2007.

RONZANI, T. M. ; AMARAL, M. B. ; FORMIGONI, M. L. O. S. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. Caderno de Saúde Pública vol.21 nº3. Rio de Janeiro. 2005.

RUBIO VALLADOLID, G. & PONCE ALFARO, G. Conceptos básicos sobre problemas por el alcohol. In G. Rubio Valladolid & J. Santo-Domingo Carrasco. Guia práctica de intervenció n em el alcoholismo. Madrid: Agencia Antidroga/Ilustre Colégio Oficial de Médicos de Madrid. 2000.

SANCEVERINO, S. L.; ABREU, J. L. C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no Município de Palhoça. Ciência e Saúde Coletiva. 9 (4): 1047-1056. 2003.

SANCHES, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. S. & NAPPO, S. A. Fatores protetores do adolescente contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Ciência e Saúde Coletiva. 9 (1): 43-55. 2004.

_____.; Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. Rer. Saúde Pública.39.n.34.2005.

_____. NAPPO, S.A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 73-81. 2007.

SAPIENZA, G.; PEDROMONICO, M. R. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol. Estud.* v. 10, n. 2, pp. 209-216. ISSN 1413-7372. 2005.

SCHEEERER, S. & VOGT, I. Eds. Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt, Campus. 1989. 78

SCHENKER, M & MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10(3): 707-717. 2005.

SCIVOLLETO, S.; GIUSTI, J. S. Fatores Protetores e de risco associado ao uso de drogas na adolescência. 2007. Disponível em:
<http://www.adroga.casadia.org/prevencao/fatores-protetores-risco-associados-uso-drogas-adolescencia.htm>. Acesso em: 05/01/2008.

SEGATTO, M. L; PINSKY, I. ; LARANJERIA, R. ; REZENDE, F. F. ; VILELA. T. R. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 23 (8): 1753-1762. 2007.

SELJAMO, S.; AROMA, M.; KOIVUSILTA, L.; RAUTAVA, P.; SOURANDER, A.; HELENIUS, H. & SILLANPAA, M. Alcohol use in families: a 15-year prospective follow-upstudy. *Addiction*, 101 (7), 984-992. 2006.

SILVA, V.A.; AGUIAR, A.S.; Felix, F.; REBELLO, G.P.; ANDRADE, R.C & MATTOS, H.F. Estudo brasileiro sobre abuso de substâncias por adolescentes: fatores associados e adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (3), 133-138. 2003.

_____, e MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? Em I. Pinsky, & M. Bessa (Orgs). Adolescência e drogas. 2004.

SILVA, L.V.E.R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V.A.; ANDRADE A.G. - Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública* 40(2): 208-218, 2006.

SILVEIRA, C.M; SILVEIRA, C.C; SILVA, J.G; SILVEIRA, A.G.A; ANDRADE, L.H.G. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*. V.35. supl.1. São Paulo. 2008.

SIMÃO, M. O.; e MARTINS, R. A; KERR-CORREA, F.,. Prevenção ao uso de álcool por estudantes universitários. In: (sem título). Cláudio Jerônimo da Silva. São Paulo: UNIAD – Depto de psiquiatria. UNIFESP. 2008.

SIMÕES, M. J. S. & SIMÕES, B. J. G. Levantamento sobre o uso de bebidas alcoólicas entre os estudantes de nível secundário – Ribeirão Preto, SP – 1975. *Revista Brasileira de Farmácia*, 7 – 19. 1980.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26 (3): 174-179. 2004.

SOUZA, D. P. O e MARITNS, D. T. O. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. *Cadernos de Saúde Publica*. 14 (2): 391-400. 1998.

SPSS. Chicago: SPSS Inc. 2003.

SUDBRACK, M. F. O.; DALBOSCO. C. Escola como contexto de proteção: refletindo sobre o papel do educador do uso indevido de drogas. Na. 1 Simp. Internacional do Adolescente May. 2005.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J.U. & LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*. 35 (2): 150-158. 2001

TEIXEIRA, R.F; SOUZA, R.S; BUAIZ, V. SIQUEIRA, M.M. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva*. 2008.

TELLES, P.R. e BASTOS, F.I. Estratégias da redução de danos (Harm Reduction). In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação Geral do PN DST/AIDS. Drogas, Aids e Sociedade. Brasília: Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. p. 109-113. 1995.

VAILLANT, G. E. The natural history of alcoholism. Cambridge: Harvard University Press. 1983.

