

Karina de Souza Martins

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTILOS PARENTAIS E
CONSUMO DE DROGAS EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr^a Daniela Ribeiro Schneider

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Karina de Souza

Associação entre estilos parentais e consumo de drogas
em adolescentes / Karina de Souza Martins ; orientador,
Daniela Ribeiro Schneider - Florianópolis, SC, 2016.

150 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

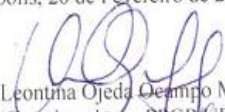
1. Psicologia. 2. Relações pais-filho. 3. Adolescentes .
4. Uso de drogas . 5. Prevenção. I. Schneider, Daniela
Ribeiro. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Karina de Souza Martins

*Associação entre estilos parentais e consumo de drogas em
adolescentes*

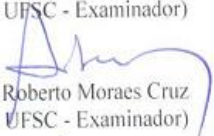
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de Fevereiro de 2016.


Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP - UFSC - Orientadora)


Dr. Mauro Luis Vieira
(PPGP - UFSC - Examinador)


Dr. Roberto Moraes Cruz
(PPGP - UFSC - Examinador)


Dra. Zila van der Meer Sanchez Dutenhofner
(PPGSC - UNIFESP - Examinadora)

Dra. Andréa Barbará Da Silva Bous
(PPGP - UFSC - Supl)

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Dr^a Daniela Ribeiro Schneider pela oportunidade e confiança demonstradas durante o período de construção deste trabalho.

Aos colegas de turma do mestrado e aos companheiros do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial pelas discussões, trocas e aprendizado.

Aos membros da Banca, Prof^a Dr^a Zila van der Meer Sanchez, Prof^o Dr Mauro Luis Vieira e Prof^o Dr Roberto Moraes Cruz que prontamente aceitaram o convite e disponibilizaram seu tempo e atenção.

À Adriana Sanudo, pela ajuda nas análises estatísticas realizadas.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela oportunidade de realizar o curso de mestrado. E à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), pela concessão da bolsa de estudos durante parte do curso de mestrado.

Devemos defender nossas hipóteses e teorias por algum tempo até que tenhamos um vasto conhecimento sobre elas, só então, a partir daí, tentar refutá-las com objetivo de nos movermos a um nível mais elevado de compreensão (Popper, 1972).

Karina de Souza Martins. **Associação entre estilos parentais e consumo de drogas em adolescentes**. Florianópolis, 2016. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Dr^a Daniela Ribeiro Schneider
Data da defesa: 26/02/2016.

RESUMO

A família desempenha um papel fundamental na prevenção ao consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes. Neste campo investigativo os estilos parentais de socialização são caracterizados como a variável que recebe maior destaque. A presente pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre estilos parentais e consumo de drogas em adolescentes. Trata-se de uma pesquisa descritiva-correlacional com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Foram avaliados 5007 educandos com idades entre 11-15 anos, estudantes do 7º e 8º anos de 72 escolas públicas de ensino fundamental das cidades de São Paulo-SP, São Bernardo do Campo-SP, Distrito Federal-DF, Florianópolis-SC, Tubarão-SC e Fortaleza-CE. Os dados secundários analisados nesta pesquisa foram coletados através do Questionário sobre Conhecimento, Atitudes e Comportamentos Relacionados ao Álcool, Tabaco e Outras Drogas utilizado no projeto “Avaliação do processo de implantação de programas de prevenção ao uso de drogas para crianças e adolescentes em ambiente escolar”. Os seguintes itens e instrumentos foram utilizados nesta pesquisa: Aspectos sociodemográficos, Itens sobre uso de drogas lícitas e ilícitas e as Escalas de Exigência e Responsividade. As associações entre estilos parentais e consumo de álcool, tabaco e outras drogas foram analisadas através do teste do Qui-Quadrado de Pearson para grupos independentes, Teste Exato de Fisher e calculou-se o *odds ratio* (OR) através de um modelo de regressão logística. Todos os modelos finais foram ajustados pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade e cidade) por meio de uma análise multivariada. Os resultados indicaram que 35,6% dos pais foram classificados como negligentes, 34,8% autoritativos, 18,8% como indulgentes e 10,8% como autoritários. Em relação à associação entre o

consumo álcool, tabaco e outras drogas os resultados demonstram que para todas as substâncias analisadas (exceto cocaína e crack) o estilo de socialização utilizado pelos pais está associado ao consumo de drogas reportado pelos adolescentes. Comparados a educandos com pais autoritativos, filhos de pais negligentes, indulgentes e autoritários tiveram maior chance de relatar uso de álcool, binge e inalantes. No que se refere consumo de tabaco e maconha o estilo parental negligente apresentou maior chance de consumo comparado ao estilo autoritativo. Estes resultados indicam que o estilo parental autoritativo foi associado como fator de proteção e o estilo negligente como fator de risco para o consumo de drogas entre adolescentes, não existindo um posicionamento claro no que se refere à influência dos estilos indulgente e autoritário no uso das distintas substâncias psicoativas analisadas. Ao identificar o efeito protetivo do estilo autoritativo parece fundamental considerar que os resultados desta pesquisa podem contribuir no direcionamento de estratégias preventivas no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Relações pais filho; Estilos Parentais; Adolescentes; Uso de drogas;

ABSTRACT

The family plays a fundamental role in the prevention of substance use among adolescents. In this investigative field parental socialization styles are characterized as the variable that receives greater prominence. This research aims to analyze the relationship between parenting styles and drug use in adolescents. This is a descriptive-correlational research with cross-sectional design and a quantitative approach. The participants were 5007 students aged 11-15 years, students of the 7th and 8th years of 72 public elementary schools in the cities of São Paulo-SP, Sao Bernardo do Campo, SP, Federal District-DF, Florianópolis, SC, Tubarão-SC and Fortaleza. Secondary data analyzed in this study were collected through the Questionnaire on Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Alcohol, Tobacco and Other Drugs used in the project "Deployment Process evaluation of programs to prevent drug use for children and adolescents in the school environment". The following items and instruments were used in this research: demographic aspects, items on the use of legal and illegal drugs and Scales of Responsiveness and Demandingness. The association between parenting styles and consumption of alcohol, tobacco and other drugs was analyzed using Chi-square test of Pearson for independent groups, Fisher's Exact Test and calculated the odds ratio (OR) using a logistic regression model. All final models were adjusted for sociodemographic variables (gender, age and city) through a multivariate analysis using a logistic regression model. The results indicated that 35.6% of parents were classified as neglectful, 34.8% authoritative, 18.8% as indulgent and 10.8% as authoritarian. Regarding the relation between alcohol, tobacco and other drugs the results show that for all substances analyzed (except cocaine and crack) the socialization style used by parents is associated with drug use reported by adolescents. Compared to students with authoritative parents, children of neglectful, indulgent and authoritarian parents were more prone to report alcohol, binge and inhalants use. Regarding tobacco and marijuana, negligent parents showed higher chance of consumption, compared to the authoritative parents. These results indicate that the authoritative parenting style was associated as a protective factor and negligent style as a risk factor for drug use among adolescents, there is no clear position with regard to the

influence of indulgent and authoritarian styles in the use of different psychoactive substances analyzed. By identifying the protective effect of the authoritative style it seems essential to consider that the results of this research can help in targeting preventive strategies in the Brazilian context.

Key-words: Parent-child relations; Parental Style; Adolescents; Drug use.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Classificação dos Estilos Parentais.	50
Figura 2 Características dos estudos sobre Estilos Parentais e o consumo de drogas em adolescentes.	55
Figura 3 Questões sociodemográficas (exemplos).	67
Figura 4 Questionário (questões de exemplo-1).....	69
Figura 5 Questionário (questões de exemplo-2).....	69
Figura 6 Questionário (questões de exemplo-3).....	70
Figura 7 Questionário (questões de exemplo-4).....	70
Figura 8 Itens que compõem as escalas de exigência e responsividade.	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das características dos 5007 participantes do ensaio controlado randomizado do programa #Tamojuntó. Brasil, 2014-2015.	76
Tabela 2 Prevalência do consumo de drogas entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado programa de prevenção #Tamojuntó.	78
Tabela 3 Distribuição das escalas Exigência e Responsividade entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojuntó.	80
Tabela 4 Prevalência do Estilo Parental entre os 2.676 adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojuntó.	81
Tabela 5 Prevalência de Uso de Álcool na Vida de acordo com o Estilo Parental entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojuntó.	81
Tabela 6 Medidas descritivas da idade de início de uso de álcool na vida de acordo com o Estilo Parental entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojuntó.	82
Tabela 7 Distribuição do consumo de álcool e outras drogas no ano de acordo com estilo parental entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto Tamojuntó.	84
Tabela 8 Distribuição do estilo parental de acordo com consumo de álcool e outras drogas no mês entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojuntó.	86
Tabela 9 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (OR _b) e odds ratio ajustado (OR _{aj} *)) para Uso no Ano e Uso no Mês de Álcool entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojuntó.	88
Tabela 10 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (OR _b) e odds ratio ajustado (OR _{aj} *)) para Binge Drinking no Ano e no Mês entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojuntó.	89
Tabela 11 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (OR _b) e odds ratio ajustado (OR _{aj} *)) para Uso no Ano e no Mês de Tabaco entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojuntó.	90

Tabela 12 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Inalantes entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.	91
Tabela 13 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Maconha entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.	92
Tabela 14 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Cocaína entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.	93
Tabela 15 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Crack entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
CSI - *Comprehensive Social Influence*
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP - Conselho de Ética e Pesquisa
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*
ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*
EU-Dap - *European Union for Drug addiction prevention*
ICAP - *International Center for Alcohol Policies*
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
NIAAA - *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIDA - *National Institute on Drug Abuse*
OMS/WHO - Organização Mundial de Saúde
PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PPGP - Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PSICLIN – Núcleo de Estudos em Psicologia Clínica
RCT - *Random Control Trial*
SNC - Sistema Nervoso Central
SAMHSA – *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*
SIDUC – *Inter-American Drug Use Data System*
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 HIPÓTESES	31
4 REVISÃO DE LITERATURA	33
4.1 A PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	33
4.2 IMPLICAÇÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA.....	36
4.3 PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO.....	40
4.4 OS ESTILOS PARENTAIS	47
4.4.1 Relações entre estilos parentais e consumo de drogas em adolescentes.....	53
4.4.2 Características e aspectos metodológicos dos artigos.....	54
4.4.3 Análise e discussão dos resultados dos artigos.....	56
5 MÉTODO.....	63
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	63
5.2 CONTEXTO DA PESQUISA	63
5.3 PARTICIPANTES	64
5.4 INSTRUMENTOS	65
5.4.1 Aspectos sociodemográficos.....	67
5.4.2 Escalas de exigência e responsividade.....	67
5.4.3 Itens sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas.....	69
5.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	70
5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	72
5.7 ANÁLISE DE DADOS.....	72
6 RESULTADOS	75
6.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	75
6.2 ESTILOS PARENTAIS E O CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS	78

7 DISCUSSÃO	95
7.1 CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS E IDADE DE INÍCIO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	95
7.2 ESTILOS PARENTAIS E CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES	100
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
8.1 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES	109
8.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	111
8.3 DESDOBRAMENTOS PARA A PRÁTICA E ESTUDOS FUTUROS	111
REFERÊNCIAS	113
ANEXOS	137
Anexo I: Parecer substanciado do cep	137
Anexo II: questionário #tamojunto	139

1 INTRODUÇÃO

Uma proporção elevada de óbitos entre adultos jovens (cerca de 70%) está associada com comportamentos que têm início ainda na adolescência (Resnick, Catalano, Sawyer, Viner, & Patton, 2012). A experimentação de substâncias psicoativas entre adolescentes é um fenômeno já convertido a um feito habitual e está entre os nove fenômenos sociais que comprometem de forma grave o desenvolvimento dos jovens (UNICEF, 2015). O uso de drogas nesta etapa do desenvolvimento humano tem implicações para além das conseqüências imediatas, na medida em que suscita, a médio e longo prazo, complicações físicas, psíquicas e sociais (Alati Maloney, Hutchinson, Najman, Mattick, Bor, & Williams, 2010).

O grupo dos adolescentes configura-se como aquele que mais rapidamente alterna seu padrão de consumo do álcool, tabaco e demais substâncias, podendo sair do uso experimental para o uso em risco em um curto espaço de tempo (Paiva, 2009). Geralmente, o uso inicial limita-se a uma substância e a situações sociais específicas, sendo que, posteriormente, pode haver aumento da implicação e o consumo se incrementa, tanto em freqüência como em quantidade (Becoña, 2002).

Segundo dados do VI Levantamento Nacional realizado nas 27 capitais brasileiras sobre o consumo de drogas psicotrópicas em 2010, entre os 50.890 estudantes de ensino fundamental e médio, de escolas públicas e privadas, 42,4% fizeram uso de álcool e 9,6% de tabaco no ano de 2009 (Carlini, Noto, Sanchez, Carlini, Locatelli, & Abeid, 2010). Quanto às demais drogas, 25,5% dos estudantes afirmaram terem consumido ao menos uma vez na vida, sendo que os relatos de consumo no último ano, antes do levantamento, demonstram prevalência de inalantes (5,2%), seguidos pela maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%) (Carlini., et al, 2010).

Apesar de ser um fenômeno global, em muitas sociedades o uso abusivo de drogas ainda não é reconhecido como um problema de saúde, muitos indivíduos são estigmatizados e não têm acesso ao tratamento e à reabilitação (UNODC, 2015). Frente essa realidade, uma das propostas mais eficazes e menos onerosas é o enfrentamento dessa problemática com base em estratégias preventivas (Becoña, 2002).

A prevenção pode ser caracterizada como uma ciência que testa hipóteses baseadas em teorias com o objetivo de reforçar ou refinar estratégias que garantam que crianças e jovens cresçam e permaneçam saudáveis e seguros até chegarem à vida adulta e a velhice (UNODC, 2014; Flay, Biglan, Boruch, Castro, Gottfredson, Kellam, Mósckicki, Valantine & Ji, 2005). É notório o aumento de políticas públicas que utilizam estratégias preventivas para lidar com a problemática do uso de drogas, representando o modelo contemporâneo adotado na maioria dos países desenvolvidos (WHO, 2004).

No campo epistemológico da ciência da prevenção o principal objetivo é impedir ou retrazar o consumo de álcool, tabaco e outras drogas (Caria, Faggiano, Bellico & Galanti, 2010). Caracterizam-se pelo uso de dados empíricos baseados em evidência, fundamentação teórica e pela verificação e compartilhamento dos resultados das intervenções realizadas (Becoña, 2002). Uma tarefa importante neste contexto é a identificação dos fatores de risco e proteção associados ao consumo de drogas, sendo esta uma das vias que favorecem o desenvolvimento de programas, estratégias e ações preventivas (Borge, Sundell, Ojehagen & Hakansson, 2015).

Fatores de risco são características ou variáveis que, se presentes em um determinado contexto, tornam as pessoas ou grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento de desfechos negativos em saúde, como por exemplo, o envolvimento com o consumo de drogas. Já os fatores de proteção tendem a modificar e diminuir os efeitos dos fatores de risco. Ambos englobam diferentes domínios – biológico, psicológico e social – podendo estar associados a funções cognitivas mais básicas ou à cultura de uma nação (Dantol, Elias, Wandersman, 2007; Eriksson, Cater, Andershed & Andershed, 2010).

A literatura aponta diversos fatores preditores do uso de drogas na adolescência, entre eles, os fatores ambientais, onde se enquadram a família, o grupo de pares e a escola. Considerado um dos principais contextos de socialização, o ambiente familiar e, especialmente, o comportamento dos pais, vem sendo reportado como uma importante fonte de influência na proteção e risco para o consumo de drogas entre os jovens (Simões, Matos & Foguet, 2006; Calafat, García, Juan, Becoña, & Fernández-Hermida, 2014). Neste cenário, o estilo parental de socialização é

a variável mais estudada (Calafat et al., 2014; Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández-Hermida & Secades-Villa, 2012).

Os estilos parentais caracterizam-se como um conjunto de atitudes dos pais que criam e mantêm as atmosferas emocionais em que se expressam as interações pais-filhos. Estes são compreendidos como o modo pelo qual os pais lidam com seus filhos, aplicam normas e exercem autoridade sobre eles (Darling & Steinberg, 1993). Os modelos teóricos dos estilos parentais derivam de pesquisas com base nos processos de socialização, sendo que as atitudes dos pais frente à disciplina, controle, afeto e responsividade são as principais dimensões consideradas neste campo investigativo (Darling & Steinberg, 1993; Lovejoy, Weis, O'Hare & Rubin, 1999).

O modelo teórico dos estilos parentais mais utilizado atualmente é proposto por Maccoby e Martin (1983) e estrutura-se com base em duas dimensões: responsividade e exigência. A dimensão exigência refere-se à vontade dos pais em atuarem como agentes socializadores (controle, estabelecimento de padrões de conduta, disciplina) e a responsividade refere-se ao reconhecimento da individualidade dos filhos (diálogo, afetividade, complacência).

Deste modo, pais com escores altos em ambas as dimensões são nomeados de autoritativos; aqueles com elevados escores em responsividade e baixos em exigência são indulgentes; pais com escores altos em exigência e baixos em responsividade, autoritários; e os que apresentam escores baixos em ambas as dimensões são classificados como negligentes (Maccoby & Martin, 1983).

Utilizados para examinar as conseqüências perceptíveis do processo de socialização, os estilos parentais podem estar relacionados a contextos específicos tendo em vista o impacto físico, emocional e cognitivo na maneira como os pais lidam com seus filhos. Boa parte dos estudos que analisam a influência dos estilos parentais no desenvolvimento infantil o fazem considerando a percepção que os filhos têm acerca dos comportamentos de seus pais (Paiva, 2009).

Pesquisas neste campo procuram identificar e obter uma leitura mais precisa acerca da influência dos estilos parentais no desenvolvimento de adolescentes com base na avaliação de diferentes desfechos (Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008; Hoskins, 2014). O estilo autoritativo é comumente

associado com os melhores resultados em diferentes contextos étnicos, culturais e socioeconômicos (Martínez & García, 2008). Adolescentes criados em famílias autoritativas apresentam níveis mais altos de competência psicossocial quando comparados à jovens que percebem seus pais como autoritários, indulgentes e negligentes (Steinberg, 2001; Steinberg & Morris, 2001).

Jovens com pais autoritativos são mais responsáveis, autoconfiantes, apresentam melhor desempenho acadêmico e comprometimento com o ambiente escolar (Steinberg & Silk, 2002; Gonzalez, Holbein, & Quilter, 2002; Jackson, Pratti, Hunsberger, & Pancer, 2005). Apresentam menores níveis de depressão e comportamentos delinquentes (Martínez, Fuentes, García, & Madrid, 2013; Simons & Conger, 2007). Por outro lado, adolescentes criados em lares autoritários são mais dependentes dos pais, passivos, menos sociáveis e menos autoconfiantes, demonstram menores índices de habilidades sociais e índices elevados de depressão (Steinberg & Silk, 2002; Milevsky, Schlechter, Netter, & Keehn, 2007). Jovens de famílias indulgentes relatam má conduta no contexto escolar, associação com baixa auto-estima e baixa motivação extrínseca (Querido, Warner, & Eyberg, 2002; Ginsburg & Bronstein, 1993).

Por fim, pais negligentes são considerados os que influenciam de modo mais negativo nos desfechos comportamentais e emocionais quando comparado aos demais estilos parentais (Hoskins, 2014). Comportamentos externalizantes e sintomas depressivos durante a adolescência são alguns dos fenômenos associados à baixa percepção nos índices de responsividade e exigência no processo de socialização (Hoeve, Dubas, Eichelsheim, Laan, Smeenk & Gerris, 2009; Simons, Lin, Gordon, Bodry, Murry, & Conger, 2002).

Todavia, nas últimas décadas uma perspectiva importante contrariando a premissa do estilo autoritativo ser o melhor estilo de socialização para o desenvolvimento infantil vem recebendo maior atenção neste campo epistemológico. Tem-se constatado, de maneira reiterada, uma importante exceção que altera a relação entre os estilos parentais e os efeitos na saúde dos adolescentes: o contexto cultural em que se produz a socialização parental (Darling & Steinberg, 1993; Martínez & García, 2008; Musitu & García, 2004).

Um dos aspectos investigados refere-se a influência do estilo autoritário em pesquisas realizadas com minorias étnicas.

Em uma análise com famílias afro-americanas e europeias-americanas, por exemplo, Deater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit (1996) concluíram que o uso de punição física está associado à problemas de externalização em crianças de famílias europeias-americanas mas não em crianças de famílias africanas-americanas. Do mesmo modo, pelo fato da autoridade estar associada a regência e a constituição em famílias chinesas, Chao (1994) concluiu que o estilo parental autoritário influencia de maneira desigual famílias europeias-americanas e chinesas.

Além disso, recentemente, estudos realizados com adolescentes espanhóis identificaram que o estilo parental indulgente é fator de proteção para comportamentos de delinquência e baixo desempenho escolar (Martínez, Fuentes, García, & Madrid, 2013; Calafat, García, Juana, Becoña, & Fernández-Hermidad, 2014). Em países como México (Villalobos, Cruz, & Shánchez, 2004) e Brasil (Martínez & García, 2008) foram encontrados que filhos de pais indulgentes obtêm os mesmos ou melhores resultados que filhos de pais autoritativos em diferentes medidas de ajuste psicológico e social.

Na relação entre estilos parentais e o consumo de drogas entre adolescentes os resultados das pesquisas tendem a seguir o mesmo direcionamento. Uma revisão sistemática de literatura, que analisou estudos produzidos nos últimos trinta anos, indica que o estilo autoritativo destaca-se como o estilo parental mais protetivo e o estilo negligente como fator de risco. Do mesmo modo, demonstra não haver um posicionamento claro acerca do papel dos estilos indulgente e autoritário na prevenção e risco ao consumo de drogas (Becoña, Martínez, Calafat, Montse, Ranón, Fernandez-Hermina & Secades-Villa, 2012).

Estes resultados são baseados em pesquisas realizadas em países desenvolvidos, ao passo que evidências de países em desenvolvimento ainda são limitadas (Poms, Fleming, & Jacobsen, 2012; Tondowski, Bedendo, Zuquette, Locatelli, Opaleye & Noto, 2015). No contexto brasileiro há estudos que investigam a influência dos estilos parentais para o consumo de drogas entre adolescentes (Tondowski, et al., 2015; Benchaya, Bish, Moreira, Ferigolo, Barros, 2011; Dominguez, Natividade & Hutz, 2011; Paiva, Bastos & Ronzani, 2012), contudo, boa parte desses estudos apresentam limitações quanto ao tamanho de suas amostras e representatividade populacional, ou ainda, apresentam

como foco investigativo apenas o consumo de determinadas substâncias.

Apesar das pesquisas indicarem evidências de associação, de um modo geral, os estudos acerca dos estilos parentais e o uso de drogas entre adolescentes encontram-se, ainda, num campo epistemológico incipiente (Becoña, et al.,2012). Identificar qual dos estilos parentais é mais benéfico para o desenvolvimento infantil é relevante, sendo que neste período a relação estabelecida com os pais tende a favorecer o desenvolvimento infantil e auxiliá-los na redução de riscos futuros. Ademais, elementos que venham suprir lacunas deste campo investigativo podem oferecer importantes subsídios para a elaboração de intervenções voltadas à prevenção do uso de drogas no contexto brasileiro.

Esta dissertação de mestrado está vinculada ao projeto “Avaliação do processo de implantação de programas de prevenção ao uso de drogas para crianças e adolescentes em ambiente escolar” que tem como um dos objetivos avaliar a efetividade do programa preventivo #tamojunto em um ensaio controlado randomizado realizado no ano de 2014.

O programa #tamojunto mantém um conjunto de procedimentos avaliativos coordenados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pelo Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN), vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta pesquisa se propõe a analisar os dados secundários do referido projeto com base na seguinte pergunta: *Qual a relação entre estilos parentais e consumo de drogas em adolescentes?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre estilos parentais e consumo de drogas em adolescentes participantes do programa preventivo #tamojunto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras drogas.

2. Verificar associação entre os estilos parentais e prevalência do consumo de drogas.

3. Comparar os estilos parentais com a idade do primeiro uso de bebidas alcólicas.

4. Verificar a associação entre estilos parentais, prevalência do consumo de drogas e variáveis sociodemográficas (sexo, idade e cidade).

3 HIPÓTESES

No campo investigativo da prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas os estilos parentais são caracterizados como fatores de risco e proteção (Benchaya, et al., 2011; Calafat, et al., 2014; Martínez, et al., 2013). Resultados de pesquisas indicam que o estilo parental autoritativo atua como fator protetivo e o estilo negligente como fator de risco ao passo que resultados acerca dos estilos indulgente e autoritário permanecem inconclusivos (Becoña, et al., 2012). Diante disto, a hipótese lançada neste estudo será semelhante ao que a literatura relata:

Hipótese: O estilo parental autoritativo será fator de proteção para os adolescentes (associado aos menores índices de consumo de drogas) e o estilo negligente fator de risco (associado aos maiores índices de consumo).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A relação das drogas com o ser humano não é um fenômeno recente. Remonta ao período pré-histórico quando as substâncias psicoativas eram consumidas na forma de plantas, ingeridas como alimentos, com o objetivo de auxiliar na sobrevivência às adversidades do ambiente e atuavam com finalidades curativas. Caracterizadas como elementos constituintes de rituais sagrados e profanos relacionados à busca do homem em conectar-se com o espiritual (Araújo & Moreira, 2006; Pratta & Santos, 2005). Nesse período, o uso de substâncias psicoativas era constituinte da própria sociedade, não sendo percebido como ameaça à saúde ou à ordem social (MacRae, 2013).

Com o advento da Idade Média, as relações da sociedade com o consumo de substâncias psicoativas sustentaram a criação de mecanismos de controle. A imposição fundamentada na lógica da moral cristã que repudiava os rituais profanos; as complicações físicas, psicológicas e sociais advindas do uso indiscriminado com finalidades puramente recreativas no final do século XIX; o período de acentuada condescendência ao consumo nas décadas de 1960 e 1970; e a associação entre o consumo de drogas e a infecção pelo HIV no final do século XX são considerados determinantes históricos que influenciaram as abordagens proibitivas (Araújo & Moreira, 2006; MacRae, 2001). Desdobramentos advindos desses balizadores corroboraram com a proibição e a intolerância ao consumo no final do século XIX e início do século XX, implicaram na categorização entre drogas lícitas e ilícitas e fomentaram a preconização de políticas públicas de saúde e a elaboração de estratégias de enfrentamento (Silveira & Moreira, 2006; Toscano, 2001).

Atualmente as drogas, que neste estudo são designadas também como substâncias psicoativas, caracterizam-se como qualquer substância natural ou sintética que administrada por qualquer via no organismo afete sua estrutura ou função (WHO, 2004). Dentre os tipos de drogas existentes, as psicoativas são substâncias que alteram as sensações, o humor, a consciência ou

outras funções psicológicas e comportamentais (Dias & Pinto, 2006). Os tipos de alterações e efeitos das substâncias psicoativas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) sustentam critérios de categorização, sendo estes: a) depressoras, capazes de diminuir a atividade cerebral (ex.: álcool, ansiolíticos, opióides); b) estimulantes, capazes de aumentar a atividade cerebral (ex.: nicotina, cafeína, anfetamina, cocaína, *crack*); e c) perturbadoras, capazes de alterar qualitativamente a atividade cerebral, como a percepção de tempo espaço (ex.: maconha, LSD, inalantes, mescalina) (Alarcon, 2012; Seibel & Toscano, 2001).

Quanto à origem, podem ser divididas em três grupos: as *naturais*, que utilizam como matéria prima plantas com princípios psicoativos, usadas na preparação ou extraídas e purificadas; as *semisintéticas*, decorrentes de manipulação química em laboratório das substâncias naturais; e as *sintéticas*, que não dependem de matéria prima vegetal ou animal, envolvendo em sua produção unicamente manipulações químicas em laboratório (Dias & Pinto, 2006). Do ponto de vista legalístico, as drogas *lícitas* são aquelas caracterizadas pela possibilidade de comercialização de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, destacando-se entre elas o álcool, tabaco e medicamentos psicotrópicos, e as drogas *ilícitas* encontram-se proibidas por lei, sendo estas a maconha, cocaína, LSD, alguns tipos de inalantes, dentre outras (Nicastri, 2011).

No âmbito da saúde pública o consumo de substâncias psicoativas, considerado um desfecho negativo, é avaliado com base na ciência epidemiológica que permite o diagnóstico e planejamento das ações em saúde. Os levantamentos epidemiológicos permitem verificar a distribuição e frequência do uso de drogas pela população, permitindo delinear estratégias conforme os padrões de uso identificados.

São utilizados os seguintes critérios para a caracterização do consumo: a) uso na vida – uso experimental, pelo menos uma vez na vida; b) uso nos últimos 12 meses – pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a investigação; c) uso nos últimos 30 dias – pelo menos uma vez nos últimos 30 dias que antecederam a investigação; e d) uso nocivo – padrão de uso de drogas que causa danos para a saúde, podendo ser físico (ex: hepatite secundária ao uso de drogas) ou mental (ex: episódios depressivos secundários à ingestão de álcool) (Andrade, Duarte, & Oliveira, 2010). Para o consumo de álcool há também a

distinção no que diz respeito ao padrão de ingestão intensa de bebidas alcoólicas. Em inquéritos populacionais se refere ao consumo de cinco doses ou mais em uma única ocasião (em torno de 0,08g/dl) e é conhecido por *binge drinking* (NIAAA, 2015).

O conceito etiológico do consumo de substâncias psicoativas parte de uma compreensão interdisciplinar acerca do fenômeno e caracteriza-se pela influência de diversos fatores. Os diferentes padrões estabelecidos com o uso das substâncias não dependem, exclusivamente, das características oriundas da substância que se consome (Becoña, 2002). Tanto os padrões de consumo que envolvem distintos graus de risco e danos potenciais, quanto as alterações causadas pelo uso das drogas no organismo estão intrinsecamente dependentes da relação estabelecida entre a tríplice: substância, indivíduo e ambiente (Silveira & Doering-Silveira, 2014).

Diferentes combinações podem ser esboçadas dependendo do tipo de substância ou combinação do uso de uma ou mais drogas. Do mesmo modo, em alguns indivíduos uma determinada substância pode afetar mais do que em outros, mesmo em condições semelhantes. As características individuais podem favorecer e incrementar a probabilidade do consumo e, em certos ambientes, há uma facilitação em relação a outros e aos padrões de uso (Becoña, 2002).

A prevalência de consumo de drogas na contemporaneidade é elevada. Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, da UNODC, estima-se que a cada vinte indivíduos com idade entre 15 e 64 anos, ao menos um deles fez uso de alguma droga ilícita no ano de 2013 (aproximadamente 246 milhões de pessoas), correspondendo a uma prevalência global de 5,2% (média de 3,4%-7%) (UNODC, 2015).

Quanto às drogas lícitas, o Relatório Global sobre Álcool e Saúde indica que 38,3% da população mundial acima de 15 anos consumiu álcool nos últimos doze meses e, dentre estes, 16% fizeram uso de álcool em padrões pesados de consumo (WHO, 2014). No que se refere ao consumo de tabaco, 22% da população mundial com 15 anos ou mais é considerada fumante, conforme o Relatório Global sobre Tendências no Uso do Tabaco (OMS, 2015).

Índices elevados de consumo de drogas desencadeiam problemas sociais, incluindo os problemas de saúde, delinquência e marginalização (Ammerman et al., 1999). Do mesmo modo, a

nível nacional, a implicação do fenômeno evidencia relações entre o uso decorrente de drogas com internações no Sistema Único de Saúde, a mortalidade, o afastamento/aposentadoria, e envolvimento em ilícitos penais (Brasil, 2003).

Entre os indivíduos que entram em contato com as substâncias, há uma tendência ao padrão de uso experimental, sendo que apenas um grupo menor transita para o uso abusivo e dependente. Apesar disto, mesmo o padrão de uso experimental pode vir a produzir danos à saúde física, psicológica e social dos indivíduos (Silveira & Doering-Silveira, 2013). As consequências que acarretam o consumo de substâncias psicoativas constituem-se como um sério problema socioeconômico, de saúde e de segurança pública, afetando os consumidores, suas famílias e a comunidade com prevalência em populações mais jovens (WHO, 2004).

4.2 IMPLICAÇÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA

A noção de adolescência como uma fase específica do ciclo vital humano tem origem no século XIX, antes desse período era concebida como uma etapa natural do desenvolvimento de caráter universal e abstrato, de modo que os indivíduos transitavam diretamente da infância para o mundo adulto (Simões, 2006). Com as mudanças e imposições advindas da sociedade vigente da época, como a necessidade de habilitar jovens ao contexto educacional e ao mundo do trabalho, o conceito adolescência foi construindo-se socialmente e recebendo rótulos mais precisos (Papalia, Olds e Feldman, 2009).

Etapa categórica do desenvolvimento humano no qual os jovens comumente experimentam importantes transformações físicas, psicológicas e sociais, de modo genérico, a adolescência é vista como um processo preparatório para a vida adulta (Kaplan, 1996). Com as transformações dos rituais de passagem nas sociedades ocidentais esse processo de transição passou a ser extremamente individualizado, o que por sua vez potencializa o desenvolvimento original, singular em relação à tradição, como também cria um complicador no que tange à coesão da autoimagem do adolescente, aumentando a instabilidade psíquica desta etapa (Simões, 2006).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, define adolescência com base no período entre dos 12 aos 18 anos de idade, e em casos excepcionais e quando disposto na lei o estatuto é aplicado até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142) (Brasil, 2005). Para a Organização Mundial de Saúde, adolescentes são os indivíduos que se encontram na faixa etária entre os 10 aos 19 anos (WHO, 2011).

As transformações biológicas que delimitam o período inicial da adolescência, denominada puberdade, alteram as características físicas, propiciando a maturidade sexual e a capacidade de reprodução (Eisenstein & Coelho, 2008). Este processo de transição requer do adolescente grandes esforços de adaptação, reorganização e reestruturação em todos os aspectos (Toscano, 2001). Além das questões vinculadas às mudanças biológicas, os jovens têm que lidar com expectativas familiares, bem como o incremento das interações sociais que a partir da adolescência tendem a ser mais profundas e a exigirem novos repertórios (Gorgulho, 1996).

É durante a adolescência que os indivíduos desenvolvem as habilidades cognitivas que os tornam capazes de pensar de forma abstrata, e são essas novas habilidades que permitem aos adolescentes começarem a refletir sobre si mesmos e sobre os outros. A necessidade de ter um sentido claro de quem se é e de quem se almeja ser é inerente à condição humana e esta é uma das tarefas mais intensas da adolescência, vinculadas ao desenvolvimento da personalidade (Brown, 2002).

A adolescência é compreendida enquanto fenômeno de forte caracterização cultural marcada por diferenças demográficas e sociais que influenciam diretamente a forma como ela é vivenciada pelos indivíduos (Cerqueira-Santos, Melo, & Koller, 2014). Com a construção da identidade e busca de autonomia por parte dos adolescentes, este processo é compreendido como um período de oportunidades e também de riscos (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

Dados do uso regular de drogas lícitas e ilícitas são apresentados no Levantamento Nacional realizado nos Estados Unidos da América, em 2014, com base em uma amostra de 16.877 adolescentes com idade entre 12 e 17 anos (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2015). Dentre os resultados, 9,4% dos adolescentes afirmaram consumir regularmente drogas ilícitas, sendo 7,4% associado ao uso regular

de maconha, 0,6% inalantes, 0,2% cocaína e heroína e menos de 0,1% relacionado ao uso regular de crack. Acerca do consumo de cigarro, um a cada vinte adolescentes americanos afirmam consumir regularmente a droga, representando 7% da população investigada, já o consumo regular de álcool teve prevalência de 11,5% (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2015).

Ainda, dentre os mais de 100.000 adolescentes europeus, com idade de 15-16 anos, que responderam ao Projeto Europeu de Inquéritos Escolares Sobre Álcool e Outras Drogas (ESPAD, 2011), 70% relataram o consumo de álcool ao menos uma vez na vida e 54% de cigarro. Dentre as drogas ilícitas, de uso ao menos uma vez na vida, a média para maconha é de 17%, seguida de 3% para ecstasy e anfetaminas, enquanto que o uso de cocaína, crack, LSD e heroína foram menos referidos nesta amostra, com uma média de 1% a 2% (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, & Kraus, 2012).

A experimentação e o uso regular de drogas durante a adolescência é considerado um fator de risco para o consumo abusivo de drogas (Alves, Magalhães, Melo, Souza, Tavares, Monteiro, & Summavielle, 2014). O uso de álcool e tabaco, por exemplo, é um comportamento de risco que inicia, geralmente, em idades precoces e se estende por toda vida (Palmer, Young, Hopfer, Corley, Stallings, Crowley, & Hewitt, 2009).

Ademais, dentre os fatores associados ao consumo regular de cigarro verifica-se o baixo rendimento acadêmico, maior número de faltas e evasão escolar (Tavares, Béria, & Silva, 2001); utilização mais freqüente de serviços médico-hospitalares (Johnson & Richter, 2002); e dentre adolescentes do sexo feminino o consumo de cigarro aparece associado a distúrbios alimentares (Quiles-Marcos, Balaquer-Solá, Pamies-Aubalat, Quiles-Sebastián, Marzo-Campos, & Rodríguez-Marín, 2011). Além disso, entre adolescentes fumantes há maior prevalência de envolvimento em comportamentos do tipo bullying (Vieno & Santinello, 2011).

O consumo de maconha durante a adolescência tende a aumentar o risco de adultos usuários desenvolverem alucinações, sintomas psicóticos e esquizofrenia (Hilt, 2014). Já o consumo regular de álcool e maconha tende a aumentar o risco de adolescentes envolverem-se com problemas criminais e judiciais (Gree, Musci, Johnson, Matson, Reboussin, & Lalongo, 2015).

Enquanto que comportamentos de alto risco, como gravidez indesejada, são preditores do uso cocaína e ecstasy (Morley, Lynskey, Moran, Borschmann, & Winstock, 2015).

Acidentes de trânsito, homicídios e suicídios estão todos vinculados ao consumo de álcool, representando as maiores causas de óbitos entre jovens (WHO, 2002). O consumo de álcool entre adolescentes associa-se à perda de produtividade na vida, acidentes, mortes precoces, doenças sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas e envolvimento com criminalidade (Parada, 2013).

O consumo de álcool padrão *binge* (cinco doses ou mais numa única ocasião) representa o padrão de consumo de maior risco aos adolescentes (Wechsler e Nelson, 2001). Efeitos negativos imediatos associados ao consumo *binge* envolvem práticas sexuais desprotegidas, episódios de violência, acidentes automobilísticos, suicídio e perda de consciência (Miller, Naimi, Brewer, & Jones, 2007).

Um Levantamento nacional realizado em 2007 identificou que aproximadamente 16% dos adolescentes entre 14 e 17 anos fazem uso de álcool nesse padrão (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007). Numa análise mais detalhada do contexto brasileiro, os índices do consumo *binge* relatados foram de 35% em amostra representativa de escolas privadas de ensino médio da cidade de São Paulo (Locatelli, Sanchez, Opaleye, & Noto, 2012).

Ainda que a venda e fornecimento de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos no Brasil seja legalmente proibida (Brasil, 2005), estudantes entre 11 e 21 anos, afirmam facilidade no acesso à substância (Veira, Ribeiro, Romano, & Laranjeira, 2007). No caso da maconha, dentre 100.000 adolescentes investigados no contexto europeu, 29% referiram ser relativamente fácil ou muito fácil obter a substância para o consumo (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, & Kraus, 2012).

No Brasil, a média de idade relatada para o primeiro uso de álcool varia entre 12.5 anos (Galduróz, Noto, Fonseca, & Carlini, 2004) e 13 anos (Carlini et al., 2010). No entanto, dentre os 50.890 investigados no contexto brasileiro, ao menos 5% referiram a experimentação do álcool antes dos 10 anos de idade (Carlini et al., 2010).

Adolescentes que consomem álcool antes dos 12 anos de idade, em comparação àqueles que não o fazem, estão mais propensos a consumir álcool em padrão *binge* (consumo de cinco doses ou mais numa única ocasião), apresentarem padrões de consumo pesado (consumo > 19 dias por mês) e se envolverem com drogas ilícitas (Sanchez, Santos, Pereira, Nappo, Carlini, Carlini, & Martins, 2013).

Já na década de 1990, dados especulativos estimavam que o Brasil anualmente desembolsa 7.3% do Produto Interno Bruto (PIB) para sanar as conseqüências dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, entre tratamentos de condições clínicas à perda da produtividade decorrente de agravos (Scheinberg, 1999). Quase uma década depois, dados estatísticos evidenciam que estratégias terapêuticas curativas não ultrapassam o índice de 30% de recuperação em clínicas de tratamento e de 12% em hospitais-dia (Menezes, 2009).

No fluxo contrário, a ciência da prevenção assegura que a implementação de estratégias, ações e programas preventivos baseados em evidência possam ser rentáveis “para cada dólar gasto investido em prevenção, por volta de quatro à cinco dólares são economizados em tratamentos para o abuso/dependência de álcool ou demais substâncias psicoativas” (NIDA, 2003, p.5).

4.3 PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

O sentido geral do termo prevenção se refere a toda medida direcionada aos indivíduos ou às coletividades que antecede o surgimento ou agravamento de um dano ou mal com o objetivo de afastá-lo, diminuindo as chances de manifestação ou influenciando que este mal ou dano ocorra com menos gravidade (Lefevre & Lefevre, 2007).

No âmbito da saúde, as ações preventivas têm como base o conhecimento epidemiológico e se caracterizam como intervenções que visam evitar o surgimento de doenças específicas, diminuindo sua incidência e prevalência através de medidas planejadas para identificar e explicar os fenômenos (Czeresnia, 2009).

A primeira conceituação de prevenção com grande repercussão no campo da saúde mental e ao uso de álcool, tabaco e outras drogas foi definida por Caplan (1964) e distingue a

prevenção entre primária, secundária e terciária. Este modelo sugere uma tipologia voltada para a evitação das doenças, baseada na sequência de prevenir, curar e reabilitar (Becoña, 2002; Abreu, Barletta, & Murta, 2015).

A prevenção primária se refere a uma intervenção oferecida a toda população com objetivo de diminuir a ocorrência de novos casos; a prevenção secundária é a intervenção oferecida à população que vem mostrando sinais iniciais de transtornos ou dificuldades; e a prevenção terciária é a intervenção oferecida aos que apresentam um transtorno diagnosticado com a intenção de limitar a incapacidade causada, reduzindo sua intensidade e duração e, portanto, prevenindo futuras recorrências ou complicações adicionais (Abreu, Barletta, & Murta, 2015; Dantol, Elias, & Wandersman, 2007).

No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, a prevenção primária orienta-se por estratégias voltadas para que as pessoas não usem drogas. Por outro lado, a prevenção secundária considera a existência de um determinado problema com drogas e atua no enfrentamento de seu avanço, buscando impedir futuras complicações. E a terciária volta-se especificamente ao tratamento e reabilitação, atuando nos agravos, em indivíduos que já apresentam sintomas clínicos (Becoña, 2002).

O conceito de prevenção vem sofrendo revisões o longo do tempo (Abreu, Barletta, & Murta, 2015). Com o avanço nas investigações epidemiológicas sobre as doenças não transmissíveis, surge o conceito operacional e probabilístico de *risco* e a noção de *fator de risco*. Estes avanços possibilitaram a realização de análises da virtualidade das situações que podem ameaçar um organismo e embasaram os modelos de prevenção porvindouros (Ulhs & Ives, 2010). Assim, em 1996, o Institute of Medicine - IOM - nos Estados Unidos (Muñoz, Mzarek, & Haggerty, 1996) estabeleceu uma nova concepção que incorporou o conhecimento acerca dos fatores de risco e propôs um novo modelo que não considerou como critério de classificação apenas a doença. Neste modelo, a intervenção preventiva é organizada com base na população a que se destina e se diferencia entre *universal*, *seletiva* e *indicada* (Sloboda, 2005).

A prevenção *universal* assemelha-se, em partes, à prevenção *primária*, pois é conduzida à população em geral, beneficiando-os por igual, atuando antes que sobrevenham

problemas (Becoña, 2002). São perspectivas amplas, menos intensas e menos custosas onde incluem-se, como exemplo, os programas preventivos.

Esses *programas preventivos universais* são voltados a todos os indivíduos de um determinado contexto, independentemente do nível de exposição ao risco ou sintomas apresentados. Apresentam facilidade na seleção dos participantes, o que é vantajoso, na medida em que evitam a estigmatização daqueles considerados “problemáticos” dos “não problemáticos”, além de conciliar suas estratégias com a promoção da saúde, como o desenvolvimento da autonomia e competências para lidar com adversidades (Foxcroft & Tsertsvadze, 2012; Murta, 2006; Sloboda, 2014). A prevenção *seletiva* é dirigida aos grupos que apresentam riscos maiores de envolvimento com uso abusivo de drogas, comparando-os aos demais indivíduos. E por fim, a prevenção *indicada*, dirigida aos grupos de alto risco, como aqueles que já apresentam o uso abusivo (Brasil, 2010).

O campo da prevenção ao uso de drogas avançou muito em conhecimento nas últimas décadas e, como resultado, atualmente existem evidências científicas disponíveis descrevendo as intervenções que resultaram em medidas de prevenção positivas e suas características. Há informações sobre os programas preventivos mais adequados para os diferentes perfis e grupos populacionais (UNODC, 2014). Contudo, foi somente com o passar do tempo que as ações e programas preventivos ganharam o reconhecimento de sua eficácia e efetividade, dado que os primeiros esforços no campo da prevenção ao abuso de drogas eram mais baseados na intuição do que em evidências científicas (Botvin, 2000).

É possível destacar que principalmente a partir dos anos 1990 o interesse e aplicação de teorias gerais do desenvolvimento humano qualificaram significativamente as investigações preventivas do uso de álcool, tabaco e outras drogas (Flay, et al., 2005). O desenvolvimento de estratégias de prevenção baseadas em evidências se tornou essencial para a melhora da eficácia dos programas, evitando a escolha de intervenções ineficazes e às vezes, inclusive, prejudiciais (Faggiano, Vigna-Taglianti, Burkhardt, Bohrn, Cuomo, Gregori, Pannella, Scatigna, Siliquini, Varona, Kreeft, Vassara, Wiborg, & Galanti, 2010; Sánchez, Cardenal, Giménez, Ferrer, Medina, & Nebot, 2010).

Estes avanços estão diretamente ligados com o desenvolvimento da ciência da prevenção. Esta é definida como um campo científico de produção do conhecimento que abrange a identificação de antecedentes que impactam na saúde dos indivíduos e o desenvolvimento, avaliação e implementação de modelos, programas, projetos e ações preventivas (Kranzelic, Slehan, & Jerkovie, 2014).

Para tanto, a ciência da prevenção detém um arranjo de domínios científicos. A Sociedade de Pesquisa em Prevenção (*Society for Prevention Research*) considera a epidemiologia, as intervenções e os métodos de pesquisa como as principais propriedades da ciência preventiva. As contribuições da epidemiologia envolvem a identificação de preditores e processos associados com os desfechos em saúde e sua distribuição na população.

A intervenção contribui para a alternância da trajetória dos desfechos em saúde através da promoção de desfechos positivos e redução dos desfechos negativos. E os métodos de pesquisa abrangem um conjunto de ferramentas e técnicas que incluem desenhos de pesquisa, metodologias de amostragem e análises estatísticas (Cordova, Estrada, Malcolm, Huang, Brown, Pantin, & Prado, 2014).

Um dos princípios que guiam o desenvolvimento de intervenções baseadas na ciência da prevenção, tais como os programas preventivos, é o *ciclo de pesquisa em prevenção*. Este ciclo inicia com uma análise do problema que se almeja prevenir ou do comportamento em saúde que se busca promover, além dos mecanismos geradores de mudança. Esta análise ocorre com base em pesquisas epidemiológicas, sobre a avaliação da etiologia e fatores de risco e proteção.

Os programas preventivos que seguem os princípios deste ciclo de pesquisa são qualificados como baseados em evidência. Os contextos em que se efetivam a prevenção podem ser variados, é possível realizá-los no âmbito escolar, familiar, a nível comunitário, etc. Neste cenário, um programa preventivo é caracterizado como uma resposta para reduzir um problema, que inclui um ou mais objetivos, utilizando-se de uma ou mais atividades e que depende do investimento de recursos de diversas ordens (Grembowski, 2001). No caso dos programas preventivos ao uso de álcool, tabaco e outras drogas o principal objetivo é

impedir ou retrazar o consumo das substâncias (Caria, Faggiano, Bellico, & Galanti, 2010).

Um número significativo de programas preventivos tem se mostrado efetivo na prevenção ao uso/abuso de drogas em estudos de avaliação (Gabrhelik, Duncan, Miovsky, Furr-Holden, Stasna, & Jurystova, 2012; Gottfredsom & Wilson, 2003; Sloboda, 2009), de revisão de literatura (Botvin & Botvin, 1992; Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino, & Lemma, 2008) e de meta-análise (Strom, Adolfsen, Fossum, Kaiser, & Martinussen, 2014; Tobler & Stratton, H. N, 1997). No entanto, desenvolver programas de prevenção ao uso de drogas capazes de produzir mudanças requer uma análise minuciosa desta problemática e carece de uma cadeia de produção de conhecimento (Mrazek & Haggerty, 1994).