VELHO, G. Dimensão cultural e política do mundo das drogas. In C.L. Inem e G: Acselrad (Orgs.). *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago. p. 274-279. 1993.

VIVARTA, V. (Coord.) *Mídia e drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira*. Brasília: Agencia de Notícias dos Direitos da Infância; Ministério da Saúde.

2005.

WATSON, P. E.; WATSON, D. I. & BATT, R.D. Total body water volumes for adult males and females estimated from simple anthropometric measurements. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 33: 27-29. 1980.

WERNER, M. J. e ADGER JR.,H. Early Identification, screening, and brief intervention for adolescent alcohol use. *Archives of Pediatrics e Adolescent Medicine*. 149 (11): 1241 (8). 1995.

ANEXO A



Unesp
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Fone: (0xx 14) 3402-1346
Fax: (0xx14) 3422-1302
www.marilia.unesp.br/cep
e-mail: cep@marilia.unesp.br

PARECER DO PROJETO N° 2325/2007

IDENTIFICAÇÃO
1. Título do Projeto: Padrão e contexto de uso de álcool e outras drogas entre adolescentes das escolas de Cascavel
2. Pesquisador Responsável: Raul Aragão Martins/Luana Dallo
3. Instituição do Pesquisador: Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista – Campus de Marília
4. Apresentação ao CEP: 23/08/2007
5. Apresentar relatório em: Semestralmente durante a realização da pesquisa.

OBJETIVOS
Avaliar o padrão de uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes matriculados no Ensino Médio e o contexto em que este uso é realizado. Serão também, avaliadas as variáveis relacionadas como nível sócio-econômico, sexo, série escolar, período de estudo (diurno ou noturno), tipo de escola (pública ou privada), religião e familiar que fazem uso abusivo de álcool.

JUSTIFICATIVA
O projeto propõe investigar o padrão do uso de drogas entre adolescentes que estão cursando o Ensino Médio de três escolas de Cascavel – PR. Além disto, pretende-se avaliar o contexto de uso destas drogas e variáveis relacionadas. Justifica-se, pois é na adolescência, muitas vezes, que estes vícios são contraidos e que podem se prolongar até a vida adulta. Será realizado um levantamento inicial através do AUDIT e posterior entrevista com os sujeitos identificados. Todos os escolares e seus responsáveis serão esclarecidos, quanto aos objetivos do estudo, sendo garantido o sigilo de identidade.

COMENTÁRIOS DA REUNIÃO
O projeto de pesquisa, em análise, apresenta uma sólida constituição, dentro dos padrões de rigor acadêmico-científico. Justifica-se pela relevância social e educacional, por ter como meta desenvolver estratégias para o uso de escolas, ao se depararem com o problema. A metodologia de execução está adequada aos objetivos propostos. A bibliografia é pertinente.

OPINIÃO DO CEP
O CEP da FFC da UNESP após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa resolve aprovar o projeto de pesquisa supracitado.

ASSINATURAS DOS MEMBROS

DATA DE APROVAÇÃO
Aprovado na reunião do CEP da FFC em 28/11/2007.

Drº Luis Antônio Francisco de Souza
Vice-Presidente do CEP

Profª. Drª Maria Cândida Soares Del Masso
Vice-Diretora no exercício da Direção

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
"Campus" de Marília



Universidade Paranaense
Campus Umuarama

LEVANTAMENTO DE USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE ADOLESCENTES DE CASCAVEL – PR

Questionário nr.:

Nome:				Escola:	
Endereço:					
Telefone:	Período:	Série e turma:	Idade:	Sexo:	

Questionário nr.:

2. Na sua casa vocês possuem (assinale com um X na quantidade correspondente)						
		0 – Não tem	1 - Um	2 – Dois	3 - Três	4 ou +
2.1	Televisão (cores)					
2.2	Rádio					
2.3	Banheiro					
2.4	Automóvel					
2.5	Empregada mensal					
2.6	Aspirador de pó					
2.7	Máquina de lavar roupa					
2.8	Videocassete e ou DVD					
2.9	Geladeira					
2.10	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					
3. Assinale o grau de instrução do chefe da família						
Analfabeto ou 1º Ciclo Ensino Fundamental (4ª série)						
1º Ciclo Ensino Fundamental (4ª série) / Ensino Fundamental incompleto						
Ensino Fundamental completo / Ensino Médio incompleto						
Ensino Médio completo / Superior incompleto						
Superior completo						
4. Cite a sua religião:						

Nas questões de número 5 até 11, cada dose equivale à:

1 coquetel (batida) 1 garrafa de ICE 1 dose de pinga ou whisky a 40% (36 ml)
1 lata de cerveja (355 ml) 1 taça de vinho (150 ml)

Nas questões de números 5 a 7 faça um círculo ou um X na opção correspondente a sua resposta e na questão 8 coloque o números de vezes pedido (caso não tenha bebido, coloque zero)

5 – Lembre da ocasião em que mais bebeu nos últimos 30 dias. Quanto você bebeu?	
(0) 0 doses	(3) 5 a 6 doses
(1) 1 a 2 doses	(4) 7 a 8 doses
(2) 3 a 4 doses	(5) Mais que 8 doses
6 – Com que frequência você bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias?	
(0) Não bebi	(4) 3 a 4 vezes por semana
(1) Aproximadamente uma vez por mês	(5) Quase todos os dias
(2) 2 a 3 vezes por mês	(6) Uma vez por dia ou mais
(3) 1 ou 2 vezes por semana	
7 – Nos últimos 30 dias, quantas doses você bebeu, em média , nos fins de semana ? [some o que você bebeu nos fins de semana (de 6ª-feira à noite ao domingo) e divida por 4]	
(0) 0 doses	(3) 5 a 6 doses
(1) 1 a 2 doses	(4) 7 a 8 doses
(2) 3 a 4 doses	(5) Mais que 8 doses
8 – Nos últimos 30 dias, quantas vezes você bebeu 5 ou mais doses em uma única ocasião?	

9. Com que frequência você toma bebidas de álcool?

- | | |
|--|--|
| 0 – Nunca | 3 – Duas a três vezes por semana |
| 1 – Uma vez por mês ou menos | 4 – Quatro ou mais vezes por semana |
| 2 – Duas a quatro vezes por mês | |

10. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 0 – Nunca | 3 – 7 a 9 doses |
| 1 – 3 ou 4 doses | 4 – 10 ou mais doses |
| 2 – 5 ou 6 doses | |

11. Com que frequência você toma "6 ou mais doses" em uma ocasião?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 0 – Nunca | 3 – Uma vez por semana |
| 1 – Menos que uma vez ao mês | 4 – Todos os dias ou quase todos |
| 2 – Uma vez ao mês | |

12. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 0 – Nunca | 3 – Uma vez por semana |
| 1 – Menos que uma vez ao mês | 4 – Todos os dias ou quase todos |
| 2 – Uma vez ao mês | |

13. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 0 – Nunca | 3 – Uma vez por semana |
| 1 – Menos que uma vez ao mês | 4 – Todos os dias ou quase todos |
| 2 – Uma vez ao mês | |

14. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 0 – Nunca | 3 – Uma vez por semana |
| 1 – Menos que uma vez ao mês | 4 – Todos os dias ou quase todos |
| 2 – Uma vez ao mês | |

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
"Campus" de Marília



Universidade Paranaense
Campus Umuarama

QUESTÕES SOBRE USO DE DROGAS E O CONTEXTO SOCIAL EM QUE SE CONSUME ÁLCOOL ENTRE ADOLESCENTES DE CASCAVEL – PR

Nome:				Escola:	
Endereço:					
Telefone:	Período:	Série e turma:	Idade:	Sexo:	

As questões de números 1 a 10b são a respeito do uso de drogas. É perguntado o uso na vida, idade do primeiro uso e a frequência de uso dos últimos 30 dias; após o nome da categoria da droga está escrito o seu nome comercial entre parênteses.

Exemplo: Uma pessoa que bebe guaraná todos os fins de semana.

PADRÃO DE USO Você já experimentou (nome da droga) sem orientação de médico ou outro profissional?	FREQUÊNCIA Com que frequência utilizou esta droga nos últimos 30 dias?
REFRIGERANTES (Guaraná, Coca-Cola, Fanta, etc.) 1 – Nunca bebi 2 – Bebi alguma vez na vida 3 – Não bebi no último ano 4 – Bebi no último ano Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você bebeu a primeira vez: ..8..	REFRIGERANTES (Guaraná, Coca-Cola, Fanta, etc.) Não bebi Menos que uma vez por semana 1 ou mais vezes por semana Diariamente 5 – Duas ou mais vezes por dia 6 – Quatro ou mais vezes por dia
1a – BEBIDAS ALCOÓLICAS (Cerveja, chope, pinga, vinho, caipirinha, batidas, coquetel) 1 – Nunca bebi 2 – Bebi alguma vez na vida 3 – Não bebi no último ano 4 – Bebi no último ano Se respondeu 2, 3 ou 4 marque a idade, em anos, quando você bebeu a primeira vez:	1b – BEBIDAS ALCOÓLICAS (Cerveja, chope, pinga, vinho, caipirinha, batidas, coquetel) 1 – Não bebi 2 – Menos que uma vez por semana 3 – 1 ou mais vezes por semana 4 – Diariamente 5 – Duas ou mais vezes por dia 6 – Quatro ou mais vezes por dia
2a – TABACO (Cigarros) 1 – Nunca fumei 2 – Fumei alguma vez na vida 3 – Não fumei no último ano 4 – Fumei no último ano	2b – TABACO (Cigarros) 1 – Não fumei 2 – Menos que uma vez por semana 3 – 1 ou mais vezes por semana 4 – Diariamente 5 – Duas ou mais vezes por dia

Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você fumou a primeira vez:	6 - Quatro ou mais vezes por dia
<p>3a - MACONHA</p> <p>1 - Nunca fumei 2 - Fumei alguma vez na vida 3 - Não fumei no último ano 4 - Fumei no último ano</p> <p>Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você fumou a primeira vez:</p>	<p>3b - MACONHA</p> <p>1 - Não fumei 2 - Menos que uma vez por semana 3 - 1 ou mais vezes por semana 4 - Diariamente 5 - Duas ou mais vezes por dia 6 - Quatro ou mais vezes por dia</p>
<p>4a - COCAÍNA (Exceto CRACK)</p> <p>1 - Nunca usei 2 - Usei alguma vez na vida 3 - Não usei no último ano 4 - Usei no último ano</p> <p>Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você usou a primeira vez:</p>	<p>5b - COCAÍNA (Exceto CRACK)</p> <p>1 - Não usei 2 - Menos que uma vez por semana 3 - 1 ou mais vezes por semana 4 - Diariamente 5 - Duas ou mais vezes por dia 6 - Quatro ou mais vezes por dia</p>
<p>6a - CRACK</p> <p>1 - Nunca fumei 2 - Fumei alguma vez na vida 3 - Não fumei no último ano 4 - Fumei no último ano</p> <p>Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você fumou a primeira vez:</p>	<p>6b - CRACK</p> <p>1 - Não fumei 2 - Menos que uma vez por semana 3 - 1 ou mais vezes por semana 4 - Diariamente 5 - Duas ou mais vezes por dia 6 - Quatro ou mais vezes por dia</p>
<p>7a - ANFETAMINAS (Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Reativan, Pervetin, Preludin, fórmulas para emagrecimento)</p> <p>1 - Nunca usei 2 - Usei alguma vez na vida 3 - Não usei no último ano 4 - Usei no último ano</p> <p>Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você usou a primeira vez:</p>	<p>7b - ANFETAMINAS (Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Reativan, Pervetin, Preludin, fórmulas para emagrecimento)</p> <p>1 - Não usei 2 - Menos que uma vez por semana 3 - 1 ou mais vezes por semana 4 - Diariamente 5 - Duas ou mais vezes por dia 6 - Quatro ou mais vezes por dia</p>
<p>8a - SOLVENTES ORGÂNICOS (Lança-perfume, Loló, Cola, Gasolina, Tinta, Acetona, Aguarrás, Tíner, Éter, Esmalte, Clorofórmio, Benzina)</p> <p>1 - Nunca usei 2 - Usei alguma vez na vida 3 - Não usei no último ano 4 - Usei no último ano</p> <p>Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você usou a primeira vez:</p>	<p>8b - SOLVENTES ORGÂNICOS (Lança-perfume, Loló, Cola, Gasolina, Tinta, Acetona, Aguarrás, Tíner, Éter, Esmalte, Clorofórmio, Benzina)</p> <p>1 - Não usei 2 - Menos que uma vez por semana 3 - 1 ou mais vezes por semana 4 - Diariamente 5 - Duas ou mais vezes por dia 6 - Quatro ou mais vezes por dia</p>
<p>9a - Ecstasy</p> <p>1 - Nunca usei 2 - Usei alguma vez na vida 3 - Não usei no último ano 4 - Usei no último ano</p>	<p>9b - Ecstasy</p> <p>1 - Não usei 2 - Menos que uma vez por semana 3 - 1 ou mais vezes por semana 4 - Diariamente 5 - Duas ou mais vezes por dia</p>

Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você usou a primeira vez:	6 – Quatro ou mais vezes por dia
<p>10a – CITE OUTRA DROGA QUE TENHA USADO:</p> <p>.....</p> <p>1 – Nunca usei 2 – Usei alguma vez na vida 3 – Não usei no último ano 4 – Usei no último ano</p> <p>Se respondeu 2, 3 ou 4, marque a idade, em anos, quando você usou a primeira vez:</p>	<p>10b – CITE OUTRA DROGA QUE TENHA USADO:</p> <p>.....</p> <p>1 – Não usei 2 – Menos que uma vez por semana 3 – 1 ou mais vezes por semana 4 – Diariamente 5 – Duas ou mais vezes por dia 6 – Quatro ou mais vezes por dia</p>

- Questões sobre contexto social em que se consome álcool

11) Com que idade você experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?	
12) Qual foi a bebida que você experimentou nessa primeira vez?	
13) Com quem você estava quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?	
14) Onde você estava quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?	
15) E hoje, qual é o tipo de bebida que você mais bebe? (Se houver mais de uma, citar em ordem de consumo)	

16) Onde você costuma beber com maior frequência? (Se houver mais de um lugar, citar em ordem de frequência)	
17) Com quem você costuma beber?	
18) Você bebe quando está sozinho?	
19) Pense no dia em que você mais bebeu. Quando foi?	
20) Onde foi?	
21) Com quem você estava no dia em que você mais bebeu?	
22) Diga-me quando foi a última vez que você bebeu?	

23) Qual foi o lugar onde você bebeu pela última vez?	
24) Com quem estava quando bebeu pela última vez?	
25) Por que você bebeu nessa ocasião?	

APÊNDICE C



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Padrão e Contexto de Uso de Álcool e Outras drogas entre Adolescentes das Escolas de Cascavel.

Pesquisador Responsável: LUANA DALLO

Estamos realizando uma pesquisa com os estudantes de escolas públicas e privadas de Cascavel, intitulada "Padrão e Contexto de Uso de Álcool e outras Drogas entre Adolescentes das Escolas de Cascavel" e gostaríamos que seu(sua) filho(a) participasse da mesma.

A pesquisa tem como objetivo: Avaliar o padrão de uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes matriculados no ensino médio e o contexto em que este uso é realizado. Serão, também, avaliadas as variáveis relacionadas como nível socioeconômico, sexo, série escolar, período de estudo (diurno ou noturno) e tipo de escola (pública e privada).

Caso aceite que seu(sua) filho(a) participe desta pesquisa, gostaríamos que soubessem que a coleta de dados constará de informações sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, local de residência e telefone) e preenchimento de questionários que buscarão alcançar os objetivos propostos pela pesquisa. Dando seguimento, posteriormente, alguns adolescentes serão convidados a participar de uma entrevista.

Durante a execução do projeto, os procedimentos utilizados não causam dano/desconforto ao participante e, em caso do surgimento de alguma dúvida, poderá procurar os pesquisadores nos seguintes telefones ou endereços eletrônicos (e-mail):

Luana Dallo: – 45 3035 6999 e 9919 0478; e-mail: luana@dallo.com.br
Raul Aragão Martins: 0 17 xx 221 2317; e-mail: raul@ibilce.unesp.br

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter garantidos os direitos de meu (minha) filho (a): (1) receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa; (2) retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; (3) não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade; (4) procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE-CEP/Unioeste, através do telefone 3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo que meu(minha) filho(a) participe do projeto de pesquisa

Nome (pai/mãe/responsável):

Cascavel, .../...../2007. Assinatura:

Eu, Luana Dallo, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Assinatura: Data: /...../2007

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
"Campus" de Marília



Universidade Paranaense
Campus Umuarama

Autorização da Escola Vinculada à Pesquisa

Eu,....., autorizo Luana Dallo a realizar a pesquisa em nossa escola. E declaro que estou ciente do compromisso ético da mesma em não divulgar o nome dos alunos, da escola e outras informações comprometedoras. Além disso, estou informado(a) que, durante a execução do projeto, os procedimentos utilizados não causam dano/desconforto ao participante e, em caso do surgimento de alguma dúvida, poderei procurar os pesquisadores nos seguintes telefones ou endereços eletrônicos (e-mail):

Luana Dallo: – 45 3035 6999 e 9919 0478; e-mail: luana@dallo.com.br

Raul Aragão Martins: 0 17 xx 221 2317; e-mail: raul@ibilce.unesp.br

Nome do Responsável:

Escola:

Assinatura:

Data: /...../2007

Eu, Luana Dallo, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o Responsável (diretor/coordenador/Proprietário).

Assinatura: Data: /...../2007