Seguindo o ciclo de pesquisa em prevenção, o processo de concepção de um programa preventivo tem início com um estudo preparatório que envolve o reconhecimento do contexto e do problema (Murta & Santos, 2015). Entende-se por problema o fenômeno alvo de mudança pretendido pelo programa, neste caso, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Esta etapa requer uma ampla revisão de pesquisas empíricas disponíveis acerca da natureza e extensão do problema, incluindo os índices de prevalência, incidência e os grupos mais afetados. As pesquisas epidemiológicas revelam o quão grave é o fenômeno e indicam os fatores de risco e proteção associados à problemática (Murta & Santos, 2015).

A prevenção baseada na diminuição dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção associados ao uso de drogas é um dos principais componentes das políticas e sistemas orientados por uma abordagem de saúde para lidar com os problemas relacionados ao uso de drogas (UNODC, 2014). O conceito dos fatores de risco e proteção provém da ciência epidemiológica e faz referência a frequência e distribuição na população de determinados agentes causais, relacionados à aparição de alguma patologia.

Esse conceito, adaptado ao campo investigativo do consumo de drogas, apresenta algumas especificidades. Primeiramente, é um fenômeno complexo, pois não existem causas únicas, sendo que se trata de um problema multifactorial. Em segundo lugar, os fatores que aparecem vinculados aos diferentes modos de uso de drogas são relacionais entre si, o que

os tornam difíceis de isolá-los e explicar a importância de cada um separadamente (Bueno, 2014). No entanto, neste contexto investigativo tais condições tendem a ser superadas, de forma que já existem informações suficientes para conhecer os fatores de risco associados ao consumo de drogas e aqueles associados à proteção (Bueno, 2014).

Compreende-se como fator de risco “um atributo e/ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade do uso e/ou abuso de drogas ou uma transição no nível de implicação com as mesmas” (Clayton, 1992, p.15). Já os fatores de proteção são definidos como “um atributo e/ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz, ou atenua a probabilidade do uso e/ou abuso de drogas ou uma transição no nível de implicação com as mesmas” (Clayton, 1992, p.16).

Os pressupostos básicos dos fatores de risco e proteção contemplam: 1) os fatores de risco podem estar presentes ou não em um caso específico: quando um fator de risco está presente é mais provável que o indivíduo use ou abuse de drogas do que quando esse não se faz presente; 2) a presença de somente um fator de risco não é garantia para que ocorra o abuso de drogas e, pelo contrário, a ausência de fatores de risco não garante que o abuso não se produza, o mesmo sucede nos fatores de proteção. O abuso de drogas é normalmente probabilístico e, em todo caso, é o resultado da intervenção conjunta de muitos fatores influenciando o desfecho; 3) o número de fatores de risco presentes está diretamente relacionado com a probabilidade do abuso de drogas, ainda que a quantidade do consumo possa diminuir conforme as características, conteúdo e o número de fatores envolvidos; e 4) a maioria dos fatores de risco e de proteção têm múltiplas dimensões medíveis e cada uma delas influi de maneira independente e global no consumo de drogas.

Ainda, quando utilizados em estratégias preventivas, devem ser levados em conta as seguintes ressalvas: 1) muitos desses fatores são sensíveis a cultura, e podem assim, apresentar graus diferentes de relevância (ou não) em culturas diferentes; 2) alguns fatores mudam seu status de fator de risco para proteção como um resultado da sua interação com outros fatores; 3) alguns fatores são importantes apenas na presença de outros fatores; 4) a combinação de muitos fatores aumentam o risco; 5) a presença de apenas um fator não é usualmente relevante; e 6) as intervenções

protetivas diretas são possíveis no caso de algum dos fatores de risco serem detectados, o que pode ter como resultado, a eliminação ou a redução de seus efeitos, diminuindo a probabilidade do consumo de substâncias. Ao contrário, no caso de outros fatores de risco, quando a intervenção direta não é possível, o objetivo principal é mediar ou moderar sua influência e assim, reduzir ao máximo as possibilidades de que esses fatores de risco levem ao consumo de drogas (Clayton, 1992).

O entendimento dos fatores de risco e proteção como influências internas e externas ao consumo de drogas pode ser compreendido também por meio do modelo biológico do desenvolvimento humano. Este modelo, proposto por Bronfenbrenner (1996), destaca que os fatores presentes em diferentes ambientes não atuam de forma independente e o desenvolvimento saudável dos indivíduos é resultante desta relação.

Os fatores de risco e proteção evidenciados na relação com o consumo de substâncias psicoativas podem ser organizados em cinco domínios, a saber: individual, familiar, relacionamento com pares, escolar e comunitário (NIDA, 2003), como também, com base em duas dimensões: social e cultural; individual e relacionamentos interpessoais (Hawkins, et al., 1992).

Neste campo investigativo, o ambiente familiar é um dos domínios mais influentes dessa cadeia multifacetada estando relacionada tanto com o início, quanto na manutenção do consumo de drogas (Pratta & Santos, 2006). Dentre as variáveis preditoras há destaque para a relação entre práticas parentais, história familiar de consumo de drogas, conflitos familiares, etc., que se caracterizam entre fatores de risco e de proteção (Sánchez, 2002).

Frente à importância da influência do contexto familiar no risco e proteção ao uso de drogas muitos são os programas e intervenções preventivas que consideram o uso de estratégias com os pais para potencializar a eficácia dos programas preventivos. Nas pesquisas que buscam avaliar a influência da família e especialmente do processo de socialização no consumo de drogas entre adolescentes a variável mais estudada são os estilos parentais de socialização, caracterizados como fatores de risco e proteção ao uso de drogas entre adolescentes (Becoña, 2013).

4.4 OS ESTILOS PARENTAIS

O modelo teórico dos estilos parentais deriva de pesquisas com base nos processos de socialização, compreendido como o modo pelo qual o indivíduo adquire e recria padrões de comportamento, valores, crenças e papéis que lhe permitem participar de um grupo específico ou da sociedade em geral (Baumrind, 1966; Darling e Steinberg, 1993). Embora os pais não sejam os únicos agentes que contribuem com a socialização das crianças, as relações familiares aparecem como o contexto que representa a maior influência (Maccoby, 1992) principalmente pelo fato de que é de dentro dele que são transmitidas as noções básicas necessárias que contribuem com o desenvolvimento de um cidadão com uma postura autônoma dentro da sociedade (Moreno & Cubero, 1995).

Contribuições epistemológicas acerca do processo de socialização advêm de teorias específicas e proeminentes do início do século XX. Há destaque à psicologia do desenvolvimento e às correntes de pensamento psicanalítico através do modelo psicodinâmico e comportamental, com base na teoria estímulo-resposta e na teoria da aprendizagem social. Em paralelo às teorias sobreveio o trabalho do grupo de pesquisa liderado por Baldwin (1948) e influenciado pela perspectiva teórica do desenvolvimento cognitivo (Maccoby, 1992).

Empiricamente, Baldwin (1948) submergiu as considerações difundidas em um estudo acerca do efeito da atmosfera de grupos e estilos de liderança, no qual Lewin, Lippitt e White (1939) verificaram que ao liderar grupos habilitados por uma abordagem democrática, os adolescentes demonstravam mais envolvimento nos projetos coletivos, menos hostilidade e eram capazes de trabalhar na ausência de um supervisor, como também, evidenciaram desfechos mais positivos do que grupos que foram conduzidos com uma liderança autoritária (Maccoby, 1992). Nesta mesma configuração, Baldwin (1948) comparou atmosferas de lares democráticos com autoritários e identificou conexões significativas entre essas atmosferas e a qualidade dos comportamentos das crianças, aprofundando a relação de seus efeitos em termos de risco e proteção (Darling e Steinber, 1993).

Como contribuição para o campo de pesquisa dos estilos parentais, Baldwin (1948) foi o primeiro a identificar a relação existente entre os estilos apresentados pelos pais e os efeitos

subsequentes nos filhos e descreveu três padrões de comportamentos dos pais: autoritativo, indulgente e permissivo (Becoña, 2012). Ainda, o autor evidenciou que menos restrições e mais envolvimento dos filhos nas decisões familiares atuam como fator de proteção, o que contribuiu para que por volta dos anos 1960 o estilo permissivo fosse considerado o ideal no manejo dos filhos. Tal demarcação se dá na medida em que os resultados envolvendo punições, restrições e controle foram associados a desfechos negativos.

Schaefer (1959) com base no modelo psicodinâmico foi o primeiro autor a referenciar o conceito *estilo parental*. Determinado a pesquisar atitudes envolvidas no processo de socialização, utilizou o modelo circunflexo para agrupar em tipologias as atitudes dos pais de acordo com os atributos, punição, garantia de autonomia e expressão de afeto, nomeados de molares. Schafer (1959) propôs um modelo estruturado por duas dimensões – controle e afeto – e por quatro estilos parentais: autoritativo, protetivo, autoritário e negligente (Becoña, 2012).

Já na década de 1960 mudanças significativas ocorreram na natureza teórica dos estilos parentais. Baumrind (1966, 1968, 1971, 1980), motivada pelos estudos acerca dos estilos de liderança em adultos, aplicou suas contribuições no processo de socialização questionando a premissa da permissividade e sua influência nos desfechos positivos para o desenvolvimento infantil (Maccoby, 1992).

Para Baumrind (1966), socializar as crianças em conformidade com as exigências necessárias da sociedade e conseguir manter um senso de integridade pessoal são elementos constituintes da função dos pais. Seus estudos iniciais se voltaram para a influência dos padrões de autoridades empregados pelos pais junto ao desenvolvimento infantil, articulando e ampliando o conceito de controle parental (Darling & Steinberg, 1993). Nos primeiros estudos de socialização a variável “controle” foi caracterizada como um desfecho negativo, vinculado ao rigor, ao uso de força física, às restrições, etc.

Em contraste, Baumrind (1966) afirma que a vontade dos pais em socializar com as crianças é conceitualmente diferente das restrições parentais e também difere do uso do controle para se referir aos pais que buscam integrar seus filhos à família e à sociedade, demandando desses comportamentos condescendentes. Ao invés de definir que o controle parental

fosse organizado linearmente do mais alto ao mais baixo, o distinguiu qualitativamente entre três diferentes tipos de controle parental, formando os estilos: permissivo, autoritário e autoritativo.

Por fim, utilizou uma abordagem denominada configuracional para definir os estilos parentais argumentando que a influência de qualquer aspecto da parentalidade, tais como a ideologia, demandas de maturidade e o uso de técnicas específicas de disciplina, depende da configuração de todos os outros aspectos envolvidos (Darling & Steinberg, 1993).

Entre os diversos pontos verificados como favoráveis na proposição do modelo de Baumrind (1966, 1968) uma das contribuições mais importantes é a visão de socialização como um processo dinâmico, mais especificamente, a hipótese de que os estilos parentais possam alterar o modo como as crianças e adolescentes se tornam mais receptivos aos esforços dos pais em socializar com eles.

Exemplificou que a autoritatividade dos pais tende a ampliar os valores do reforço parental, e também quando a autoritatividade é efetuada com clareza, vontade e permeada por comportamentos prescritivos pode levar a um aumento da habilidade da criança em discernir corretamente as respostas dos seus pais. Em essência, ela sugere que o estilo autoritativo aumenta a efetividade da parentalidade alterando as características das crianças que, em contraponto, tendem a ampliar as possibilidades e habilidades dos pais em estarem agindo como agentes de socialização. Em uma de suas pesquisas descreve que o estilo autoritativo está relacionado aos melhores desfechos (Baumrind, 1968; Martínez & García, 2008).

Maccoby e Martin (1983) se propuseram a emergir na abordagem configuracional de Baumrind (1968), redesenhando o modelo dos estilos parentais com base em duas dimensões estruturais: responsividade e exigência (García e Garcia, 2009). A dimensão exigência refere-se à vontade dos pais em se colocar como agentes de socialização (Darling e Steinber, 1993), incluindo as atitudes que buscam de alguma forma controlar o comportamento dos filhos, supervisionando-os e impondo-lhes limites, padrões de conduta e estabelecendo regras. Relaciona-se às atitudes parentais que necessitam de supervisão e disciplina, podendo provocar confronto diante de desobediência, com uso de

punição física e verbal (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991).

A dimensão responsividade diz respeito às atitudes parentais que objetivam à individualidade e à autoafirmação dos filhos por meio do apoio e aprovação. Refere-se à compreensão, ao apoio emocional, ao apego, à reciprocidade e à comunicação clara dos pais para com os filhos (Maccoby e Martin, 1983; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991).

Além de estruturar o modelo com base em duas dimensões específicas, Maccoby e Martin (1983) propuseram dois novos estilos parentais – indulgente e negligente – amparados na ausência de variações de responsividade, compreendidas até o momento como níveis de baixa exigência, agrupados em uma única categoria rotulada de estilo permissivo (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991). Nesta nova combinação, pais com escores elevados em ambas as dimensões são nomeados de *autoritativos*; aqueles com elevados escores em responsividade e reduzidos em exigência são *indulgentes*; pais com escores elevados em exigência e reduzidos em responsividade *autoritários*; e os que apresentam escores reduzidos em ambas as dimensões são classificados como *negligentes* (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000; Maccoby & Martin, 1983). A Figura 1 ilustra a classificação dos estilos parentais com base nas dimensões de exigência e responsividade.

	Exigência elevada	Exigência reduzida
Responsividade elevada	Autoritativo	Indulgente
Responsividade reduzida	Autoritário	Negligente

Figura 1 Classificação dos Estilos Parentais.

Fonte: Autor.

Pais *autoritativos* demonstram equilíbrio na relação com seus filhos, procuram combinar níveis altos de exigência e controle com demonstrações de afeto e carinho, pautados no diálogo e reconhecimento das características singulares dos filhos. São esforçados na distribuição de tarefas e exigências, contudo, as fazem de maneira racional e orientada, estimulam a

conversação e compartilham com os filhos os motivos norteadores de suas decisões.

Quando há recusa ou autonomia por parte dos filhos, pais autoritativos procuram compreender as razões que sustentam possíveis objeções, são afetuosos e responsivos às necessidades e geram oportunidades para o desenvolvimento de habilidades. Mesmo avaliando e considerando a perspectiva dos filhos, exercem controle firme nos pontos de divergência e podem fazer uso de coerção física e verbal (Sánchez, 2005). Pais autoritativos superam a imposição de autoridade incluindo demandas de maturidade, responsabilidade e habilidades de comunicação na relação com os filhos (Baumrind, 1971; Maccoby & Martin, 1983).

Do mesmo modo, pais *indulgentes* se comunicam bem com seus filhos, utilizam com mais frequência a razão do que outras técnicas disciplinares para obter complacência. Contudo, não demonstram atitudes coercitivas quando os filhos se comportam de maneira incorreta. Estabelecem uma relação simétrica, reconhecendo-os capazes de regularem por si próprios seus comportamentos e limitam o seu papel influenciando razoavelmente nos comportamentos consequentes.

O protótipo dos pais indulgentes é o que intenta o comportamento de uma maneira afetiva, aceitando os impulsos, desejos e as ações dos filhos. Verificam com eles as decisões da família e proporcionam explicações das regras familiares. Permitem a seus filhos a regulação de suas próprias atividades como desejam e não os obrigam a obedecerem cegamente ordens impostas por figuras de autoridade (Sánchez, 2005; Maccoby & Martin, 1983).

Pais *autoritários* são altamente exigentes, pouco atentos e sensíveis às necessidades e desejos dos filhos, sendo a imposição do controle e a baixa implicação afetiva os fatores que caracterizam o estilo autoritário. Com frequência pais autoritários não oferecem razões quando emitem ordens, as mensagens verbais são unilaterais e não manifestam afetividade. São os que menos estimulam as respostas verbais e o diálogo ante as transgressões e também são muito relutantes para modificar suas decisões frente aos argumentos dos filhos.

A definição do estilo autoritário revela pais que valorizam a obediência como uma virtude e favorecem medidas punitivas e de coerção física quando os comportamentos dos filhos, ou suas

crenças pessoais, entram em conflitos. Geralmente são indiferentes às demandas de apoio e atenção, utilizam com menor frequência o reforço positivo, agindo assim com indiferença frente às condutas adequadas de seus filhos (Sánchez, 2005; Maccoby & Martin, 1983).

O estilo *negligente* é baixo em afeto e controle e, conseqüentemente, na imposição de limites. Geralmente é considerado inadequado para satisfazer as necessidades dos filhos, já que pais negligentes tendem manifestar indiferença. A escassez de limites se refere à falta de supervisão, controle e cuidado com os filhos.

Pais negligentes permitem que os filhos sejam responsabilizados por suas próprias necessidades e escolhas e concedem demasiada independência nos aspectos materiais e afetivos. Privam seus filhos do diálogo e das tomadas de decisões e lhes dão poucas explicações acerca das regras familiares. Não se comprometem com interações afetivas, não reforçam de maneira consistente as condutas positivas e não participam com seus filhos junto às resoluções de problemas ou comportamentos possivelmente inadequados ou que apresentem risco (Sánchez, 2005; Maccoby & Martin, 1983).

A comprovação do modelo teórico dos quatro estilos parentais sucedeu com base nos resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos com amostra de 10.000 adolescentes (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991), no qual foi significativamente confirmado as distintas relações entre os quatro estilos parentais em diferentes desfechos de competência e ajustamento em adolescentes (García & Gracia, 2009). Além disso, um estudo longitudinal evidenciou que as diferenças observadas se mantiveram durante o ano seguinte (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, & Dornbusch, 1994).

Identificar qual dos estilos parentais é o mais apropriado para o desenvolvimento infantil é relevante, já é reconhecido que um estilo parental inadequado pode levar a comportamentos agressivos na infância e adolescência (Arraz, Bellido, Manzano, Martín & Olabarrieta, 2004) como também influenciar no consumo de drogas induzindo ao risco ou atuando como fator protetivo (Becoña, 2012; YunWang, Sai Yin Ho, PingWang, Sze Lo, & Lam, 2014; Calafat, García, Juana, Becoña, & Fernández-Hermidad, 2014; Paiva, 2009).

4.4.1 Relações entre estilos parentais e consumo de drogas em adolescentes

Na continuidade da revisão da literatura, visando aprofundar na relação entre estilos parentais percebidos e o consumo de drogas em adolescentes, procedeu-se uma revisão nas bases de dados PubMed, Web Of Science e PsycINFO com os seguintes descritores utilizados na busca: ‘parental style’ com as combinações ‘drugs’ e ‘substance use’. A pesquisa foi realizada juntamente aos artigos publicados entre o período de 2011 a 2015 e os idiomas considerados foram inglês, espanhol e português.

Os resultados da busca revelaram 261 artigos, referenciados nas distintas bases de dados PubMed (n=45), PsycINFO (n=85) e Web of Science (n=131). Com a leitura dos resumos foram incluídos os estudos que preenchem os seguintes critérios de inclusão: a) caracterização da pesquisa com delineamento longitudinal ou survey e b) realizada apenas com indivíduos entre 10 e 21 anos e c) os adolescentes responderam a pesquisa acerca da percepção dos estilos parentais. Os critérios de exclusão foram: a) que fossem teses, dissertações, revisões ou materiais educativos, b) ausência das variáveis de interesse (n=203) e c) aqueles que se repetiram nas bases de dados (n=37), de modo que foram selecionados um total de 21 artigos.

Nesta revisão os resultados estão estruturados em dois tempos. Num primeiro momento, após a leitura dos manuscritos, categorias de análise foram definidas considerando a descrição dos aspectos metodológicos empregados nos estudos. As categorias definidas são as seguintes:

Ano e país de publicação: Ano e país de publicação dos artigos.

Delineamento da Pesquisa: Caracterização da pesquisa como transversal ou longitudinal.

Contexto de aplicação: Local no qual os dados foram coletados.

Número de sujeitos participantes: Quantidade de adolescentes que compõem a amostra.

Sexo dos Participantes: Diferenciação na escolha das amostras quanto ao sexo dos adolescentes.

Posteriormente foi realizada uma análise qualitativa dos resultados, com a proposta de aprofundar na associação entre os

estilos parentais percebidos e o consumo de drogas em adolescentes.

4.4.2 Características e aspectos metodológicos dos artigos

O interesse na investigação entre estilos parentais de socialização e o consumo de álcool em adolescentes se manteve homogêneo nos últimos cinco anos, com destaque para os anos de 2011 (n=6) e 2014 (n=5). Os países que mais desenvolveram estudos sobre o tema foram os Estados Unidos da América (EUA) (n=7) e a Espanha (n=4), conforme apresentado na Figura 2.

Ano	Fonte	País
2011	Benchaya, Bisch, Moreira, Ferigolo & Barros	Brasil
2011	Paiva, Bastos & Ronzani	Brasil
2011	Ozer, Flores, Tschann, Lauri & Pasch	Estados Unidos
2011	Wen & Shenassa	Estados Unidos
2011	Patock-Peckham King, Morgan-Lopez, Ulloa & Moses	Estados Unidos
2011	Miller, Byrnes, Cupp, Chamrathirong, Rhucharoenpompanich, Fongkaew, Chookhare & Zimmerman	Thailândia
2012	Visser, Winter, Vollebergh, Sijmen & Reijneveld	Holanda
2012	Piko & Balázs	Hungria
2012	Shakya, Christakis & Fowler	Estados Unidos
2013	Loke & Mak	China
2013	Cerezo & Ato	Espanha
2013	Martinez, Fuentes, García & Madrid	Espanha
2014	Calafat, García, Juana, Becoña & Fernández-Hermidad	Suécia, Reino Unido, Espanha, Portugal, Eslovénia e República Checa
2014	YunWang, Sai Yin Ho, PingWang, Sze Lo & Lam	Hong Kong
2014	Kalyva & Melonashi	Albânia
2014	Hoffmann & Bahr	Estados Unidos
2014	Stafstrom	Suíça
2015	Hartman, Patock-Peckhama, Corbin, Gates, Leeman, Luk & King	Estados Unidos
2015	Clark, Yang, McClermon & Fuemmeler	Estados Unidos
2015	Fuentes, Alarcón, García & Gracia	Espanha
2015	Minaie, Hui, Leung, Toumbourou & King	Austrália

Figura 2 Características dos estudos sobre Estilos Parentais e o consumo de drogas em adolescentes.

Referente aos tipos de estudos empíricos analisados (n=16) deles usaram o delineamento transversal e somente (n=05) o longitudinal. Identifica-se que a coleta de dados ocorreu, na maioria dos estudos, no âmbito escolar, especificamente nas salas de aula em períodos regulares (n=17), sendo que nos demais

artigos a coleta ocorreu via contato por telefone ($n=2$) e na residência dos adolescentes ($N=2$). Dentre as amostras dos estudos há variações dos números de participantes desde ($n=151$) a ($n= 90.118$) ($m=7.615$). Todas as pesquisas foram realizadas com amostras de adolescentes de ambos os sexos.

4.4.3 Análise e discussão dos resultados dos artigos

Na relação entre os estilos parentais e o consumo de drogas entre adolescentes, o estilo autoritativo aparece associado aos menores índices de consumo na associação com as distintas substâncias e diferentes padrões de consumo. Benchaya, Bisch, Moreira, Ferigolo, & Barros (2011) identificaram que adolescentes que percebem os pais com estilos não autoritativo – sejam indulgente, negligente ou autoritário – têm 2,8 vezes mais chance de fazer uso abusivo de qualquer droga e 3,9 vezes mais chance de usar crack/cocaína. Quando os jovens percebem suas mães com estilo não autoritativo há 2,7 vezes mais chances de usar tabaco e quando os adolescentes percebem os pais com estilo não autoritativo as chances de consumo aumentam para 3,9 vezes.

Ainda de acordo com Benchaya, et al., (2011), perceber as mães como autoritativas está associado a 85% dos adolescentes não usuários de drogas. Já em relação ao estilo parental dos pais, percebe-se que tanto aqueles entendidos como autoritativos quanto como autoritários têm maior associação, com mais de 85% dos adolescentes não usuários das diferentes drogas.

Baixa prevalência no consumo de tabaco está diretamente relacionada ao estilo parental autoritativo (Miller, Byrnes, Cupp, Chamrathirong, Rhucharoenpornpanich, Fongkaew, Chookhare, & Zimmerman, 211). Piko & Balázs (2012) identificaram que a percepção do estilo parental autoritativo atua como fator de proteção na prevalência do consumo de cigarro na vida e no relato de consumo nos últimos trinta dias. Shakyaa, Christakis, & Fowler (2012) destacaram que entre adolescentes que percebem os pais com o estilo autoritativo a probabilidade de consumo de cigarro é reduzida em 43% em comparação aos demais estilos parentais. Além disso, estilos maternos percebidos como autoritários, indulgentes e negligentes são associados com os maiores índices de consumo de tabaco em comparação ao estilo parental autoritativo (YunWang, Sai Yin Ho, PingWang,

Sze Lo, & Lam, 2014). Acerca do estilo paterno, adolescentes que percebem os pais como autoritativos apresentam os menores índices de consumo de tabaco (Wen & Shenassa, 2011).

A respeito da análise entre os estilos parentais e a frequência de consumo de álcool, Paiva, Bastos, & Ronzani (2011) verificaram a existência de diferenças significativas entre os estilos parentais maternos, havendo diferença significativa entre os estilos autoritativo e negligente, sendo possível afirmar que os jovens que percebem as mães como autoritativas apresentam uma frequência de consumo menor com relação aos jovens que percebem a mãe como negligente. Shakyaa, Christakis, & Fowler (2012) identificaram que entre adolescentes que percebem ambos os pais como autoritativos a probabilidade de consumo abusivo de álcool é reduzida em 57%. Hoffmann & Bahr (2014) verificaram que os adolescentes com estilo autoritativo apresentam menores chances de consumo álcool de modo pesado do que adolescentes com pais indulgentes ou negligentes.

Um dos estudos investigou a influência dos estilos parentais na relação com o consumo de álcool através de variáveis de associação. Patock-Peckham King, Morgan-Lopez, Ulloa, & Moses (2011) identificaram que entre os jovens que percebem as mães como autoritativas existe uma ligação indireta com baixos índices de consumo de álcool, justamente pelo monitoramento das mães e poucos sintomas de impulsividade verificados. Kalyva & Melonashi (2014) também identificaram que baixa percepção do estilo autoritativo entre as mães pelos adolescentes está associada com maiores prevalência no consumo de álcool e outras drogas.

Patock-Peckham King, Morgan-Lopez, Ulloa, & Moses (2011) evidenciaram que para adolescentes do sexo feminino perceber o pai como autoritativo está indiretamente associado ao consumo mais baixo de álcool em padrão pesado através do aumento do controle/monitoramento, e ainda, também entre as meninas, perceber os pais como permissivos está indiretamente associado a melhores índices de consumo de álcool padrão pesado através da diminuição do controle/monitoramento.

Para os adolescentes do sexo masculino, índices elevados de exigência/controlado das mães está indiretamente associado ao consumo de álcool padrão pesado através da diminuição dos sintomas de impulsividade. Piko & Balázs (2012) analisando a

influência do estilo parental autoritativo no consumo de álcool identificou que índices elevados de exigência são protetivos para os meninos e responsividade e exigência são protetivos para as meninas.

Mesmo que boa parte dos resultados identificados nesta revisão reforcem a premissa de que o estilo autoritativo é o estilo parental que atua de modo mais protetivo para o consumo de substâncias psicoativas em adolescentes, nos estudos analisados os resultados indicam que, em alguns contextos, os estilos indulgente e autoritário são apropriados, ou ainda, mais apropriados, na obtenção de resultados favoráveis na proteção ao consumo de drogas.

Calafat, García, Juana, Becoña, & Fernández-Hermidad (2014) analisaram a relação entre estilos parentais e consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas em diferentes países do contexto europeu e em todos eles os resultados indicaram que o estilo parental indulgente aparenta ser protetivo contra o consumo de substâncias tanto quanto o estilo autoritativo. Ambos os estilos, indulgente e autoritativo, aparecem associados com os menores níveis de consumo de substâncias quando comparados aos estilos autoritário e negligente.

Martínez, Fuentes, García & Madrid (2013) obtiveram resultados que indicam que o estilo parental indulgente mostra-se como um fator de proteção para o consumo de substâncias psicoativas em comparação aos adolescentes que percebem seus pais como autoritários. Fuentes, Alarcón, García, & Gracia (2015) verificaram que adolescentes que percebem os pais como indulgentes obtiveram índices mais baixos no consumo de álcool e tabaco em comparação com adolescentes que percebem os pais como autoritativos, autoritários e negligentes. Na associação com o consumo de maconha, novamente o estilo indulgente aparece com os menos índices, seguido do estilo parental autoritativo, sendo que os piores resultados estão associados aos estilos autoritário e negligente. Loke & Mak (2013) e Visser, Winter, Vollebergh, Verhulst, & Reijneveld (2012) também identificaram que o estilo indulgente é mais protetivo para o consumo regular de álcool.

Para Ozer, Flores, Tschann, Lauri, & Pasch (2011) o estilo materno indulgente aparece associado significativamente com os baixos índices de consumo de álcool nos seguimentos de seis e doze meses e ao uso de maconha no seguimento após doze meses.

Adolescentes que percebem o pai como indulgente apresentam menores índices de consumo de álcool e maconha no seguimento de doze meses.

Os resultados de Clark, Yang, McClernon, & Fuemmeler (2015) sugerem que os estilos parentais estão associados com o incremento da participação dos adolescentes em episódios de binge drinking na faixa etária dos 12 anos, como também associados ao incremento em consumo padrão binge de modo longitudinal da pré-adolescência à adultez (idades entre 12 e 31 anos). Os resultados indicam que adolescentes que percebem os pais como autoritários apresentam maior probabilidade de não consumir álcool em padrão binge drinking, quando comparado com jovens que percebem seus pais como autoritativos, indulgentes e negligentes.

Em alguns estudos perceber os pais como indulgentes ou autoritários caracteriza-se como fator de risco para o consumo de drogas. Em Cerezo & Ato (2013), perceber os pais como indulgentes aumentam as chances do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Adolescentes do sexo feminino que percebem os pais como indulgentes apresentam maiores chances do consumo de drogas (Cerezo & Ato, 2013). O consumo de cigarro e álcool também aparecem associados ao estilo indulgente para ambos os sexos (Miller, Byrnes, Cupp, Chamratrithirong, Rhucharoenpornpanich, Fongkaew, Chookhare, & Zimmerman, 2011).

Hartman, Patock-Peckhama, Corbin, Gates, Leeman, Luk & King (2015) identificaram que perceber a mãe como autoritário está diretamente associado a maiores índices de ocultação-pessoal, neste sentido, o estilo autoritário materno está indiretamente associado com o consumo de álcool através de mais ocultação-pessoal e maiores dificuldades para interromper o consumo da substância. Além disso, perceber o estilo parental autoritário nos pais está indiretamente associado ao aumento do uso de álcool e dos problemas relacionados ao seu consumo através de mais ocultação-pessoal e mais dificuldades de manter controle sobre o consumo da substância. Os resultados sugerem que os estilos parentais influenciam vulnerabilidades como a ocultação-pessoal no comprometimento acerca do controle para parar de beber e no caminho entre o uso de álcool e os problemas relacionados com o seu uso.

Martínez, Fuentes, García, & Madrid (2013) indicam que o estilo autoritário é um fator de risco para o consumo de drogas em comparação aos adolescentes que percebem os pais como indulgentes. Os resultados de Loke & Mak (2013) indicam que adolescentes que percebem os pais como autoritários são mais propensos ao consumo de tabaco. Acerca do consumo de álcool, Hoffmann, & Bahr (2014) descrevem que o estilo autoritário aparece associado com o consumo regular da substância, além disso, quando comparado com os demais estilos – autoritativo, negligente e indulgente – o estilo autoritário parece colocar os adolescentes em maior risco para o consumo de álcool no padrão pesado. Stafstrom (2014) descreve que perceber os pais com estilo autoritário ou negligente é um fator significativamente associado ao consumo pesado de álcool nos últimos trinta dias.

De modo regular, o estilo parental negligente apresentou-se como fator de risco para o consumo de drogas em adolescentes em boa parte dos estudos analisados. Resultados indicam que perceber os pais como negligentes está associado a maiores índices de consumo de álcool (Minaie, Hui, Leung, Toumbourou, & King, 2015; Stafstrom, 2014), consumo de álcool padrão binge (Stafstrom, 2014), uso de tabaco regularmente (YunWang, Sai Yin Ho, PingWang, Sze Lo, & Lam, 2014), experimentação de tabaco (Shakyaa, Christakis, & Fowler, 2012) e uso de qualquer droga (Benchaya, Bisch, Moreira, Ferigolo, & Barros, 2011).

Entre os resultados desta revisão parece claro que a percepção dos adolescentes acerca do estilo autoritativo está relacionada aos baixos índices de consumo de álcool, cigarro e drogas ilícitas. De modo contrário, o estilo negligente aparece associado aos percentuais mais elevados. Quanto aos estilos indulgente e autoritário ainda há incongruências acerca dos papéis exercidos.

No caso do estilo indulgente percebe-se que em alguns estudos, especialmente em países do contexto europeu, que ele atua como fator de proteção para álcool, cigarro e drogas ilícitas, entretanto, em algumas pesquisas atua como fator de risco para o uso de cigarro, cocaína, abuso de qualquer drogas e consumo de drogas ilícitas. Do mesmo modo, o estilo autoritário se apresenta como protetivo para o uso abusivo de álcool mas de maneira mais assídua como fator de risco para o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

A maioria dos estudos investigaram os estilos parentais considerando ambos os pais (pai e mãe) para analisar a influência no consumo de drogas entre adolescentes, entretanto, alguns se propuseram a analisar a percepção dos estilos parentais paternos e maternos separadamente. Verificam-se resultados significativos para o estilo autoritativo como fator de proteção para ambos os pais (tabaco, álcool) e para o estilo autoritário para o consumo de álcool. Para o estilo indulgente, perceber a mãe é considerado fator de proteção para álcool e maconha e perceber o pai indulgente é fator de proteção para o consumo de álcool.

Somente três estudos analisaram a relação entre os estilos parentais e o consumo de drogas considerando as diferenças entre o sexo dos adolescentes como potencial moderador. Para as meninas perceber exigência e reponsividade de ambos os pais e exigência do pai está associado a baixos índices de consumo de álcool, ao passo que perceber o pai como permissivo aumenta as chances de uso. Já para os meninos, perceber exigência de ambos os pais e da mãe é fator de proteção para o consumo de álcool. Calafat, García, Juana, Becoña, & Fernández-Hermidad (2014) não identificaram diferenças na interação entre os estilos parentais, uso de drogas e o sexo dos adolescentes.

Nas pesquisas analisadas nesta revisão de literatura os resultados indicam a necessidade de constantes avaliações da influência dos estilos parentais no consumo de drogas em adolescentes. Todavia, fica evidente que o processo de socialização dos pais desempenha uma função importante na prevenção e no risco do uso de drogas em adolescentes.

5 MÉTODO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-correlacional com delineamento transversal. Constitui-se como um estudo de abordagem quantitativa na medida em que as premissas do estudo e suas respectivas hipóteses foram examinadas por meio de procedimentos estatísticos (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

5.2 CONTEXTO DA PESQUISA

Esta pesquisa está vinculada ao projeto “Avaliação do processo de implantação de programas de prevenção ao uso de drogas para crianças e adolescentes em ambiente escolar”, que tem como um dos objetivos avaliar o processo de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em escolas e comunidades - #tamojunto para a realidade brasileira. O Programa de Prevenção #tamojunto (originalmente chamado *Unplugged*), foi criado, implantado e avaliado com um estudo randomizado controlado por grupos (*clusters*) em sete países europeus, tendo sido desenvolvido dentro das exigências de programas baseados em evidência. O alvo do programa é o uso experimental e regular de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes de 12-14 anos (Faggiano, Richardson, Bohrn, Galanti, 2007).

No ano de 2013 o programa foi implementado no contexto brasileiro e avaliado como um projeto piloto em um estudo quasi-experimental. Com base na avaliação de resultados o programa demonstrou parecer eficaz na diminuição do consumo recente de maconha entre educandos de 13 a 15 anos e diminuir a incidência do consumo de drogas lícitas e ilícitas em comparação aos educandos desta mesma idade que não participaram do programa. Ainda, garantiu aceitabilidade e viabilidade junto aos professores e educandos participantes do programa (Horr, 2015; Medeiros, Cruz, Schneider, Sanudo & Sanchez, 2016).

Em 2014, este foi implementado como um ensaio controlado randomizado por grupos (*clusters*), com propósito de avaliar a efetividade do programa #tamojunto no contexto brasileiro. As intervenções do programa ocorreram no ambiente escolar, em 12 unidades/aulas, uma vez por semana com uma

média de 50 minutos de duração, tendo os professores como facilitadores. As atividades foram baseadas no modelo global de influência social (CSI) e desenhadas para incluir os seguintes componentes: habilidades sociais, habilidades pessoais, conhecimento e educação normativa. A proposta foi ampliar, junto aos adolescentes, o desenvolvimento e reforço de habilidades interpessoais e intrapessoais e a prevenção ao uso de drogas.

Além disso, o programa realizou três encontros com os pais ou responsáveis dos adolescentes que participaram das aulas do programa. Estes encontros foram mediados por profissionais da saúde e educação e fazem parte do desenho do programa na realidade brasileira. Antes de iniciarem as intervenções, os facilitadores (professores, profissionais de saúde e educação) foram capacitados numa formação vivencial de 16h em que se discutiu a metodologia do programa e as estratégias de aplicação junto ao público-alvo. Além da capacitação, os facilitadores receberam suporte de profissionais formados nos princípios do programa preventivo que os acompanharam mensalmente dando apoio à implementação.

Esta dissertação utiliza-se dos dados secundários, delineamento metodológico e instrumentos adotados no processo de avaliação do programa preventivo #tamojunto.

5.3 PARTICIPANTES

A seleção dos participantes do programa preventivo #tamojunto decorreu dos critérios metodológicos do ensaio randomizado controlado por grupos (*clusters*) utilizado para avaliar a efetividade do programa. Este experimento caracteriza-se como comparativo, em que as unidades de atribuição são grupos identificáveis que são distribuídos em condições distintas e as unidades de observação são os integrantes desses grupos.

No ensaio controlado randomizado do programa preventivo #tamojunto realizado no ano de 2014, os grupos envolvidos são escolas públicas de ensino fundamental que foram selecionadas do banco de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (2012). Nesse universo, todas as escolas municipais e estaduais localizadas em áreas urbanas das cidades participantes do programa com alunos cursando o 8.º ano do ensino fundamental foram sorteadas

aleatoriamente. O número de escolas participantes foi delimitado pelos gestores do Ministério da Saúde responsáveis pela implementação e acompanhamento das intervenções. Os critérios foram definidos considerando o *staff* disponível em cada cidade.

Como o objetivo desta dissertação envolve analisar a prevalências do consumo de álcool e outras drogas bem como avaliar o estilo parental percebido pelos adolescentes participantes do programa preventivo, foram utilizados os relatos dos participantes coletados no momento inicial do ensaio randomizado. Desse modo, a amostra desta pesquisa foi composta por 5007 educandos com idades entre 11-15 anos, estudantes do 7º e 8º anos de 72 escolas públicas de ensino fundamental das cidades de São Paulo-SP, São Bernardo do Campo-SP, Distrito Federal-DF, Florianópolis-SC, Tubarão-SC e Fortaleza-CE.

5.4 INSTRUMENTOS

Os dados secundários utilizados foram coletados por meio de instrumentos de medida pertencentes ao questionário pré-teste do programa preventivo #tamojunto, nomeado: Questionário Sobre Conhecimento, Atitudes e Comportamentos Relacionados à Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

Em sua primeira aplicação, no ano de 2013, o programa preventivo, então chamado de *Unplugged*, utilizou como instrumento para coleta de dados o questionário original da EU-Dap na íntegra, traduzido por um tradutor bilíngue (Língua Inglesa-Português) que posteriormente foi revisado por um dos desenvolvedores do programa *Unplugged*, fluente nas duas línguas (Cainelli, Scheiner, Sanudo, Pereira, Horr & Sanchez, 2015).

O instrumento estrutura-se com base nas seguintes categorias: a) características sociodemográficas; b) uso de drogas lícitas e ilícitas (tabaco, álcool, maconha, inalantes, cocaína, crack e outras drogas: LSD, anfetaminas, ansiolíticos e alucinógenos) considerando o uso na vida, uso nos últimos 12 meses, e uso nos últimos 30 dias, incluindo idade do início do consumo, frequência de consumo, tipo de bebida consumida, consumo pesado e binge drinking (consumo de 5 doses ou mais num curto espaço de tempo); c) conhecimento, crenças e atitudes acerca das drogas; d) consumo de droga entre familiares e amigos; e) contexto familiar e escolar (incluindo experiências

com violência, discriminação social e interação com rede social significativa); e f) crenças normativas e habilidades sociais e pessoais. As respostas às questões são de múltipla escolha e têm a escala do tipo Likert com quatro opções de resposta (Cainelli, Scheiner, Sanudo, Pereira, Horr, & Sanchez, 2015).

A primeira versão traduzida do questionário foi apresentada a 13 profissionais das áreas da saúde e educação ou que trabalham com a temática do uso de drogas ou promoção de saúde para o público adolescente. A proposta era avaliar a clareza dos termos e verificar se os constructos estavam apropriados para a população-alvo que administraria o instrumento no contexto brasileiro. Após as adaptações, itens sobre sexualidade e os critérios brasileiros para classificação econômica (ABEP, 2010) foram incluídos na segunda versão do questionário. Na sequência, foi realizado um estudo desenhado para avaliar a versão brasileira do questionário da Eu-Dap usando métodos quantitativos e qualitativos: questionário estruturado, grupo focal com estudantes e anotações de campo (Cainelli, Scheiner, Sanudo, Pereira, Horr & Sanchez, 2015).

Um estudo transversal foi conduzido em 16 escolas brasileiras das cidades de São Paulo (SP), São Bernardo do Campo (SP) e Florianópolis (SC), entre agosto e novembro de 2013 sendo que 2.969 adolescentes com idade entre 11 a 16 anos responderam a versão brasileira do questionário. O desempenho do instrumento foi considerado insatisfatório. Os autores do estudo sugerem que problemas relacionados ao contexto da sala de aula (superlotação das salas, indisciplina) e dificuldade dos alunos na leitura dos itens podem ter sido ampliados por certa imprecisão dos itens do questionário original (Cainelli, Scheiner, Sanudo, Pereira & Sanchez, 2015)



Portanto, para o ensaio controlado randomizado realizado em 2014 foram realizadas modificações, substituindo alguns itens do questionário EU-Dap e incluindo questões previamente testadas no contexto brasileiro. O item do questionário original que investigou o uso de drogas lícitas e ilícitas sofreu alterações e alguns itens foram adaptados com base em levantamentos anteriores realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (Carlini et al., 2010). Além disso, as escalas de exigência e responsividade foram incluídas no questionário (Costa, Teixeira e Gomes, 2000). Essas medidas foram anteriormente testadas para a realidade brasileira e,

também, utilizadas no VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas (Zuquette, 2013). Muitos itens das outras categorias do questionário original com base na Eu-Dap foram mantidas.

Buscando atingir os objetivos deste estudo, utilizou-se o seguinte instrumento e itens que integram o questionário do programa #tamojunto (Anexo II): 1) Aspectos sociodemográficos; 2) Escala de exigência e responsividade (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000); 3) Itens sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas.

5.4.1 Aspectos sociodemográficos

Foram coletadas as características de sexo e idade com base nas seguintes questões:

1. **Sexo:** 1  Masculino 2  Feminino

2. **Quantos anos você tem?** anos

Figura 3 Questões sociodemográficas (exemplos).

5.4.2 Escalas de exigência e responsividade

Esse instrumento foi utilizado para garantir a definição dos quatro estilos parentais (autoritário, autoritativo, negligente e indulgente) com base no modelo teórico de Maccoby e Martin (1983). O instrumento é constituído por duas escalas que se referem às dimensões exigência e responsividade. As escalas são estruturadas para seis itens sobre a dimensão exigência e dez itens sobre a dimensão responsividade, avaliados por meio de uma escala tipo Likert de três pontos, de maneira que quanto mais próximo de três, maior a exigência e responsividade percebida.

A escala de responsividade avalia o nível de apoio emocional percebido por adolescentes (por exemplo, “eles passam tempo conversando comigo”), sendo que a escala de exigência avalia o nível de monitoramento e controle dos pais (por exemplo, “até que ponto seus pais tentam saber o que você faz no seu tempo livre”).

Inicialmente, as escalas de exigência e responsividade foram utilizadas por Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch (1991) em uma pesquisa que investigou a relação entre estilos parentais, padrões de competência e ajustamento em adolescentes. Este instrumento era composto de oito itens para a dimensão responsividade e dez itens para a dimensão exigência, nos quais os adolescentes relatavam suas percepções sobre as atitudes e práticas de seus pais. Os critérios de seleção dos itens foram eleitos de um corpus de pesquisas sobre as dimensões de práticas parentais, procedendo com uma análise fatorial exploratória com rotação oblíqua, nos quais foram identificados três fatores específicos: responsividade, exigência e autonomia psicológica.

Contudo, nas análises de Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch (1991) foram utilizadas somente as dimensões responsividade e exigência, visando classificar as escalas no modelo de Maccoby & Martin (1983). Os coeficientes de consistência interna (*alpha* de Cronbach) foram de 0,76 para escala de exigência e 0,72 para escala de responsividade, considerando os escores de ambos os pais e mães.

No contexto brasileiro, as escalas de responsividade e exigência foram traduzidas e adaptadas por Costa, Teixeira, & Gomes (2000) em uma amostra de 378 adolescentes. As escalas apresentaram índices de consistência interna adequados (*alpha* entre 0,70 e 0,83). Outros estudos foram realizados com as escalas no contexto brasileiro apresentando índices de consistência interna adequados (Benchaya, 2011; Dominguez, Natividade, & Hutz, 2011; Paiva, 2009; Zuquette, 2013).

A escala dos estilos parentais foi corrigida com base na mediana dos escores de cada subescala (exigência e responsividade). Os pais são classificados entre alta ou baixa exigência e alta ou baixa responsividade, sendo que os escores de exigência ou responsividade que coincidirem com a mediana são excluídos do cálculo. Os estilos parentais são definidos com base no seguinte esquema:

- Alta exigência / alta responsividade: autoritativo
- Alta exigência / baixa responsividade: autoritário
- Baixa exigência / alta responsividade: indulgente
- Baixa exigência / baixa responsividade: negligente

5.4.3 Itens sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Com a finalidade de avaliar o consumo drogas lícitas e ilícitas foram utilizados os itens pertencentes ao questionário adaptado para o projeto #tamojunto (Faggiano, 2007; Carlini et al., 2010). Os itens do questionário consideram informações sobre o uso na vida, uso no ano e uso no mês para drogas lícitas e ilícitas, bem como itens relacionados ao consumo de álcool em padrão *binge* na vida, no ano e no mês (cinco doses ou mais em uma única ocasião). Além disso, é considerada a idade em que o adolescente tinha quando experimentou a primeira bebida alcoólica.

Para esta pesquisa foram consideradas as respectivas substâncias: álcool, cigarro, inalantes, maconha, cocaína e crack, com os respectivos padrões de uso: uso na vida, uso no ano (últimos 12 meses) e no último mês (últimos 30 dias). Especialmente para o álcool foi considerado o consumo *binge drinking* (5 doses ou mais numa única ocasião): uso na vida, uso no ano (últimos 12 meses) e no último mês (últimos 30 dias). Assim como a idade que o adolescente tinha quando experimentou a primeira bebida alcoólica. Para o cigarro foi considerado também a frequência de cigarros por dia (não fumo; 1 a 10 cigarros por dia; 11 a 20 cigarros por dia; mais de 20 cigarros por dia).

De modo a ilustrar os itens das variáveis de desfecho, a seguir seguem alguns exemplos (os itens na íntegra podem ser consultados no Anexo II).

8.a. Você já fumou cigarro?

1 Não

2 Sim

Figura 4 Questionário (questões de exemplo-1)

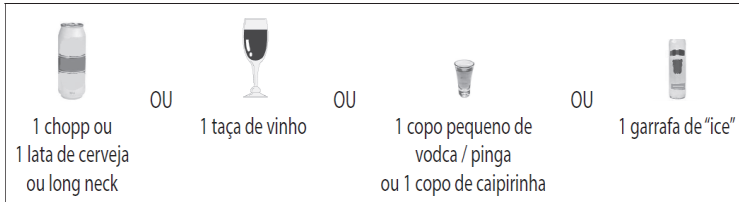
10.b. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou maconha?

1 Não

2 Sim

Figura 5 Questionário (questões de exemplo-2).

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



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

Figura 6 Questionário (questões de exemplo-3).

7.a. Você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1 Não

2 Sim

Figura 7 Questionário (questões de exemplo-4).

5.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi coordenada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pelo Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (Psiclin), vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As coletas ocorreram nas respectivas salas de aula das 72 escolas sorteadas para participar do ensaio controlado randomizado por grupos. Ocorreu em período regular de aula, de acordo com a disponibilidade das escolas, que foram contatadas mediante ligação ou reunião presencial realizada pelos profissionais ligados à UNIFESP e UFSC responsáveis pela implantação do programa #tamojunto.

Todo o processo de coleta de dados foi supervisionado por profissionais com experiência em pesquisas de campo nas distintas cidades em que o programa ocorreu. Boa parte dos aplicadores caracterizou-se como discentes de cursos de

graduação e pós-graduação envolvidos no projeto, ou ainda de áreas afins. Estes receberam treinamento com a finalidade de introduzir os principais componentes e objetivos do projeto de pesquisa.

Foram realizadas simulações das aplicações do questionário de modo a padronizar os procedimentos de coletas de dados. Ainda, durante o treinamento, foram apresentados os aspectos éticos em pesquisa; preparação do material utilizado na aplicação; a função da equipe aplicadora; procedimentos de contato com as escolas e com os educandos; assim como as regras e possíveis dúvidas a respeito do questionário e da aplicação em geral.

Os dados utilizados neste trabalho foram coletados em fevereiro de 2014 e as aplicações ocorreram em salas de aula, em período regular, com duração média de 50 minutos. Os procedimentos foram padronizados de modo que a coleta de mais turmas na mesma escola fosse realizada no mesmo dia, de forma simultânea ou sequencial. Com a chegada dos aplicadores em sala era solicitado que o professor ou demais responsáveis pelos adolescentes se ausentassem, permanecendo somente o aplicador e os participantes. Inicialmente, os educandos recebiam uma explicação acerca da pesquisa, a importância de sua participação e a relevância de responderem à pesquisa de modo fidedigno.

O instrumento caracteriza-se como questionário anônimo de autopreenchimento e requer o preenchimento de um código secreto (Anexo II). Os educandos preencheram um código secreto com as seguintes informações: primeiro nome, sobrenome, data de nascimento, nome da mãe, nome do pai e nome da avó materna.

Cada código foi preenchido com cinco letras e um numeral que somente poderia ser decodificado pelos educandos, garantindo o anonimato e a confiabilidade das informações. Para garantir o controle da digitação e análises posteriores por estratos, os questionários de cada turma foram armazenados em envelopes distintos, contendo os dados de identificação das turmas, escolas e cidades. Além disso, os aplicadores responderam a um documento com informações sobre ocorrências no processo de aplicação, as dúvidas dos educandos, número de educandos presentes, quantidade de educandos matriculados, número de ausentes e número de recusas.

Para garantir a consistência interna do banco de dados foram realizadas duas etapas de críticas de dados: *crítica qualitativa*, em caso de incoerência nas respostas (por exemplo, responder “sim” a pergunta de consumo de maconha/mês e responder “não” ao uso de maconha/ano) estas foram imputadas de acordo com a resposta mais recente, deste modo o adolescente que respondeu “sim” para o uso no mês, mas deixou em branco ou assinalou “não” no uso na vida ou ano, foi alterado para um “sim” para o uso na vida e uso no ano; *crítica de drogas*, para evitar super-relato de uso (falso-positivo) o questionário integrava uma questão sobre o uso de uma droga fictícia, assim os questionários com resposta positiva para esta droga foram excluídos do banco de dados.

5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo utiliza dados secundários provenientes da pesquisa “Avaliação do Processo de Implantação de Programas de Prevenção ao uso de Drogas para Crianças e Adolescentes em Ambiente Escolar”. Esta pesquisa está identificada na Plataforma Brasil pelo número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 19944213.5.0000.5505, sendo vinculada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), caracterizada como instituição proponente, e tem como patrocinador proponente o Ministério da Saúde. A presente dissertação de mestrado está integrada ao projeto via parecer consubstanciado do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), conforme número 1.051.929 (Apêndice I).

5.7 ANÁLISE DE DADOS

As variáveis qualitativas foram descritas como número (N) e porcentagem (%) e as quantitativas foram expressas através da média \pm desvio padrão e pelos valores de mínimo e máximo. As prevalências de consumo de álcool, drogas e do estilo parental foram expressas em número (N), porcentagem (%) e respectivo intervalo de confiança com coeficiente de confiança de 95% (IC 95%).

A associação do estilo parental com consumo de álcool e outras drogas foi avaliado através do teste do Qui-Quadrado de

Pearson para grupos independentes, e nos casos em que uma ou mais células da tabela de distribuição dos valores esperados foi menor do que cinco utilizou-se o Teste Exato de Fisher ou a sua generalização. Ainda como forma de avaliar a força da associação entre o estilo parental e consumo de álcool e outras drogas calculou-se o *odds ratio* (OR) com seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%) através de um modelo de regressão logística. Para a comparação da média de idade de início do uso de álcool de acordo com o estilo parental utilizou-se uma análise de variância com um fator (ANOVA – ONEWAY).

Todos os modelos finais foram ajustados pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade e cidade), ou seja, foi realizada uma análise multivariada a fim de avaliar se ajustando pelas variáveis sociodemográficas, ainda assim a associação do estilo parental com o consumo de álcool e outras drogas mantinha o resultado observado na análise univariada. A análise multivariada também foi realizada através de modelo de regressão logística, o qual produziu o *odds ratio* (OR) que foi designado de *odds ratio* ajustado (OR_{aj}).

Para a análise estatística utilizou-se o software STATA/SE 13.0 for Windows. Em toda a análise estatística foi adotado um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), ou seja, foram considerados como estatisticamente significantes os resultados que apresentaram p-valor menor do que 5% ($p<0,05$).

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

A avaliação do Programa de Prevenção #Tamojunto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em escolas e comunidades de alguns estados do Brasil após as digitações dos questionários preenchidos obteve um total de 5028 questionários.

Destes 5028 questionários digitados, excluiu-se da base de análise de dados 21 casos (0,4%), pois sete deles apresentavam idades maiores do que as esperadas para adolescentes que cursam o 7º ou 8º ano (seis adolescentes apresentavam idade de 16 anos e um adolescente apresentava idade de 19 anos) e o restante não apresentava informação de sexo em nenhuma das três coletas de dados.

Dessa forma, a base de dados para o Tempo Inicial foi constituída de 5007 adolescentes. Como para esta dissertação o objetivo foi abordar prevalências de consumo de álcool e outras drogas bem como avaliar o estilo parental no momento inicial do programa de prevenção, então todos os resultados descritos a seguir referem-se aos 5.007 adolescentes avaliados no tempo inicial do estudo.

A Tabela 1 ilustra a distribuição dos dados demográficos destes 5.007 adolescentes incluídos neste estudo. Pode-se observar que São Paulo foi a capital que mais contribuiu na amostragem com aproximadamente 51% dos questionários válidos. A maioria dos adolescentes eram pertencentes ao 8º ano do Ensino Fundamental (85,7%), do sexo feminino (50,9%) e a idade deles variou de 11 a 15 anos, com média de idade igual a 12,5 anos. Um fato que chama a atenção é que, mais de 50% dos adolescentes apresentaram idade em torno dos 12 anos, o que fez com que o estudo apresentasse uma maior concentração de adolescentes nessa faixa etária.

Tabela 1 Distribuição das características dos 5007 participantes do ensaio controlado randomizado do programa #Tamojunto. Brasil, 2014-2015.

	N	%
Cidade		
Distrito Federal	445	8,9
Fortaleza	354	7,1
Tubarão	261	5,2
Florianópolis	694	13,9
São Bernardo do Campo	718	14,3
São Paulo	2535	50,6
Ano		
7º ano	715	14,3
8º ano	4292	85,7
Sexo		
Masculino	2459	49,1
Feminino	2548	50,9
Idade (anos)		
Média ± desvio padrão	12,5 ± 0,7	
Mínimo - máximo	11 – 15	
Distribuição etária		
11 anos	110	2,2
12 anos	2702	54,0
13 anos	1692	33,8
14 anos	405	8,1
15 anos	98	1,9
Faixa etária		
11 – 12 anos	2812	56,2
13 – 15 anos	2195	43,8

A Tabela 2 apresenta a prevalência de uso na vida, no ano e no mês do álcool e outras drogas. De acordo com esses resultados pode-se verificar que o álcool foi a substância com maior prevalência de uso entre estes adolescentes; 46,7% (IC95%: 45,3% - 48,1%) dos adolescentes relataram já ter feito uso de álcool ao menos uma vez na vida, 30% (IC95%: 28,7% - 31,3%) fizeram uso de álcool nos últimos 12 meses antes da participação no estudo e 13,8% (IC95%: 12,8% - 14,8%) utilizaram álcool nos trinta dias que antecederam a resposta ao questionário. Do mesmo modo, o consumo de cinco doses ou

mais de bebidas alcóolicas em uma única ocasião (*binge drinking*) também foi frequente entre os adolescentes: 15,7% deles (IC95%: 14,7% - 16,7%) já realizaram *binge* pelo menos uma vez na vida; 14% deles (IC95%: 13% - 15%) nos últimos doze meses e aproximadamente 11% (IC95%: 9,8% - 11,5%) nos trinta dias anteriores à participação no estudo.

O uso de inalantes (loló, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, esmalte, acetona, tiner, aguarrás, tinta e desodorante aerossol) foi a segunda substância com maior prevalência de consumo relatada entre estes adolescentes. Entre os adolescentes que responderam à questão “Você já cheirou algum produto para sentir algum “barato\brisa” observou-se que 17,6% (IC95%: 16,5% - 18,7%) responderam já ter feito uso de inalantes pelo menos uma vez na vida; aproximadamente 8% (IC95%: 7,4% - 9,0%) no último ano e 2,6% (IC95%: 2,2% - 3,1%) no último mês.

O uso de tabaco foi a terceira substância com maior prevalência de consumo relatada entre estes adolescentes. Entre os adolescentes que responderam à questão “Você já fumou” observou-se que 6,4% (IC95%: 5,7% - 7,1%) responderam já ter fumado pelo menos uma vez na vida; aproximadamente 3% (IC95%: 2,3% - 3,3%) no último ano e 1,2% (IC95%: 0,9% - 1,5%) no último mês.

O consumo das demais drogas ilícitas representou as menores prevalências deste estudo; aproximadamente 3% dos 4.935 adolescentes relataram já ter experimentado maconha na vida (IC95%: 2,4% - 3,4%). Apenas 0,3% dos 4.956 adolescentes já experimentaram cocaína na vida (IC95%: 0,2% - 0,5%). Entre os 4.937 adolescentes com resposta a questão “Você já experimentou crack ou merla” observou-se que apenas nove deles responderam afirmativamente, ou seja, uma prevalência de 0,2% de uso de crack na vida (IC95%: 0,1% - 0,3%).

Dentre os 2.317 adolescentes que responderam já ter feito uso de álcool na vida, 96% (n=2.139) responderam à questão “Que idade você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez” e, entre esses 2.111 adolescentes observou-se que, a média de idade para a primeira experimentação foi de 11,0 anos (desvio padrão = 1,8 anos) sendo que a menor idade relatada foi de 1 ano e a maior idade de 15 anos. Interessante relatar que, para 28,8% desses 2.111 adolescentes, o primeiro uso de álcool ocorreu até a idade de 10 anos.

Tabela 2 Prevalência do consumo de drogas entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado programa de prevenção #Tamojunto.

Substância	Usou	Total	Sim	%	IC 95%
	Vida	4.966	2.317	46,7	45,3 – 48,1
Álcool	Ano	4.960	1.487	30,0	28,7 – 31,3
	Mês	4.980	686	13,8	12,8 – 14,8
Binge drinking	Vida	4.964	780	15,7	14,4 – 16,7
	Ano	4.937	690	14,0	13,0 – 15,0
	Mês	4.940	523	10,6	9,8 – 11,5
Tabaco	Vida	4.944	319	6,4	5,7 – 7,1
	Ano	4.944	141	2,8	2,3 – 3,3
	Mês	4.960	60	1,2	0,9 – 1,5
Inalante	Vida	4.926	865	17,6	16,5 – 18,7
	Ano	4.943	404	8,2	7,4 – 9,0
	Mês	4.957	127	2,6	2,2 – 3,1
Maconha	Vida	4.935	144	2,9	2,4 – 3,4
	Ano	4.943	81	1,6	1,3 – 2,0
	Mês	4.959	38	0,8	0,5 – 1,0
Cocaína	Vida	4.956	13	0,3	0,2 – 0,5
	Ano	4.949	10	0,2	0,1 – 0,4
	Mês	4.951	5	0,1	0,0 – 0,2
Crack	Vida	4.937	9	0,2	0,1 – 0,3
	Ano	4.951	5	0,1	0,0 – 0,2
	Mês	4.956	3	0,1	0,0 – 0,2

IC 95% - intervalo de confiança a 95%

6.2 ESTILOS PARENTAIS E O CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

A escala de exigência foi composta de seis itens ao passo que a escala de responsividade foi composta por dez itens conforme mostra a Figura 8.

Itens	Escala
Até que ponto seus pais TENTAM saber ...	1. Onde você vai quando sai com seus amigos 2. O que você faz com seu tempo livre 3. Onde você está quando não está na escola
	EXIGÊNCIA
Até que ponto seus pais REALMENTE sabem ...	4. Onde você vai quando sai com seus amigos. 5. O que você faz com seu tempo livre. 6. Onde você está quando não está na escola.
A RESPEITO DE SEUS PAIS, considere os seguintes itens:	1. Posso contar com a ajuda deles caso eu tenha algum tipo de problema. 2. Eles me incentivam a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça. 3. Eles me incentivam a pensar de forma independente (valorizam minhas opiniões). 4. Eles me ajudam nos trabalhos da escola se tem alguma coisa que eu não entendo. 5. Quando querem que eu faça alguma coisa, explicam-me o porquê. 6. Quando tiro uma boa nota na escola, eles me elogiam. 7. Quando eu tiro uma nota baixa na escola, eles me encorajam a me esforçar mais. 8. Eles realmente sabem quem são meus amigos. 9. Eles passam tempo conversando comigo. 10. Eu e meus pais nos reunimos para fazer juntos alguma coisa agradável.
	RESPONSIVIDADE

Figura 8 Itens que compõem as escalas de exigência e responsividade.

Para as duas escalas (Exigência e Responsividade), as respostas eram avaliadas através de uma escala do tipo Likert de três pontos; variando de um a três. As escalas de exigência e responsividade apresentaram alfa de Cronbach de 0,78 e 0,85, respectivamente, sendo que, para este cálculo foram considerados 3.877 adolescentes que responderam a todos os seis itens da

escala Exigência e, 3.724 adolescentes que responderam a todos os dez itens da escala Responsividade. Para cada uma das duas escalas, foi calculado para cada um dos adolescentes a soma das respostas dadas ao total de itens de cada uma das escalas; e assim pode-se obter o valor mediano de cada escala, uma vez que a escala de Estilos Parentais é corrigida com base nestes valores medianos. A escala de Estilos Parentais apresentou alfa de Cronbach de 0,86.

Para os adolescentes com escores iguais a mediana, estes foram considerados “*missing values*”; entre os 3877 adolescentes com resposta completa para a escala Exigência classificou-se 16% deles como “*missing values*” e, para a escala Responsividade, 10,4% dos 3.724 adolescentes foram classificadas como “*missing values*”. Estes resultados encontram-se dispostos na Tabela 3 de onde se pode observar que, aproximadamente 46% (IC95% 44,7% - 47,9%) dos adolescentes percebem seus pais com baixa exigência ao passo que 47% deles (IC95% 45,8% - 49,0%) percebem seus pais com alta responsividade.

Tabela 3 Distribuição das escalas Exigência e Responsividade entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojunto.

Classificação	ESCALAS			
	EXIGÊNCIA		RESPONSIVIDADE	
	N	%	N	%
Alta	1.463	37,7	1.764	47,4
Baixa	1.794	46,3	1.573	42,2
Missing value	620	16,0	387	10,0
Total	3877	100,0	3.724	100,0

Baseando-se na combinação de Alta e Baixa exigência e Alta e Baixa responsividade foi criada a variável **Estilos Parentais** com as seguintes categorias: Autoritativo, Autoritário, Indulgente e Negligente. Estes resultados encontram-se dispostos na Tabela 4 de onde se observa que, dentre os 2.676 adolescentes nos quais foi possível realizar a combinação entre as duas escalas, 35,6% (IC95% 33,7% - 37,4%) deles percebem seus pais como negligentes e 34,8% (IC95% 33,0% - 36,7%) deles percebem seus pais como autoritativos.

Tabela 4 Prevalência do Estilo Parental entre os 2.676 adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojunto.

Exigência	Responsividade	Estilo Parental	N	%	IC 95%
Alta	Alta	Autoritativo	932	34,8	33,0 – 36,7
Alta	Baixa	Autoritário	289	10,8	9,6 – 12,0
Baixa	Alta	Indulgente	504	18,8	17,4 – 20,4
Baixa	Baixa	Negligente	951	35,6	33,7 – 37,4

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos adolescentes de acordo com o Estilo Parental e Uso de Álcool na Vida, ou seja, o objetivo é avaliar se o Estilo Parental está associado com início do uso de álcool entre esses adolescentes. De acordo com os resultados obtidos verificou-se associação estatisticamente significativa entre Estilo Parental e Uso de Álcool na Vida ($p < 0,001$). Ou seja, adolescentes que enxergam seus pais como autoritários apresentaram 1,8 vezes mais chance de já ter iniciado o uso de álcool quando comparado com aqueles que veem seus pais como autoritativos ($p < 0,001$). Também houve maior chance de início de uso de álcool entre aqueles que veem seus pais como indulgentes ($OR = 1,5$) e aqueles que veem seus pais como negligentes ($OR = 2,6$), sempre comparado com aqueles que enxergam seus pais como autoritativos ($p < 0,001$).

Tabela 5 Prevalência de Uso de Álcool na Vida de acordo com o Estilo Parental entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojunto.

Estilo Parental	Uso de Álcool na Vida				OR	IC 95%	p
	N	Sim	%	IC 95%			
Autoritativo	908	293	32,3	29,2 – 35,4	1,00		
Autoritário	286	134	46,8	40,9 – 52,8	1,85	1,41 – 2,42	<0,001
Indulgente	493	209	42,4	38,0 – 46,9	1,54	1,23 – 1,94	<0,001
Negligente	927	510	55,0	51,7 – 58,2	2,57	2,12 – 3,10	<0,001

A Tabela 6 apresenta a média de idade de início de uso de álcool para cada Estilo Parental, de onde se pode verificar que não houve diferença estatisticamente significativa da média de idade de início de uso ($p=0,185$ – ONEWAY – ANOVA).

Tabela 6 Medidas descritivas da idade de início de uso de álcool na vida de acordo com o Estilo Parental entre os adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do programa de prevenção #Tamojunto.

Idade início de uso de Álcool (anos)				
Estilo Parental	N	Média ± DP	IC 95%	Mínimo - Máximo
Autoritativo	291	11,1 ± 1,8	10,9 – 11,3	3 – 15
Autoritário	130	11,1 ± 1,8	10,8 – 11,4	3 – 15
Indulgente	206	11,1 ± 1,7	10,9 – 11,3	1 – 15
Negligente	502	10,9 ± 1,9	10,7 – 11,1	2 – 15

Ou seja, o estilo parental apresentou associação significativa com o início de uso de álcool entre os adolescentes avaliados ($p<0,001$), entretanto entre aqueles que já iniciaram o uso de álcool, o estilo parental não diferenciou do ponto de vista estatístico a idade de início de uso do álcool ($p=0,185$).

A Tabela 7 apresenta a distribuição do consumo de álcool e outras drogas no ano de acordo com o estilo parental. Uso de cocaína no ano e uso de crack no ano não se mostraram estatisticamente associadas com estilo parental ($p=0,536$ e $p=0,385$, respectivamente). Ainda de acordo com a Tabela 7 pode-se verificar que:

✓ Adolescentes que percebem seus pais como autoritários, indulgentes ou negligentes apresentaram maior chance de uso de álcool no ano quando comparados aqueles que percebem seus pais como autoritativos ($p<0,001$). Por exemplo, adolescentes que percebem seus pais como negligentes tem, aproximadamente, 2,5 (IC95% 2,0 – 3,1) vezes a chance de uso de álcool no ano, quando comparados aqueles que percebem seus pais como autoritativos.

✓ Adolescentes que percebem seus pais como indulgentes ou negligentes apresentaram maior chance de binge drinking no ano quando comparados aqueles que percebem seus pais como

autoritativos ($p < 0,001$). Não houve diferença significativa na porcentagem de binge drinking no ano entre adolescentes com pais autoritários e aqueles com pais autoritativos ($p = 0,161$).

✓ Adolescentes que percebem seus pais como negligentes tem, aproximadamente, 4,3 (IC95% 2,2 – 8,4) vezes a chance de uso de tabaco no ano, quando comparados aqueles que percebem seus pais como autoritativos.

✓ Adolescentes que percebem seus pais como autoritários, indulgentes ou negligentes apresentaram maior chance de uso de inalantes no ano quando comparados aqueles que percebem seus pais como autoritativos ($p < 0,001$).

✓ Adolescentes que percebem seus pais como negligentes apresentaram maior chance de uso de maconha no ano, quando comparados aqueles que percebem seus pais como autoritativos (OR=5,9; IC95%: 2,3 – 15,3).

Tabela 7 Distribuição do consumo de álcool e outras drogas no ano de acordo com estilo parental entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto Tamojunto.

ALCOOL no ANO							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	926	179	19,3	16,8 – 22,0	1,00		
Autoritário	287	91	31,7	26,4 – 37,4	1,94	1,44 – 2,61	<0,001
Indulgente	500	136	27,2	23,3 – 31,3	1,56	1,21 – 2,01	0,001
Negligente	941	352	37,4	34,3 – 40,6	2,49	2,02 – 3,08	<0,001
BINGE DRINKING no ANO							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	921	72	7,8	6,2 – 9,7	1,00		
Autoritário	287	30	10,4	7,2 – 14,6	1,38	0,88 – 2,15	0,162
Indulgente	499	62	12,4	9,7 – 15,6	1,67	1,17 – 2,39	0,005
Negligente	943	180	19,1	16,6 – 21,7	2,78	2,08 – 3,72	<0,001
TABACO no ANO							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	920	11	1,2	0,6 – 2,1	1,00		
Autoritário	287	4	1,4	0,4 – 3,5	1,17	0,37 – 3,70	0,792
Indulgente	499	10	2,0	1,0 – 3,6	1,69	0,71 – 4,01	0,234
Negligente	942	47	5,0	3,7 – 6,6	4,34	2,24 – 8,42	<0,001
INALANTE no ANO							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	924	38	4,1	2,9 – 5,6	1,00		
Autoritário	287	30	10,4	7,2 – 14,6	2,72	1,65 – 4,48	<0,001
Indulgente	496	33	6,6	4,6 – 9,2	1,66	1,03 – 2,68	0,038
Negligente	942	105	11,1	9,2 – 13,3	2,92	1,99 – 4,29	<0,001
MACONHA no ANO							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	930	5	0,5	0,2 – 1,2	1,00		
Autoritário	287	3	1,0	0,2 – 3,0	1,95	0,46 – 8,23	0,361
Indulgente	499	6	1,2	0,4 – 2,6	2,25	0,68 – 7,41	0,182
Negligente	937	29	3,1	2,1 – 4,4	5,91	2,28 – 15,33	<0,001
COCAÍNA no ANO							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	930	2	0,2	0,0 – 0,8	1,00		
Autoritário	288	2	0,7	0,1 – 2,5	3,24	0,45 – 23,14	0,240
Indulgente	502	0	0,0	-	-	-	-
Negligente	940	4	0,4	0,1 – 1,1	1,98	0,36 – 10,85	0,430
CRACK no ANO							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	931	1	0,1	0,0 – 0,6	1,00		
Autoritário	288	1	0,3	0,0 – 1,9	3,24	0,20 – 51,97	0,406
Indulgente	500	0	0,0	-	-	-	-
Negligente	940	3	0,3	0,1 – 0,9	2,98	0,31 – 28,68	0,345

A Tabela 8 apresenta a distribuição do consumo de álcool e outras drogas no mês de acordo com o estilo parental. Uso de cocaína e de crack no mês não se mostraram estatisticamente associadas com estilo parental ($p=0,581$ e $p=0,581$, respectivamente). Ainda de acordo com a Tabela 7 pode-se verificar que:

✓ Adolescentes que percebem seus pais como indulgentes ou negligentes apresentaram maior chance de uso de álcool no mês quando comparados com aqueles que percebem seus pais como autoritativos (OR=1,2, IC95%: 1,0-2,0 e OR=2,5, IC95%: 1,9-3,3, respectivamente).

✓ Adolescentes que percebem seus pais como negligentes apresentaram maior chance de binge drinking e uso de tabaco no mês quando comparados com aqueles que percebem seus pais como autoritativos (OR=2,5, IC95%: 1,8-3,4 e OR=6,8, IC95%: 2,4-19,4, respectivamente).

✓ Adolescentes que percebem seus pais como autoritários ou negligentes apresentaram maior chance de uso de inalantes no mês quando comparados com aqueles que percebem seus pais como autoritativos (OR=3,0, IC95%: 1,3-7,1 e OR=3,5, IC95%: 1,8-6,9, respectivamente).

✓ Adolescentes que percebem seus pais como negligentes apresentaram maior chance de uso de maconha no mês, quando comparados com aqueles que percebem seus pais como autoritativos (OR=7,0; IC95%: 1,6 – 30,6).

Tabela 8 Distribuição do estilo parental de acordo com consumo de álcool e outras drogas no mês entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

ALCOOL no MÊS							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	928	80	8,6	6,9 – 10,6	1,00		
Autoritário	288	29	10,1	6,8 – 14,1	1,19	0,76 – 1,85	0,453
Indulgente	503	60	11,9	9,2 – 15,1	1,43	1,01 – 2,04	0,045
Negligente	949	183	19,3	16,8 – 21,9	2,53	1,91 – 3,35	<0,001
BINGE DRINKING no MÊS							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	924	61	6,6	5,1 – 8,4	1,00		
Autoritário	287	18	6,3	3,7 – 9,7	0,95	0,55 – 1,63	0,843
Indulgente	498	43	8,6	6,3 – 11,4	1,34	0,89 – 2,01	0,161
Negligente	939	140	14,9	12,7 – 17,3	2,48	1,81 – 3,40	<0,001
TABACO no MÊS							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	925	4	0,4	0,1 – 1,1	1,00		
Autoritário	288	2	0,7	0,0 – 2,5	1,61	0,29 – 8,84	0,583
Indulgente	501	5	1,0	0,3 – 2,3	2,32	0,62 – 8,68	0,211
Negligente	944	27	2,9	1,9 – 4,1	6,78	2,36 – 19,45	<0,001
INALANTE no MÊS							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	929	11	1,2	0,1 – 2,1	1,00		
Autoritário	288	10	3,5	1,7 – 6,3	3,00	1,26 – 7,14	0,013
Indulgente	501	9	1,8	0,8 – 3,4	1,53	0,63 – 3,71	0,350
Negligente	942	38	4,0	2,9 – 5,5	3,51	1,78 – 6,91	<0,001
MACONHA no MÊS							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	931	2	0,2	0,0 – 0,8	1,00		
Autoritário	289	1	0,3	0,0 – 1,9	1,61	0,14 – 17,85	0,697
Indulgente	501	0	0,0	-	-	-	
Negligente	943	14	1,5	0,8 – 2,5	7,00	1,59 – 30,88	0,010
COCAÍNA no MÊS							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							0,581
Autoritativo	929	1	0,1	0,0 – 0,6	1,00		
Autoritário	288	0	0,0	-	-	-	
Indulgente	502	0	0,0	-	-	-	
Negligente	945	2	0,2	0,0 – 0,8	1,97	0,18 – 21,74	
CRACK no MÊS							
	Total	Sim	%	IC 95%	OR	IC 95%	p
Estilo Parental							
Autoritativo	930	1	0,1	0,0 – 0,6	1,00		
Autoritário	288	0	0,0	-	-	-	
Indulgente	502	0	0,0	-	-	-	
Negligente	946	2	0,2	0,0 – 0,8	1,97	1,59 – 21,74	0,581

Até o momento, foi avaliado o efeito isolado (ou efeito bruto) do Estilo Parental no consumo de álcool e outras drogas, tanto para o consumo no ano como para o consumo no mês; o que é chamado de análise univariada. Entretanto, é importante avaliar se este efeito permanece, mesmo na presença de outras variáveis (por exemplo, sexo, idade e cidade) que podem estar associadas com o consumo de álcool e outras drogas (efeito ajustado).

Assim, o próximo passo da análise foi realizar uma análise multivariada através do ajuste de um Modelo de Regressão Logística, o qual permitiu avaliar, simultaneamente, o efeito de Estilo Parental, Sexo, Idade e Cidade no consumo de álcool e outras drogas no ano e no mês. Uma das vantagens da análise multivariada neste estudo é que, o efeito do estilo parental foi calculado levando-se em consideração as demais variáveis; ou seja, pode-se dizer que o efeito do estilo parental foi “corrigido” pela influência das demais variáveis (Tabela 9 a Tabela 15).

Observando-se os resultados da análise univariada que produziu os OR_b (odds ratio bruto) com os obtidos na análise multivariada OR_{adj} (odds ratio ajustado), em cada uma das tabelas (Tabela 9 a Tabela 15), pode-se verificar que não houve diferença nos resultados obtidos na análise uni com a análise multivariada tanto para uso no ano como uso no mês. Ou seja, as associações que foram observadas na análise univariada permaneceram, mesmo levando-se em consideração possíveis variáveis sociodemográficas que poderiam influenciar nas associações obtida.

Tabela 9 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e Uso no Mês de Álcool entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

	ÁLCOOL															
	USO NO ANO							USO NO MÊS								
	Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada		Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada			
Total	Sim	%	OR _b	IC95%	OR ^{*aj}	IC95%	p	Total	Sim	%	OR _b	IC95%	OR ^{*aj}	IC95%	p	
Estilo Parental																
Autoritativo	926	179	19,3	1,00		1,00		928	80	8,6	1,00		1,00			
Autoritário	287	91	31,7	1,94	1,44-2,61	1,89	1,40-2,55	<0,001	288	29	10,1	1,19	0,76-1,86	1,14	0,73-1,79	0,561
Indulgente	500	136	27,2	1,56	1,21-2,01	1,59	1,23-2,05	<0,001	503	60	11,9	1,43	1,01-2,04	1,45	1,02-2,08	0,040
Negligente	941	352	37,4	2,49	2,02-3,08	2,51	2,03-3,11	<0,001	949	83	19,3	2,53	1,91-3,35	2,47	1,86-3,28	<0,001
Sexo																
Masculino	1244	326	26,2	1,00		1,00		1254	146	11,6	1,00		1,00			
Feminino	1410	432	30,6	1,24	1,05-1,47	1,35	1,13-1,60	<0,001	1414	206	14,6	1,29	1,03-1,62	1,47	1,16-1,86	0,001
Idade *		12,6 ± 0,8		1,34	1,20-1,50	1,33	1,18-1,50	<0,001		12,7 ± 0,8		1,53	1,33-1,75	1,54	1,33-1,79	<0,001
Cidade																
São Paulo	1730	478	27,6	1,00		1,00		1739	224	12,9	1,00		1,00			
Distrito Federal	260	82	31,5	1,21	0,91-1,60	0,96	0,72-1,30	0,806	260	32	12,3	0,95	0,64-1,41	0,69	0,46-1,04	0,080
Ceará	195	38	19,5	0,63	0,44-0,92	0,51	0,35-0,75	0,001	195	27	13,8	1,09	0,71-1,67	0,81	0,52-1,28	0,374
Santa Catarina	469	160	34,1	1,36	1,09-1,69	1,26	1,01-1,58	0,044	474	69	14,6	1,15	0,86-1,54	1,01	0,75-1,37	0,918

a. Idade em anos, expressa através da média ± desvio padrão. *. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95% de confiança.

*. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 10 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Binge Drinking no Ano e no Mês entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

	BINGE DRINKING																
	NO ANO							NO MÊS									
	Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada		Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada				
	Total	Sim	%	ORb	IC95%	OR*aj	IC95%	p	Total	Sim	%	ORb	IC95%	OR*aj	IC95%	p	
Estilo Parental																	
Autoritativo	921	72	7,8	1,00		1,00			924	61	6,6	1,00		1,00			
Autoritário	287	30	10,4	1,38	0,88-2,15	1,34	0,85-2,10	0,203	287	18	6,3	0,95	0,55-1,63	0,91	0,53-1,58	0,744	
Indulgente	499	62	12,4	1,67	1,17-2,39	1,68	1,17-2,41	0,005	498	43	8,6	1,34	0,89-2,01	1,35	0,89-2,03	0,153	
Negligente	943	180	19,1	2,78	2,08-3,72	2,70	2,01-3,62	<0,001	939	140	14,9	2,48	1,81-3,40	2,42	1,75-3,33	<0,001	
Sexo																	
Masculino	1240	152	12,3	1,00		1,00			1244	106	8,5	1,00		1,00			
Feminino	1410	192	13,6	1,13	0,90-1,42	1,26	1,00-1,59	0,052	1404	156	11,1	1,34	1,03-1,74	1,53	1,18-2,00	0,002	
Idade *		12,7 ± 0,8		1,48	1,28-1,70	1,46	1,26-1,70	<0,001		12,7 ± 0,9		1,52	1,30-1,78	1,56	1,18-2,00	<0,001	
Cidade																	
São Paulo	1727	217	12,6	1,00		1,00			1731	173	10,0	1,00		1,00			
Distrito Federal	258	34	13,2	1,06	0,72-1,56	0,80	0,53-1,19	0,269	256	21	8,2	0,80	0,50-1,29	0,58	0,36-0,95	0,031	
Ceará	195	24	12,3	0,98	0,62-1,53	0,74	0,46-1,19	0,214	195	21	10,8	1,09	0,67-1,75	0,80	0,49-1,33	0,394	
Santa Catarina	470	69	14,7	1,20	0,89-1,60	1,08	0,80-1,46	0,618	466	47	10,1	1,01	0,72-1,42	0,88	0,62-1,25	0,493	

a. Idade em anos, expressa através da média ± desvio padrão. *. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 11 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Tabaco entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

	TABACO															
	USO NO ANO							USO NO MÊS								
	Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada		Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada			
	Total	Sim	%	OR _b	IC95%	OR _a *	IC95%	p	Total	Sim	%	OR _b	IC95%	OR _a *	IC95%	p
Estilo Parental																
Autoritativo	920	11	1,2	1,00		1,00			925	4	0,4	1,00		1,00		
Autoritário	287	4	1,4	1,17	0,37-3,70	1,10	0,35-3,51	0,866	288	2	0,7	1,61	0,29-8,84	1,51	0,27-8,32	0,635
Indulgente	499	10	2,0	1,69	0,71-4,01	1,68	0,70-3,99	0,242	501	5	1,0	2,32	0,62-8,68	2,35	0,63-8,82	0,205
Negligente	942	47	5,0	4,34	2,24-8,42	3,98	2,04-7,76	<0,001	944	27	2,9	6,78	2,36-19,45	6,32	2,19-18,25	0,001
Sexo																
Masculino	1238	33	2,7	1,00		1,00			1245	15	1,2	1,00		1,00		
Feminino	1410	39	2,8	1,04	0,65-1,66	1,22	0,75-1,97	0,418	1413	23	1,6	1,36	0,70-2,61	1,63	0,84-3,17	0,150
Idade^a		12,9 ± 0,9		1,87	1,43-2,43	1,70	1,28-2,26	<0,001		12,9 ± 1,0		1,86	1,30-2,66	1,72	1,18-2,52	0,005
Cidade																
São Paulo	1724	38	2,2	1,00		1,00			1732	21	1,2	1,00		1,00		
Distrito Federal	257	11	4,3	1,98	1,00-3,93	1,34	0,65-2,73	0,424	258	4	1,5	1,28	0,44-3,77	0,84	0,27-2,54	0,754
Ceará	196	6	3,1	1,40	0,58-3,36	0,90	0,36-2,24	0,827	196	4	2,0	1,70	0,58-5,00	1,09	0,35-3,37	0,886
Santa Catarina	471	17	3,6	1,66	0,93-2,97	1,43	0,79-2,60	0,235	472	9	1,9	1,58	0,72-3,48	1,35	0,60-3,01	0,467

a. Idade em anos, expressa através da média ± desvio padrão. *. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 12 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Inalantes entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

	INALANTES															
	USO NO ANO							USO NO MÊS								
	Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada		Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada			
	Total	Sim	%	OR _b	IC95%	OR ^{*aj}	IC95%	p	Total	Sim	%	OR _b	IC95%	OR ^{*aj}	IC95%	p
Estilo Parental																
Autoritativo	924	38	4,1	1,00		1,00			929	11	1,2	1,00		1,00		
Autoritário	287	30	10,4	2,72	1,65-4,48	2,60	1,57-4,29	<0,001	288	10	3,5	3,00	1,26-7,14	2,91	1,22-6,93	0,016
Indulgente	496	33	6,6	1,66	1,03-2,68	1,72	1,06-2,78	0,028	501	9	1,8	1,53	0,63-3,71	1,52	0,63-3,71	0,352
Negligente	942	105	11,1	2,92	1,99-4,29	2,98	2,03-4,39	<0,001	942	38	4,0	3,51	1,78-6,90	3,45	1,75-6,82	<0,001
Sexo																
Masculino	1241	77	6,2	1,00		1,00			1247	29	2,3	1,00		1,00		
Feminino	1408	129	9,2	1,52	1,14-2,04	1,59	1,18-2,14	0,002	1413	39	2,8	1,19	0,73-1,94	1,27	0,77-2,07	0,348
Idade *		12,6 ± 0,8		1,22	1,02-1,46	1,17	0,97-1,43	0,107		12,7 ± 0,9		1,36	1,01-1,82	1,34	0,98-1,84	0,066
Cidade																
São Paulo	1730	122	7,0	1,00		1,00			1736	44	2,5	1,00		1,00		
Distrito Federal	253	30	11,9	1,77	1,16-2,71	1,50	0,97-2,34	0,069	257	9	3,5	1,39	0,67-2,89	1,08	0,51-2,31	0,838
Ceará	197	6	3,0	0,41	0,18-0,95	0,36	0,16-0,85	0,019	197	2	1,0	0,39	0,09-1,64	0,31	0,07-1,31	0,111
Santa Catarina	469	48	10,2	1,50	1,06-2,13	1,44	1,00-2,06	0,048	470	13	2,8	1,09	0,58-2,04	0,99	0,52-1,88	0,982

a-Idade em anos, expressa através da média ± desvio padrão. *. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 13 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Maconha entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

	MACONHA															
	USO NO ANO								USO NO MÊS							
	Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada			Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada		
Total	N	%	OR _b	IC95%	OR _a *	IC95%	p	Total	N	%	OR _b	IC95%	OR _{aj} *	IC95%	p	
Estilo Parental																
Autoritativo	930	5	0,5	1,00		1,00		931	2	0,2	1,00		1,00			
Autoritário	287	3	1,0	1,95	0,46-8,23	1,78	0,42-7,58	0,433	289	1	0,3	1,61	0,14-17,85	1,49	0,13-16,69	0,74
Indulgente	499	6	1,2	2,25	0,68-7,41	2,16	0,65-7,17	0,209	501	0	0,0	-	-	-	-	
Negligente	937	29	3,1	5,91	2,28-15,33	4,98	1,90-13,03	0,001	943	14	1,5	7,00	1,59-30,88	5,53	1,24-24,70	0,02
Sexo																
Masculino	1245	22	1,8	1,00		1,00		1249	10	0,8	1,00		1,00			
Feminino	1408	21	1,5	0,84	0,46-1,54	1,02	0,55-1,90	0,939	1415	7	0,5	0,61	0,23-1,62	0,75	0,28-2,03	0,57
Idade *		13,2 ± 0,9		2,48	1,80-3,42	2,08	1,46-2,96	<0,001		13,2 ± 1,0		2,64	1,61-4,33	2,18	1,27-3,75	0,00
Cidade																
São Paulo	1728	17	1,0	1,00		1,00		1735	8	0,5	1,00		1,00			
Distrito Federal	257	13	5,1	5,36	2,57-11,18	3,21	1,48-6,98	0,003	259	6	2,3	5,12	1,76-14,88	2,85	0,92-8,84	0,06
Ceará	196	3	1,5	1,56	0,45-5,39	0,84	0,23-3,03	0,789	196	1	0,5	1,11	0,14-8,90	0,51	0,06-4,37	0,54
Santa Catarina	472	10	2,1	2,18	0,99-4,79	1,77	0,79-3,96	0,161	474	2	0,4	0,91	0,19-4,32	0,72	0,15-3,47	0,68

a. Idade em anos, expressa através da média ± desvio padrão. *. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 14 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (ORb) e odds ratio ajustado (ORaj*)) para Uso no Ano e no Mês de Cocaína entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

	COCAÍNA															
	USO NO ANO							USO NO MÊS								
	Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada		Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada			
Total	N	%	ORb	IC95%	OR* ^{a)}	IC95%	p	Total	N	%	ORb	IC95%	OR* ^{a)}	IC95%	p	
Estilo Parental																
Autoritativo	930	2	0,2	1,00		1,00		929	1	0,1	1,00		1,00			
Autoritário	288	2	0,7	3,24	0,45-23,14	3,09	0,42-22,41	0,265	288	0	0,0	-	-	-	-	
Indulgente	502	0	0,0	-	-	-	-		502	0	0,0	-	-	-	-	
Negligente	940	4	0,4	1,98	0,36-10,85	1,41	0,25-7,95	0,694	945	2	0,2	1,97	0,18-21,74	1,55	0,14-17,70	0,722
Sexo																
Masculino	1251	6	0,5	1,00		1,00		1251	2	0,2	1,00		1,00			
Feminino	1409	2	0,1	0,29	0,06-1,46	0,26	0,05-1,34	0,108	1413	1	0,1	0,44	0,04-4,88	0,38	0,03-4,40	0,436
Idade^a		12,9 ± 0,8		1,73	0,79-3,78	1,14	0,49-2,66	0,764		12,7 ± 0,6		1,30	0,32-5,24	0,72	0,15-3,53	0,685
Cidade																
São Paulo	1732	3	0,2	1,00		1,00		1736	1	0,1	1,00		1,00			
Distrito Federal	259	4	1,5	9,04	2,01-40,63	8,49	1,69-42,64	0,009	260	2	0,8	13,45	1,21-148,8	16,48	1,24-219,6	0,034
Ceará	197	1	0,5	2,94	0,30-28,40	2,47	0,23-25,71	0,450	197	0	0,0	-	-	-	-	
Santa Catarina	472	0	0,0	-	-	-	-		471	0	0,0	-	-	-	-	

a. Idade em anos, expressa através da média ± desvio padrão. *. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 15 Estimativas dos modelos de regressão logística (odds ratio bruto (OR_b) e odds ratio ajustado (OR_{aj}*) para Uso no Ano e no Mês de Crack entre adolescentes participantes do ensaio controlado randomizado do projeto #Tamojunto.

	CRACK															
	USO NO ANO							USO NO MÊS								
	Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada		Distribuição dos adolescentes			Análise Univariada		Análise Multivariada			
Total	N	%	OR _b	IC95%	OR _{aj}	IC95%	p	Total	N	%	OR _b	IC95%	OR _{aj}	IC95%	p	
Estilo Parental																
Autoritativo	931	1	0,1	1,00		1,00		930	1	0,1	1,00		1,00			
Autoritário	288	1	0,3	3,24	0,45-23,14	2,90	0,18-46,73	0,453	288	0	0,0	-	-	-	-	
Indulgente	500	0	0,0	-	-	-	-	-	502	0	0,0	-	-	-	-	
Negligente	940	3	0,3	1,98	0,36-10,85	2,95	0,30-28,93	0,351	946	2	0,2	1,97	0,18-21,74	1,91	0,16-22,13	0,604
Sexo																
Masculino	1248	1	0,1	1,00		1,00		1253	0	0,0						
Feminino	1411	4	0,3	3,54	0,39-31,76	3,67	0,40-33,53	0,249	1413	3	0,1	-	-	-	-	
Idade *																
		12,8 ± 1,3		1,57	0,57-4,33	1,62	0,53-4,92	0,391		13,0 ± 1,7		2,01	0,59-6,85	2,61	0,69-9,88	0,157
Cidade																
São Paulo	1730	3	0,2	1,00		1,00		1736	2	0,1	1,00		1,00			
Distrito Federal	260	1	0,4	2,22	2,30-21,45	1,47	0,14-15,63	0,747	260	0	0,0	-	-	-	-	
Ceará	197	0	0,0	-	-	-	-	-	197	0	0,0	-	-	-	-	
Santa Catarina	472	1	0,2	1,22	0,13-11,78	0,99	0,10-9,89	0,991	473	1	0,2	1,84	0,17-20,30	1,27	0,11-14,78	0,848

a. Idade em anos, expressa através da média ± desvio padrão. *. Ajustado por sexo, idade e cidade. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

7 DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a relação entre estilos parentais e consumo de drogas em adolescentes. Dentre os objetivos específicos buscou-se identificar a prevalência do uso de álcool, tabaco e outras drogas, verificar a associação entre os estilos parentais e o consumo de drogas no último ano e nos últimos trinta dias antecedentes a pesquisa, bem como foi investigado se os estilos parentais estão associados com o início do consumo de álcool e feita a comparação dos estilos parentais no que se refere à idade do primeiro consumo de bebidas alcoólicas. Ainda, a associação entre os estilos parentais e o consumo de álcool, tabaco e outras drogas foi analisada considerando o sexo, idade e a cidade dos participantes. Esta discussão será organizada de forma que ambos os resultados serão retomados de acordo com o objetivo geral e os objetivos específicos deste trabalho.

7.1 CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS E IDADE DE INÍCIO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Nos últimos anos uma série de estudos epidemiológicos realizados em diferentes países tem demonstrado que o início do consumo de álcool, tabaco e outras drogas ocorrem predominantemente durante a adolescência (Carlini, et al, 2010; SIDUC, 2006; ESPAD, 2011; SAMHSA, 2008). Embora legalmente seu consumo seja permitido somente após os 18 anos (Lei nº 9.294, de 15 de junho de 1996) as bebidas alcoólicas são as drogas psicotrópicas mais utilizadas entre os adolescentes brasileiros. Estes números podem ser reflexos da condescendência social ao consumo da substância, caracterizada como uma droga lícita, de acesso relativamente fácil, com baixo preço no mercado e que apresenta precariedades na fiscalização dos postos de venda (Niel & Julião, 2006).

Conforme Vieira, Ribeiro, Romano, & Laranjeira (2007), entre 1.075 adolescentes menores de 18 anos investigados, 55% afirmaram que já compraram bebidas alcoólicas e apenas 1,1% relataram que tentaram, mas não conseguiram por serem menores de idade. Pedir a um estranho maior de 18 anos que compre bebidas alcoólicas foi considerado fácil para 53,3% dos

adolescentes e 45,6% consideram fácil conseguir bebida alcoólica em casa sem a permissão dos pais. Ainda, ao serem indagados acerca da última vez que utilizaram álcool, dentre as principais formas de aquisição da bebida, 25,4% dos adolescentes afirmaram que compraram álcool sem apresentar documento de identidade, 23,6% conseguiram com amigos e 19% adquiriram álcool na própria casa com a permissão dos pais.

Aproximadamente metade dos educandos entre 11 e 15 anos de idade que responderam ao questionário do programa #tamojunto já experimentou bebidas alcoólicas (46,7%). Ainda que este cenário seja muito preocupante quando comparado com resultados de diferentes pesquisas, percebe-se uma diminuição favorável do uso nos resultados desta amostra. Em 2009, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) identificou que entre escolares do nono ano (oitava série) do ensino fundamental de escolas públicas das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, 70,3% afirmaram o consumo de álcool alguma vez na vida. Na mesma pesquisa, realizada no ano de 2012, o percentual é de 68,2% (Malta, Mascarenhas, Porto, Duarte, Sardinha, Barreto, & Neto, 2011; Brasil, 2013).

Os percentuais de uso nas diferentes categorias também são mais baixos quando comparados a diferentes estudos. Na pesquisa PENSE o consumo nos últimos trinta dias de álcool é de 26,8% em 2009 e na pesquisa de 2012 de 25,2% ao passo em que nesta amostra o percentual de uso é 13,8% (Malta, Mascarenhas, Porto, Duarte, Sardinha, Barreto, & Neto, 2011; Brasil, 2013). Já o consumo em padrão binge (cinco doses ou mais numa única ocasião) entre os participantes desta amostra caracteriza-se com um percentual de 15,7% de modo que entre adolescentes com 12 anos completos matriculados em duas escolas públicas e uma particular da zona urbana de uma cidade de Minas Gerais a prevalência atinge 24,8% (Paiva, Paiva, Lamounier, Ferreira, César, & Zarzar, 2015). Ainda, na pesquisa PENSE realizada no ano de 2009 os episódios de embriaguez atingem um percentual de 22,8% (IC95% 22.2-23.5) (Malta, Mascarenhas, Porto, Duarte, Sardinha, Barreto, & Neto, 2011).

Quanto ao tabaco, outra droga lícita com altos índices de consumo entre os jovens também se percebe um consumo menor comparado a outras pesquisas nacionais. O uso de cigarro na vida entre os adolescentes desta pesquisa é relatado por 6,4% e o uso no mês por 1,2%. Nos resultados da pesquisa PENSE (2012) 21%

dos adolescentes experimentaram cigarro alguma vez na vida e 5,5% nos trinta dias anteriores a pesquisa (Brasil, 2013).

Coadunando, Sanchez, Prado, Sanudo, Carlini, Nappo, & Martins (2015), analisaram os resultados de cinco levantamentos nacionais realizados pelo CEBRID nos anos 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010. O estudo indica uma diminuição expressiva no percentual de consumo de álcool e cigarro (ano) entre os adolescentes das dez maiores capitais brasileiras no decorrer das últimas duas décadas. Entre 1989 e 2010 o consumo de álcool reportado diminuiu de 62,3% para 42% enquanto que o tabaco diminuiu de 16,8% para 10,4%. (Sanchez, Prado, Sanudo, Carlini, Nappo, & Martins, 2015).

Os autores sugerem que o investimento em campanhas contra o uso de tabaco e em cursos à distância sobre prevenção ao uso de drogas voltados principalmente para representantes da sociedade civil (por exemplo, professores e líderes comunitários) são exemplos de estratégias que nos últimos anos tem impulsionado a diminuição do consumo de drogas lícitas entre os jovens no território nacional (Sanchez, Prado, Sanudo, Carlini, Nappo, & Martins, 2015).

Ainda que nesta pesquisa a média de idade dos adolescentes seja de 13 anos (13.2-13.7) e as escolas consideradas nas análises são públicas e privadas, percebe-se que os percentuais de uso ainda são mais altos quando comparados aos reportados pelos adolescentes que responderam ao questionário do programa #tamojunto. Para estes o percentual do uso de álcool ano é de 30% e de tabaco de 3%, demonstrando uma possível continuidade na diminuição dos percentuais de consumo no contexto brasileiro (Sanchez, Prado, Sanudo, Carlini, Nappo, & Martins, 2015).

Por outro lado, a média de idade para o início do consumo de bebidas alcólicas entre os participantes do programa #tamojunto tende a ser menor quando comparada à média nacional. Nos levantamentos nacionais realizados pelo CEBRID a média aumentou de 12.5 anos em 2004 para 13 anos em 2010. Entre os adolescentes desta pesquisa a média de idade do primeiro consumo de álcool é de 11,0 anos (desvio padrão = 1,8 anos) (Golduróz, et al., 2004; Carlini, et al., 2010).

Todavia, quando comparada com estudos populacionais percebe-se uma maior aproximação entre os percentuais, como por exemplo, entre adolescentes de uma cidade da zona urbana de

Minas Gerais que a média para o primeiro consumo é de 10.75 (Paiva, Paiva, Lamounier, Ferreira, César, & Zarzar, 2015). Estas diferenças podem ser compreendidas por conta da existência de uma variabilidade no cenário do consumo de substâncias psicoativas relacionadas a fatores socioeconômicos e culturais entre as diferentes regiões do país (Paiva & Rodrigues, 2008).

O consumo de inalantes é outro aspecto que chama atenção entre os participantes do programa #tamojunto. Nesta amostra, diferente de outros estudos, o uso de inalantes apresenta maior prevalência que o uso de tabaco, comumente associado como a droga mais utilizada pelos adolescentes após o álcool (Golduroz, 2004; Carlini, et al 2010). Entre os participantes deste estudo o percentual de uso é de 17,6% ao passo em que o último levantamento nacional realizado pelo CEBRID no ano de 2010 o percentual de consumo de inalantes na vida é de 8,7% (Carlini, et al., 2010)

Entre adolescentes do contexto europeu a média para o uso de inalantes é de 9%, e nos Estados Unidos de 4,6% entre adolescentes com idade entre 12 e 15 anos. Já entre educandos de países da América do Sul, com idade de 14 anos ou menos, a prevalência da experimentação de inalantes também são baixas em comparação aos educandos deste estudo: Argentina 3.75%, Bolívia 2.72%, Colômbia 2.34% Chile 4.17% e Perú 4.09% (ESPAD, 2011; SAMHSA, 2008; SIDUC, 2006).

O consumo de inalantes reportado no último ano nesta amostra também apresenta percentual maior que o levantamento realizado no contexto brasileiro em escolas públicas. Nesta pesquisa o percentual chega a 8% comparado aos 4,9% do levantamento nacional realizado em 2009 pelo CEBRID (Carlini, et al., 2010). Em comparação a diferentes países do contexto sul-americano, tanto o consumo do Brasil como dos adolescentes participantes do programa #tamojunto aparecem com percentuais elevados, a saber: Argentina 2.28%, Equador 2,21% e Chile 2,17%. O uso relatado nos trinta dias antes da pesquisa, no levantamento brasileiro de 2010 é de 2.2% sendo que nesta amostra o uso no mês aparece com menor prevalência (2%). Mesmo assim, quando comparados aos demais países do contexto sul-americano ainda as prevalências são maiores, sendo: Argentina 1,41% Perú 0,65% e Chile 0,89%.

Apesar do consumo de inalantes estar entre as substâncias psicoativas mais consumidas entre os jovens, as especificidades

do consumo ainda são pouco compreendidas (Sanchez, Ribeiro, Moura, Noto, & Martins, 2013). Uma das possíveis explicações se deve ao fato das substâncias pertencentes a este grupo, em sua maioria, não serem consideradas como drogas ilegais apesar de produzirem efeitos psicoativos. Ademais, não existem fiscalizações formais por parte de autoridades nem políticas restritivas de vendas, o que as mantém disponíveis e acessíveis aos jovens (Garland, Howard, Vaughn, & Perron, 2011; Williams & Storck, 2007).

Um estudo realizado na cidade de São Paulo (SP) com alunos do ensino fundamental e médio de escolas privadas identificou que dentre as substâncias utilizadas como inalantes há destaque para acetona/removedor de esmalte de unha (41,7%), cola (22,2%), gasolina (38,4%), lança perfume (34,4%), tintas (21,7%) e éter (1,9%). No entanto, entre os adolescentes do ensino fundamental as substâncias mais inaladas são acetona e gasolina. Os autores sugerem que o primeiro acesso a estas substâncias acontece em casa, considerando que os adolescentes mais jovens reportaram o uso de produtos encontrados no ambiente residencial. Ressalva para a generalização dos resultados, os autores também sugerem que o uso de inalantes aparenta ser uma droga intermediária, atuando entre o uso de álcool e tabaco e o consumo de drogas ilegais como a maconha (Sanchez, Ribeiro, Moura, Noto, & Martins, 2013).

Ao comparar o consumo de maconha, cocaína e crack reportados pelos adolescentes participantes do programa #tamojunto com dados do consumo a nível nacional percebe-se similaridades nos percentuais de uso. Nesta amostra, o uso na vida de maconha é relatado por 3% dos participantes, o uso no ano cai para 2% e o uso referido no mês para 1%. Em comparação a amostra estratificada do VI Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID, considerando apenas escolas públicas, temos que o uso na vida para a faixa etária de 10 a 12 anos é de 0,6% e para a faixa etária entre 13 a 15 anos verifica-se um aumento para 3,9%, enquanto que o uso no ano para adolescentes com 10 – 12 anos é de 0,4% e para a idade de 13 a 15 anos de 2,5%.

Quanto a experimentação de cocaína e crack entre os adolescentes participantes do programa preventivo #tamojunto os percentuais não chegam a 1% da amostra, sendo que a nível

nacional o consumo de cocaína chega a 1,9% e de crack a 0,4% (Carlini, et al., 2010; Golduroz, 2004).

7.2 ESTILOS PARENTAIS E CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES

Neste estudo os estilos parentais foram acessados através da identificação de como os filhos percebem a interação pais-filho, variando de um extremo de máxima exigência e controle, à outro, de total tolerância e liberdade. Entre os adolescentes que responderam ao questionário do programa #tamojunto 34,8% (IC95% 33,0%-36,7%) percebem seus pais como autoritativos (exigência e responsividade elevadas) e 35,6% (IC95% 9,6% - 12,0%) percebem os pais como negligentes (responsividade e exigência reduzidas). Os demais estilos parentais foram percebidos em menor frequência na amostra: 10,8% (IC95% 9,6% - 12,0%) estilo autoritário (exigência elevada e responsividade reduzida) e 18,8% (IC95% 17,4% - 20,4%) estilo indulgente (responsividade elevada e exigência reduzida).

Esses resultados corroboram com pesquisas realizadas no contexto brasileiro que evidenciam ambos os estilos - autoritativo e negligente - com maior prevalência nas amostras analisadas (Rinhel-Silva, Constantino, & Rondini, 2012; Reichert, 2006; Benchaya, Bish, Moreira, Ferigolo, & Barros, 2011; Costa, Teixeira, & Gomes, 2000). Ainda, corroboram com estudos que afirmam que o estilo negligente aparece com maior destaque (Weber, Prado, Viezzer, & Brandenburg, 2004; Dominguez, Natividade, & Hutz, 2011; Zuquette, 2013).

Os resultados desta pesquisa demonstram que para todas as substâncias analisadas (exceto cocaína e crack) o estilo de socialização utilizado pelos pais está associado ao consumo de drogas reportado pelos adolescentes. A direção da associação corrobora com a hipótese inicial deste estudo: o estilo autoritativo caracteriza-se como fator de proteção e o estilo negligente como fator de risco. Esses achados coincidem com resultados identificados no contexto brasileiro nos quais o estilo autoritativo atua como fator de proteção comparado aos demais estilos parentais ou caracteriza-se como o estilo mais protetivo comparado ao estilo negligente (Dominguez, Natividade & Hutz, 2011; Benchaya, Bish, Moreira, Ferigolo, & Barros, 2011; Zuquette, 2013).

De acordo com o modelo teórico dos estilos parentais proposto por Maccoby & Martin (1983) o estilo parental autoritativo é considerado o que melhor contribui para a transição da infância à adolescência (Baumrind, 1971). Neste processo os autores afirmam que pais autoritativos estabelecem normas e regras necessárias para este estágio do ciclo vital e oportunizam certa liberdade visando o desenvolvimento da identidade e autonomia (Baumrind, 1971). As mudanças graduais que ocorrem nas relações familiares durante o período da adolescência presumem demandas de maturidade e encorajam mais responsabilidades. No entanto, não ameaçam os laços afetivos entre pais e filhos (Rueter & Conger, 1998).

Conforme Steinberg & Silk (2002) o efeito protetivo do estilo autoritativo está diretamente relacionado a três aspectos: a homeostase entre o controle dirigido aos filhos e a possibilidade de independência e autonomia; a reciprocidade da comunicação que tende a promover o desenvolvimento cognitivo e habilidades psicossociais; e a qualidade do afeto e compreensão, os quais, de um modo geral, podem facilitar aos pais a socialização fazendo com que os filhos fiquem mais receptivos a eles. É este cenário de proteção que diminuem as chances do envolvimento dos adolescentes com o uso de drogas pois aumentam a autoconfiança, as competências psicossociais, habilidades para resistir a uma variedade de influências potencialmente negativas e a influência dos pares (Rueter & Conger, 1995).

Tal afirmação é reiterada na medida em que se consideram os resultados da associação entre o início do uso de álcool entre os adolescentes participantes do programa #tamojunto (uso de álcool na vida). Os resultados desta análise indicam que os adolescentes que percebem os pais como autoritários, indulgentes e negligentes apresentam mais chances de já terem iniciado o consumo de álcool comparados aqueles que percebem seus pais como autoritativos. Ressalva que não foram identificadas diferenças significativas na média de idade de início do consumo de bebidas alcoólicas em relação a percepção dos estilos parentais.

Além de reforçar a função protetiva do estilo autoritativo, este achado corrobora com a afirmação que o modelo teórico dos estilos parentais integra a perspectiva da equivalência cultural. Esta perspectiva reconhece as influências dos diferentes aspectos culturais, entretanto, alega que alguns padrões de socialização se

mantém regulares mesmo em contextos diversificados. Desse modo, propõem que as características e aspectos gerais do estilo autoritativo atuam como fator de proteção e são consistentes em todos os grupos culturais (Steinberg & Silk, 2002).

De acordo com esta perspectiva para que os adolescentes possam desenvolver traços relacionados ao automonitoramento, empatia e senso de sociabilidade eles compartilham das mesmas necessidades de socialização, consideradas básicas, como sentir-se amado, protegido e respeitado (Lamborn & Felbab, 2003). Além disso, propõem que os adolescentes necessitam de direcionamentos até que estejam cognitivamente e emocionalmente maduros o suficiente para lidar com as demandas da juventude de acordo com as características de sua sociedade. Assim, asseguram que o estilo autoritativo reflete em práticas importantes para todos os adolescentes, justamente por considerar tais necessidades universais (Lamborn & Felbab, 2003).

Esta premissa se fortalecer na medida em que se observa que na amostra pesquisada o sexo dos adolescentes, idade e cidade não alteraram a relação entre o consumo de drogas e o estilo autoritativo. Isso sugere que o efeito protetivo identificado nos adolescentes que percebem os pais como autoritativos não é alterado diante das especificidades sociodemográficas dos participantes. Coadunando, portanto, com resultados de pesquisas realizadas em diferentes contextos culturais, a saber: Hungria (Piko & Balázs, 2012), Thailandia (Miller, Byrnes, Cupp, Chamrathirong, Rhuchoenpornpanich, Fongkaew, Chookhare & Zimmerman, 2011), Estados Unidos (Shakya, Christakis & Fowler, 2012), Hong Kong (YunWang, Sai Yin Ho, PingWang, Sze Lo & Lam, 2014) e Albania (Kalyva & Melonashi, 2014).

No que se refere ao estilo parental de maior risco para os adolescentes participantes do programa preventivo #tamojunto, perceber os pais como autoritativos reduz 5,9 vezes as chances do consumo de maconha (ano) (IC95% 2,28 – 15,33), 2,5 de álcool (ano) (IC95% 2,02–3,08), 2,5 de binge (ano) (IC95% 1,91-3,35), 2,9 de inalantes (ano) (IC95% 1,99-4,29) e 4,3 vezes as chances do consumo de cigarro em comparação aos adolescentes que percebem os pais como negligentes (IC95% 2,24-8,42).

Quando analisados os resultados que consideram o consumo reportado nos trinta dias anteriores ao preenchimento dos questionários, os resultados também indicam a propensão do

estilo negligente como fator de risco para o consumo de drogas. Neste caso, perceber os pais como negligentes, comparado aos que percebem os pais como autoritativos, aumenta 6,7 vezes a chance de consumo de tabaco (IC95% 2,24-8,42), 3,5 de inalantes (IC95% 1,78-6,91), 7,0 de maconha (IC95% 1,59-30,88), 2,5 de álcool (IC95% 1,91-3,35) e 2,4 de consumo de bebidas alcoólicas padrão binge (IC95% 1,01-3,40).

Estes resultados confirmam outras pesquisas que indicam que o estilo parental tradicionalmente associado ao uso de drogas entre adolescentes é o estilo negligente (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991; Minaie, Hui, Leung, Toumbourou, & King, 2015; Stafstrom, 2014; Shakyaa, Christakis, & Fowler, 2012). Pais negligentes usualmente falham na supervisão e monitoramento dos comportamentos, não estabelecem limites e negligenciam as necessidades de seus filhos (Baumrind, Larzelere & Owens, 2010). Além disso, não demonstram engajamento com o processo de socialização e falham na promoção de afeto e cuidados (García & Gracia, 2009, Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbush, 1991).

Isto alude que nas relações que apresentam dificuldades de imposição de limites e com ausência ou presença diminuída de afeto e apoio, os adolescentes apresentam maior suscetibilidade ao uso de drogas quando comparados aos jovens que vivenciam ambientes mais transparentes, com entendimento das exigências impostas, presença de comunicação empática e afeto (Cohen & Rice, 1997).

Ademais, adolescentes criados em lares negligentes tendem a ser mais impulsivos e mais propensos ao envolvimento precoce em comportamentos de risco (Hoeve, Dubas, Eichelsheim, Laan, Smeenk, & Gerris, 2009). De acordo com Baumrind, Larzelere, & Owens (2010) pais negligentes não incentivam a auto-regulação, não fornecem orientações suficientes para seus filhos e como consequência os jovens não adquirem padrões de comportamentos considerados adequados.

Apesar dos resultados desta pesquisa indicarem o estilo negligente como de maior risco para o consumo das diferentes substâncias entre adolescentes, é possível afirmar com base nos resultados desta amostra que os estilos parentais autoritário e indulgente também se destacam como fator de risco para determinadas substâncias quando comparados ao estilos parental autoritativo.

Perceber os pais como autoritários aumenta o risco do consumo de álcool em 1,9 vezes (ano) (IC95% 1,44 – 2,61). Ainda, no que se refere ao uso de inalantes, as chances de consumo aumentam em 2,7 (ano) vezes (IC95% 1,65 – 4,48) e 3,0 vezes (mês) (IC95% 1,26 – 7,14). Vale ressaltar que para o consumo de inalantes as chances de consumo dos adolescentes que percebem os pais como autoritários são muito próximas do estilo negligente considerado o estilo parental de maior risco.

Estudos corroboram com tais achados afirmando que o estilo parental autoritário é fator de risco para o consumo de drogas (Martínez, Fuentes, García & Madrid, 2013; García & Gracia, 2009; Calafat, García, Juana, Becoña, & Fernández-Hermidad, 2014). Esta premissa considera que o estilo parental autoritário representa os pais que promovem maior ênfase na obediência e conformidade e esperam que as regras impostas sejam obedecidas sem esclarecimentos em um ambiente pouco afetivo (Baumrind, Larzelere, & Owens, 2010).

Ademais, pais autoritários demonstram níveis baixos de confiança e envolvimento com seus filhos, desencorajam o diálogo e demonstram rigor elevado no controle e monitoramento (Maccoby & Martin, 1983). O uso de hostilidade verbal e controle psicológico são considerados as variáveis mais prejudiciais do estilo parental autoritário, que desfavorecem o desenvolvimento de habilidades sociais e auto-estima considerados fatores de proteção para o consumo de drogas (Baumrind, Larzelere, & Owens, 2010).

Do mesmo modo, identificou-se que para o consumo de álcool - ano 1,5 (IC95% 1,21 – 2,01) e mês 1,4 (IC95% 1,01 – 2,04) -, álcool padrão binge – ano 1,67 (IC95% 1,17 – 2,39) - e inalantes – ano 1,6 (IC95% 1,03 – 2,68) - o estilo parental indulgente também se caracteriza como fator de risco junto ao estilo negligente, aumentando as chances de envolvimento dos jovens com o uso de substâncias comparado ao estilo autoritativo.

Estes resultados coincidem com os estudos que afirmam ser o estilo indulgente fator de risco para o consumo de drogas (Cerezo & Ato, 2013; Miller, Byrnes, Cupp, Chamrathirong, Rhucharoenpornpanich, Fongkaew, Chookhare, & Zimmerman, 2011; Visser, Winter, Vollebergh, Sijmen, & Reijneveld, 2012; Montgomery, Fisk, & Craig, 2008). Este estilo caracteriza-se por índices elevados de responsividade e reduzidos de exigência (Maccoby & Martin, 1983). Deste modo, para os estudos que

identificam o estilo indulgente como fator de risco a ausência da dimensão exigência no processo de socialização sugere a falta de controle comportamental, limites e supervisão, considerados aspectos que favorecem a proteção dos jovens evitando o envolvimento com o uso de drogas (Hoskins, 2014).

No entanto, destaca-se que para o consumo de maconha e tabaco os estilos parentais autoritário e indulgente não se diferenciaram do estilo autoritativo enquanto fator de risco nos resultados desta amostra. Tal evidência parece refletir as inconsistências desse campo investigativo em que algumas pesquisas demonstram que os estilos indulgente e autoritário atuam como fator de proteção associado aos índices mais baixos de consumo (Calafat, García, Juana, Becoña, & Fernández-Hermidad, 2014; Loke & Mak, 2013; Fuentes, Alarcón, García, & Gracia, 2015; Darling & Cumsille, 2003; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991; Montgomery, Fisk, & Craig, 2008; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, & Dornbusch, 1994; Paiva, Bastos, & Ronzani, 2011)

De modo a justificar os efeitos protetivos do estilo indulgente, em suma, os estudos afirmam que a dimensão responsividade - encontrada nos estilos autoritativo e indulgente - demonstra maior efeito protetivo ao uso de drogas quando comparada a dimensão exigência - encontrada no estilo autoritário e autoritativo (Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández-Hermida, & Secades-Villa, 2012). Além disso, diferenciam qualitativamente a dimensão exigência entre os estilos autoritário e autoritativo. Assim, ainda que o estilo autoritativo compartilhe aspectos da dimensão exigência com o estilo autoritário, este o faz com discernimento, empatia, diálogo e afeto (Martínez, Fuentes, García, & Madrid, 2013).

As evidências de que o estilo indulgente caracteriza-se como fator de proteção parte da premissa que a dimensão responsividade pode estar representando a melhor contribuição neste campo investigativo (Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández-Hermida, & Secades-Villa, 2012). Os estudos com resultados semelhantes destacam a importância da demonstração de amor, carinho, diálogo, implicação e apoio parental para prevenir o uso de drogas (Fuentes, Alarcón, García, & Gracia, 2015; García & Gracia, 2009).

Por outro lado, nos estudos em que o estilo parental autoritário aparece enquanto fator de proteção para o consumo de

drogas é justamente a dimensão exigência – encontrada nos estilos autoritativo e autoritário – que parece atuar de modo protetivo. Por exemplo, recente pesquisa realizada no contexto brasileiro com amostra de 17.246 adolescentes estudantes de ensino médio das 27 capitais brasileiras, identificou que para o consumo de tabaco o estilo parental autoritário não se diferenciou do estilo autoritativo, demonstrando atuarem de modo protetivo comparados aos estilos negligente e indulgente (Tondowski, Bedendo, Zuquetto, Locatelli, Opaleye & Noto, 2015).

Os autores descrevem que apesar das diferenças entre os estilos autoritário e autoritativo é possível afirmar que os índices elevados de exigência, em que os comportamentos de supervisão e controle parental fazem parte, parecem refletir o papel protetivo no consumo de tabaco entre os adolescentes (Tondowski, Bedendo, Zuquetto, Locatelli, Opaleye & Noto, 2015). Também no contexto brasileiro, Zuquetto (2013) descreve que entre as duas dimensões dos estilos parentais a mais importante para a prevenção no que concerne o consumo de álcool é a exigência.

Os resultados identificados na referida pesquisa demonstram que a menor prevalência do consumo de álcool padrão binge está associada aos adolescentes que reportaram perceber seus pais como autoritários e autoritativos. Desta maneira, reforça a importância do monitoramento e do controle dos pais sobre o comportamento dos filhos (Zuquetto, 2013). Tais afirmações corroboram com outras pesquisas que sugerem a importância da dimensão exigência no processo de socialização dos filhos, especialmente no que se refere ao envolvimento com o uso de substâncias psicoativas (Chão, 1994; Paiva, Bastos & Ronzani, 2011; Moore, G. F. G., Rothwell, H. & Segrott, J., 2010).

Desta maneira, é reconhecido que os estilos parentais desempenham um papel fundamental no uso ou não uso de drogas entre adolescentes na medida em que aumentam o risco do consumo ou ajudam na proteção (Valleman, et al 2005). No entanto, analisando todas as substâncias investigadas na presente pesquisa – álcool, tabaco e drogas ilícitas – é possível afirmar que não existe um posicionamento claro no que se refere à influência dos estilos indulgente e autoritário.

Tais evidências coadunam com outras pesquisas que demonstram haver questionamentos frente ao modelo teórico dos estilos parentais e os desfechos associados ao desenvolvimento

infantil (Darling e Steinberg, 1993; Martínez & García, 2008; Musitu & García, 2004). Pesquisas sugerem que as diferenças encontradas podem estar relacionadas às questões relativas às especificidades culturais (Darling & Steinberg, 1993).

Esta perspectiva compreende que dependendo do contexto cultural os valores e metas de socialização dos pais são diferentes e, assim, pais de diferentes culturas engajam-se na parentalidade de modo qualitativamente desigual. Este argumento inside sobre a afirmativa que um estilo parental utilizado em determinado contexto social não reflete as mesmas conotações e não produz as mesmas conseqüências, sejam positivas ou negativas, que em outros contextos culturais (Chao, 1994; Martínez, et al; Calafat., et al, 2014).

Desta maneira, uma possível explicação acerca das inconsistências identificadas nos resultados dos estilos autoritário e indulgente desta amostra pode estar relacionada ao contexto cultural em que se produz a socialização parental, dado a abrangência do território brasileiro e as diferenças de regionalização das cidades e estados em que os dados foram coletados. Por outro lado, os resultados desta pesquisa envolvendo o estilo autoritativo e negligente reforçam de maneira reiterada a importância do uso de ambas as dimensões - exigência e responsividade - na proteção ao uso das diferentes substâncias - lícitas e ilícitas - no contexto brasileiro.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES

O presente estudo possibilitou compreender a relação entre os estilos parentais percebidos e o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas entre os adolescentes participantes do programa preventivo #tamojunto. Pôde-se notar que a influência da família foi significativa, confirmando que os estilos parentais desempenham uma função importante no consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes.

Destaca-se que, de um modo geral, os adolescentes que percebem na interação com seus pais índices elevados de responsividade e exigência apresentam menores chances de se envolver com o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (exceto cocaína e crack). De modo contrário, entre aqueles que percebem na interação com seus pais índices baixos nas duas dimensões há maiores chances de consumo.

Salienta-se, portanto, que a atuação dos pais enquanto agentes socializadores incluindo comportamentos de controle, estabelecimento de padrões de conduta e disciplina atrelados ao reconhecimento dos filhos no que se refere a sua individualidade e manifestação de afeto, diálogo e complacência diminuem o envolvimento dos jovens com as drogas. Deste modo, conclui-se com base nos resultados desta pesquisa a importância do estilo parental autoritativo como fator de proteção para o consumo de drogas entre adolescentes e o estilo negligente como fator de risco.

Parece fundamental considerar que os resultados desta pesquisa podem contribuir no direcionamento de estratégias preventivas no contexto brasileiro. Desta maneira, reitera-se que as estratégias preventivas a serem realizadas em território nacional devem incentivar os pais a utilizarem um estilo parental autoritativo. As intervenções baseadas neste estilo devem habilitar os pais para que estes consigam estabelecer limites e disciplina, como também, encorajar a autonomia dos filhos e sua independência. Tais estratégias devem reforçar o fortalecimento das habilidades parentais com o objetivo de prevenir ou reduzir o consumo de drogas de crianças e adolescentes.

Na medida em que se observam os resultados acerca dos estilos parentais que se caracterizam por índices elevados em

apenas uma das dimensões os resultados permanecem inconclusivos. É possível afirmar que para o consumo de álcool e inalantes o estilo autoritário (índices elevados de exigência e baixo de responsividade) caracteriza-se como de risco junto ao estilo negligente e para o consumo de inalantes, álcool e álcool padrão binge o estilo indulgente (índices elevados de responsividade e baixos de exigência) também se caracteriza como de risco comparados ao estilo autoritativo. Já para o consumo de tabaco e maconha ambos os estilos autoritário e indulgente não se diferenciaram do estilo autoritativo, indicando ser apenas o estilo negligente fator de risco familiar para o consumo destas substâncias.

Tais evidências contribuem para as investigações acerca do modelo teórico dos estilos parentais e os questionamentos acerca de qual estilo parental se caracteriza como o melhor para o desenvolvimento infantil. Ademais, demonstram a necessidade de constantes avaliações da influência dos estilos parentais, seja pelas características culturais ou especificidades de cada substância psicoativa.

Ainda que os índices de consumo de álcool e tabaco desta amostra demonstraram certa diminuição quando comparados a outras pesquisas realizadas no cenário nacional, este ainda é um grave problema de saúde pública. Ademais, a média de idade de iniciação do consumo de álcool evidenciado nesta pesquisa e os índices elevados de consumo de inalantes, comparados a média nacional, são indicadores que merecem destaque entre os resultados evidenciados.

Embora o estudo da influência das variáveis familiares tenha sido desde muito tempo objeto de interesse dos pesquisadores, no Brasil, apenas nos últimos anos verifica-se um crescimento acerca da investigação na literatura da área sobre a relação entre os estilos parentais e a influência destes no consumo de drogas entre adolescentes. Deste modo, este estudo contribui tanto com a possibilidade de identificação do contexto brasileiro acerca de qual estilo parental auxilia no desenvolvimento de crianças e jovens, como também, trás contribuições acerca da confirmação do modelo teórico dos estilos parentais e especialmente do estilo autoritativo.

8.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A respeito dos aspectos metodológicos, os instrumentos utilizados nesta pesquisa mostraram-se adequados para atingir os objetivos. Todavia, os resultados devem ser considerados com base em algumas limitações. Uma das principais limitações refere-se à classificação dos estilos parentais considerando somente a percepção que os adolescentes têm acerca do processo de socialização. Estudos que buscam mensurar a percepção dos pais e dos filhos podem fornecer dados mais amplos no que se refere à avaliação de modelos parentais e o consumo de drogas (Benchaya, et al., 2011).

O acesso da percepção de um entre os quatro estilos parentais sem considerar as diferenças entre estilo parental paterno e estilo parental materno caracteriza-se também como uma limitação deste estudo. Pesquisas que avaliam a percepção dos estilos parentais separadamente tendem a evidenciar diferenças nos resultados (Paiva, Bastos & Ronzani, 2011). Ainda, este é um estudo transversal e relações de causalidade não devem ser inferidas.

Estudos têm demonstrado a confiabilidade nas informações fornecidas por usuários de substâncias psicoativas e a relevância do relato dos adolescentes sobre o uso de drogas, especialmente quando há menor ameaça à confiabilidade de seus dados (Wilson, Sherrit, Gates, & Knight, 2004). No entanto, o uso de questionários de autopreenchimento pode estar suscetíveis a vieses de desejabilidade social, acarretando em subestimação das prevalências de consumo. Ou ainda, de modo contrário, estar suscetíveis a superestimação do consumo de drogas. Na pretensão de evitar a superestimação, os adolescentes que responderam positivamente à pergunta sobre a droga fictícia foram excluídos do banco de dados.

8.3 DESDOBRAMENTOS PARA A PRÁTICA E ESTUDOS FUTUROS

Esta seção seguirá descrevendo elementos que possam viabilizar futuras pesquisas e contribuir para o campo da prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas:

1. Os estilos parentais demonstraram forte associação com o risco e a proteção ao uso de drogas entre os adolescentes desta pesquisa. Reitera-se a importância de considerar o domínio familiar como um componente para a elaboração ou adoção de programas preventivos ao uso de drogas no contexto brasileiro.

2. Nesta pesquisa, adolescentes que percebem os pais autoritativos apresentam menores chances de consumo em todas as substâncias que apresentaram significância estatística. Indica-se a adoção do estilo parental autoritativo para intervir junto aos pais que participam de intervenções preventivas voltadas a família, ou ainda, em programas preventivos comunitários e escolares que mantém estratégias direcionadas aos pais.

3. Os resultados desta pesquisa elucidam a tendência de variações de resultados diante da associação entre os estilos parentais autoritário e indulgente no que concerne o risco e proteção ao consumo das distintas substâncias. Sugere-se que novos estudos explorem tais diferenças dando ênfase nas especificidades das diferentes substâncias psicoativas – lícitas e ilícitas – e diferentes variáveis sociodemográficas, incluindo pesquisas com abordagens qualitativas para aprofundar na compreensão do fenômeno.

4. Os percentuais de consumo de inalantes desta amostra são mais altos que a média nacional; A média de idade de início do consumo de álcool entre os adolescentes desta pesquisa são mais baixas que a média nacional. Neste sentido, verifica-se a necessidade da realização de novos levantamentos nacionais entre escolares.

REFERÊNCIAS

- ABEP, A. B. d. E. d. P. (2010). *Critério de Classificação Econômica Brasil*.
- Alarcon, S. (2012). Drogas psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In. Alarcon, S., Jorge, M.A.S. (Org): *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. (Vol. 1, ed. 1, 103-130 p.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Alati, R., Maloney, E., Hutchinson, D. M., Najman, J. M., Mattick, R. P., Bor, W. y Williams, G. M. (2010). Do maternal parenting practices predict problematic patterns of adolescent alcohol consumption? *Addiction*, *105*, 872-880.
- Alencar, E. M. S. (1982). *A criança na família e na sociedade*. Petrópolis: Vozes.
- Alves, C. J., Magalhães, A., Melo, P., Souza, L., Tavares, M. A., Monteiro, P. R., Summavielle, T. (2014). Long-term effects of chronic cocaine exposure throughout adolescence on anxiety and stress responsivity in a Wistar rat model. *Neuroscience*, *4(277)* 343-355.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed). Washington, DC: Author.
- Ammerman, R. T., Ott, P. J., Tarter, R. E & Blackson, T. C (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Andrade, A. G., Duarte, P. C.A. V., & Oliveira, L. G. (Orgs). (2010). *I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileira*. Brasília: SENAD.

Araújo, M. R., & Moreira, F. G. (2006). História das Drogas. In Silveira, D. X. & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependência* (pp. 9-14). São Paulo: Atheneu.

Arranz, E., Bellido, A., Manzano, A., Martín, J.L., & Olabarrieta, F. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la infancia. In E. Arranz (Coord.) & (Eds.), *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Prentice-Hall. pp. 70–95.

Baldwin, A. L. (1948) Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*. 19, 127-136.

Banta-Green, C. J. (2012). Adolescent abuse of pharmaceutical opioids raises questions about prescribing and prevention. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 166, 865–866.

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An intervention Mapping Approach*. Third edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*. 37(4), 887-907.

Baumrind, D. (1968). Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*. 3, 255-272.

Baumrind, D. (1971). Current Patterns of Parental. *Authority Developmental Psychology Monograph*. 4, 1.

Baumrind, D. (1980). New Directions in socialization research. *American Psychologist*. Washington. 35, 639-652.

Baumrind, D., Larzelere, R. E. & Owens, E. B. (2010). Effects of preschool parents' Power: Assertive patterns and practices on adolescent development. *Parenting* 10, 157–201.

Becoña, E. I. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias* Madrid. Ed. Ministerio del interior. Plan Nacional Sobre Drogas.

- Becoña, E. Martínez, Ú., Calafat, A., Fernández-Hermida, JR., Sumnall, H., Mendes, F. & Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*. 25 (3), 292-298.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafar, A., Montse, J., Ranón, J., Fernandez-Hermina & Secades-Villa, R. (2012). Parental style and drug use: a Review. *Drugs: education, prevention and policy*. 19(1): 1–10
- Benchaya M. C., Bisch N.K., Moreira T.C., Ferigolo M., & Barros H.M. (2011). Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. *Jornal de Pediatria*. 87 (3), 238-244.
- Borge, J; Sundell, K; Ojehagen, A; & hakansson. (2015). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ Open*.
- Brasil. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil (2013). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE.
- Brasil. Presidência da Republica. Secretária Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. (2010). *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escola pública*. Brasil, Brasília: Conselho Nacional sobre Drogas.
- Browning, C. R., Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2005). Sexual initiation in early adolescence: The nexus of parental and community control. *American Sociological Review*, 70, 758–778.

- Brown, B.B., Larson, R. W. & Saraswathi, T. S. (2002). *The world` youth: Adolescence in eight regions of the globe*. Cambridge: Cambridge University.
- Bucher, R. (2007). A ética da prevenção. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(spe), 117-123.
- Bueno, S. M. (2014). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. Delegación Del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas. Retirado: <http://pnsd.msc.es/publica/pdf/preven.pdf/categoria2/>.
- Cainelli, M., SCHNEIDER, D. R., SANUDO, A., Pereira, A. P. D., HORR, J. F. & SANCHEZ, Z.M. (2015). Transcultural adaptation of questionnaire to evaluate drug use among students: the use of the EU-DAP European questionnaire in Brazil. *Substance Use & Misuse*. (no prelo)
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E. & Fernández-Hermida, J. K. (2014). Which parentig style is more protective against adolescent substance use? Evidencia within the European context. *Drug and alcohol dependence*. 138:185-192.
- Caria, M. P., Faggiano, F., Bellico, R. & Galanti, M. R. (2011). Effects of a school-based prevention program on european adolescents` patterns of alcohol use. *Journal of adolescent*. 48:182-188.
- Carlini, E.A., Noto, A.R., Sanchez, Z. V. M., Carlini, C.M., Locatelli, D.P. & Abeid, L.R. (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. São Paulo: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50)*. Acessado em: 19/09/2015 Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/>

- Cerezo, F., Méndez, I., & Ato, M. (2013). Moderation role of family and friends` factors between dissocial behavior and consumption in adolescents. *Int. Jour. Of Clinical and Health Psychology*. 13: 171-180.
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. M. & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e Adelescência In: Habigzang, L. F., Diniz, E., Koller, S. H., *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Chao, R. K. (1994). Beyond Parental Control and Authoritarian Parenting Style – Understanding. Chinese Parenting Through the Cultural Notion of Training. *Child Development*, 65, 1111-1119.
- Clark, T., Yang, C., McClernon, F., Joseph, F. et al. (2015). Racial Differences in Parenting Style Typologies and heavy episodic drinking trajectories. *Health Psychology*. 34(7):697-708.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 15-51.
- Clayton, R. R., Cattarello, A. M. & Johnstone, B. M. (1996). The Effectiveness of drug-abuse Resistance Education (Project DARE): 5-year follow-up results. *Prev Med*. 25(3):307-18.
- Cohen, D. A. & Rice, J. (1997). Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement. *Journal of Drug Education*, 27, 199-211.
- Cole R, Kitzman H, Olds D, Sidora K. Family context as a moderator of program effects in prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology* 1998;26:37–48.
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 13(3), 465-473.

- Dancey, C. & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Penso. 608 p. tradução técnica Lori Viali 5 educação.
- Dantol, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology: Linking individuals and communities*. Thomsom Wadsworth: Belmont, California.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*. 113(3), 487-496.
- Darling, N. & Cumsille, P. (2003). Theory, measurement, and methods in the study of family influences on adolescent smoking. *Addiction*, 98, 21-36.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1996). Physical discipline among African American and European American mothers: Links to children's externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 32(6), 1065-1072.
- De Vries, H. (2014). *ABC's of Health Communication and Health promotion: A brief reader*. Maastrich University, Department of Health Promotion.
- Dias, J. C., & Pinto, I. M. (2006). Substâncias Psicoativas: Classificações, Mecanismos de Ação e Efeitos sobre o Organismo. In Silveira, D. X., & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu. pp. 39-49.
- Dick, D. M et al (2007). Changing environmental influences on substance use across development. *Twin Hum. Gent.* 10 (2): 315-326.
- Domingues, A. E., Natividade, J. C. & Hutz, C.S (2011). Uso de Drogas e Estilos Parentais Percebidos na Adolescência. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 4 (1), 3-11
- Einsenstein, E. & Coelho, K. (2008). Crescimento e Desenvolvimento Puberal. In: *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. Brasília. Editora do Ministerio da Saúde.

Recuperado em: HTTP://

http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf.

Eriksson, I.; Cater, A, Andershed, A.; & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: a review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, V. 5, pp. 477-482.

EU – DAP. (2007b). *Teacher's Handbook*. Turin: EU-DAP Trial. Disponível em: <http://www.eudap.net/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*. Luxembourg: The Publications Office of The European Union. 89pp.

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D, et al. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 108(1–2):56–64.

Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M. R., & the EU-Dap Study Group. (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine.* 44(2), 170–173.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Prevention Medicine.* 46, 5, 385-96.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Pannella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., Kreeft., Vassara, M., Wiborg, G., & Galanti., M. R (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-DAP cluster

randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 108, 56-64.

Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mósckicki, E. K., Schinke, S., Valentine, C., & Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*. 6(3), 151-175.

Formigoni, M. L. O. S., & Quadros, I. M. H. (2006). A Psicobiologia das Dependências. In Silveira, D. X., & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp.31-37). São Paulo: Atheneu.

Fuentes, M., Alarcon, A., García, F., et al. (2015). Use of alcohol, tobacco, cannabis and other drugs in adolescence: Effects of family and neighborhood. *Anales de Psicologia*. 31 (3): 1000-1007.

Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M. & Carlini, E. A. (2004). *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*.

Garland, E. L., Howardm, M. O., Vaughn, M. G. & Perron, B. E. (2010). Volatile Substance Misuse in the United States. *Substance Use & Misuse* 46:8-20.

Universidade Federal de São Paulo; Escola Paulista de Medicina; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Secretaria Nacional Antidrogas. pp. 398.

García, F., García, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*. 44 (173), 101-131.

Gonzalez, A., Holbein, M. & Quilter, S. (2002). High school students' goal orientations and their relationship to perceived parenting styles. *Contemp. Educ. Psychol.* 27, 450-471.

Gorgulho, M., (1996) Adolescência e toxicomania. In: Silveira, X. F., Gorgulho, M. (Org.) *Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 149-169.

Ginsburg, G. S. & Bronstein, D. (1993). Family factors related to children's intrinsic/extrinsic motivational orientation and academic performance. *Child Dev.* 64, 1461–1474.

Gree, K. M., Musci, R. J., Johnson, R. M., Matson, P. A, Reboussin, B. A., & Lalongo, N. S. (2015). Outcomes associated with adolescent marijuana and alcohol use among urban Young adults: a prospective study. *Addic. Behav.* 23(53):155-160.

Hartman, J., Patock-Peckham, J. A., Corbin, W. R., Gates, J. R., Leeman, R. F., Luk, J. W. & King, K. M. (2015). Direct and indirect links between parenting style, self-concealment (secrets), impaired control over drinking and alcohol-related outcomes. *Addictive Behaviors.* 40:102-108.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.

Hawthorne, G., Garrad, J. & Dunt, D. (1995). Life Education's drug education programme have a public health benefit? *Addiction.* 90(2): 205-15.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. E Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report*. Substance use among students in 36 European countries [Relatório ESPAD 2011. Consumo de substâncias entre os alunos de 36 países europeus]. Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas, Estocolmo, Suécia.

Hilt, R.J. (2014). Cannabis and the adolescent brain. *Pediatr Ann.* 43:89–90.

Hoeve, M., Dubas, J.S., Eichelsheim, V.I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W.; & Gerris, J.R. (2009). The relationship between

parenting and delinquency. *J. Abnorm. Child Psychol.* 37, 749–775.

Hoffmann, J. P., Bahr, S. J. (2014). Parenting style, religiosity, peer alcohol use, and adolescent heavy drinking. *J Stud Alcohol Drugs.* 75(2):222-7.

Hoskins, D. H. (2014). Consequences of Parenting on Adolescents Outcomes. *Societies.* 4, 506-531.

Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., Piesse, A. & Kalton, G. (2008). Effects of the National Youth Anti-drug media campaign on youths. *Am J Public Health.* 98(12): 2229-2236.

Horr, J. F. (2015). *Avaliação da satisfação do processo de implementação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Hutz, C. S. & Bardagir, M. P. (2006). Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. *Psico-USF.* 11(1). 65-73.

International Center for Alcohol Policies – ICAP. (2010). *Herramientas ICAP: Guías para evaluar programas de prevención.* Washington, DC: Channel Research.

Jackson, L. M., Pratt, M. W., Hunsberger, B. & Pancer, S. M. (2005). Optimism as a mediator of the relation between perceived parental authoritativeness and adjustment among adolescents: Finding the sunny side of the street. *Social Development,* 14(2), 273-304.

Johnson P.B., Richter L. (2002). The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self- perceived health and frequency of hospitalization: Analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *J Adolesc Health.* 30(3):175-83

Kaplan, L. J. (1996). *Adolescencia, el adiós a la infancia.* Buenos Aires: Paidós, pp342.

- Lamborn, S. D. & Felbab, A. J. (2003). Applying ethnic equivalence and cultural values models to African American teens' perceptions of parents. *Journal of Adolescence*. 26, 605-622.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*. 62, 1049-1065.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- LEFEVRE, F. LEFEVRE, A. M. C. (2007). *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent.
- Lehmsann, E. L., (1975). *Nonparametrics: Statistical Methods Based on Ranks*. San Francisco. Holden-Day, Inc.,
- Lemeshow, S. & Hosmer, D. W. & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic Regression*. John Wiley & Sons, Inc Hoboken New York, 3 edição
- Lewin, K. Lippit, R., & White, R. (1939). Patters of agressive behaviour in experimentally created "social climates". *Journal of Social Psychology*. 10: 271-99.
- Locatelli, D., Sanchez, Z., Opaleye., Carlini, C., & Noto, A. (2012) Socioeconomic influences on alcohol use patterns among private school students in São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 34:193-200.
- Lovejoy MC, Weis R, O'Hare E, Rubin EC. (1999). Development and initial validation of the Parent Behavior Inventory. *Psychological Assessment*. 11(4):534-545.
- Luyckx, K., Tildeley, E. A., Soenens., B., Andrews, J. A., Hampson, S. E., Peterson, M. & Duriez, B. (2011). Parenting and

- trajectories of children's maladaptive behaviors: A 12-year prospective community study. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 40, 468–478.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of Parents in the socialization of children: an historical overview. *Development Psychology.* 28, 6, 1006-1017.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development.* New York, Wiley, 4, 1-101.
- Macdonald G, Veen C, Tones K. (1996). Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research.* 11(3):367-76.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In Seibel, S. D. & Toscano, A. *Dependência de Drogas.* São Paulo: Atheneu. pp. 25- 34.
- MacRae, E. (2013). A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. In SENAD. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.* Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. 5ed. Brasília.
- Magalhães, M. O., Alvarenga, P., & Teixeira, M. A. P. (2012). Relação entre estilos parentais, instabilidade de metas e indecisão vocacional em adolescentes. *Revista Brasileira de Orientação Profissional.* 13(1). 15-25.
- Malmberg, Kleinjan, Overbeek, Vermulst, Lammers, Monshouwer, Vollebergh, Rutger & Engels (2015). Substance use outcomes in the Healthy School and Drugs program: Results from a latent growth curve approach. *Addiction Behaviors.* 42-194-202.
- Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Porto, D. L., Duarte, E. A., Sardinha, L. M., Barreto, S. M., Neto, O. L. M. (2011). Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes:

análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev. Bras. Epidemiol.* 14(1) 136-46.

Marques, A. C. P. R., & Ribeiro, M. (2003). Usuário: abordagem geral. In Laranjeira, R. (org.). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento.* (pp. 1-28). (2ª ed.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira.

Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F., Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta em los adolescentes españoles. *Addiciones.* 25 (3), 235-242.

Martínez, I., García, J. F. (2008) Internalization of values and self-esteem among Brazilian teenagers from authoritative, indulgent, authoritarian, and neglectful homes. *Adolescence.* 43, 13-29.

Mayers, D. C., Durlak, J. A & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology.*

Medeiros, P. F. P., Cruz, J. I., Schneider, D. R., Sanudo, A., Sanchez, Z. M. (2016). Process evaluation implementation of the *Unplugged Program* for drug use prevention in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 11:2

Miller, B., Byrnes, H. F., Cupp, P. K., Chamratrithirong, A., Rhichaenpompanich, O., Fongkaew, W., Rosati, M. J., Chookhare, W. Z., Rick, S. M. (2011). Thai Parenting Practices, Family Rituals and Risky Adolescent Behaviors: Alcohol Use, Cigarette Use and Delinquency. *Int J Child Adolesc health.* 4(4): 367–378

Miller, J.W., Naimi, T.S., Brewer, R.D., & Jones, S.E. (2007) Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics.* 119 p 76-85.

Musitu, G. & García, J. F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española [Consequences of the Family socialization in the Spanish culture]. *Psicothema*, 16, 288-293.

Minaie, M. G., Hui, K. K., Leung, R. K., Toumbourou, J. K., King, R.M. (2015). Parenting style and Behavior as Longitudinal predictors of adolescent alcohol use. *J Stud Alcohol Drugs*. 76(5): 671-9.

Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S. & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *J. Child Fam. Stud.* 73, 39–47.

Montgomery, C., Fisk, J. E. & Craig, L. (2008). The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: The importance of parental warmth and control. *Drug and Alcohol Review*, 27, 640-649.

Moore, G. F. G., Rothwell, H. & Segrott, J. (2010). An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and Young people's consumption of alcohol. *Subst Abuse Treatment, Prevention and Policy*. BioMed Central. 5(6):1.

Moreno, M. C. & Cubero, R. (1995). Relações sociais nos anos escolares: família, escola, colegas. Em C. Coll (org.). *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva*. Porto Alegre, 1, Artes Médicas.

Mrazek, P. B. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). *Planning Alcohol Interventions Using NIAAA's*. Acesso em: 12/01/2015. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>

National Institute On Drug Abuse (Nida) (2003). *Preventing drug use among children and adolescent: a research-based guide*. 2. ed. Bethesda, Maryland (USA): NIH Publications.

Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2014). *World drug report*. Recuperado de https://www.unodc.org/.../wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf Acesso em: 27/07/2014.

Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., Davies, S. (2008) Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 16(1):142-50.

Nicastri, S. (2011). Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: DUARTE, P. C. V.; ANDRADE, A.G. *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. pp16-38.

Niel, M., & Julião, A. M. (2006). Alcoolismo: conceitos gerais, avaliação diagnóstica e complicações clínicas. In Silveira, D. X., & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependência* (pp136-141). São Paulo: Atheneu.

Noto, A. (2004). Os índices de consumo de psicotrópicos entre adolescentes no Brasil. Em: M.A. Pinsky, Bessa, (Orgs.). *Adolescência e drogas* (pp 45-53). São Paulo: Contexto.

Oliveira, S. A. (2012). *Prevenção em Saúde Mental no Brasil: a perspectiva da literatura e de especialista da área*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Özdemir, M., & Koutakis, N. (2016). Does Promoting Parents' Negative Attitudes to Underage Drinking Reduce Adolescents' Drinking? The Mediating Process and Moderators of the Effects of the Orebro Prevention Program. *Addiction*. 111(2):263-71

- Ozner, E. J., Flores, E. Tschann, J. M., Pasch, L. A. (2011). Parenting style, depressive symptoms, and substance use in Mexican American adolescents. *Youth & Society*. 2-24
- Paiva, F. S. (2009). *Adolescência e consumo de álcool: Estilos parentais de socialização: risco ou proteção?* Dissertação. Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora.
- Paiva, F. S., Bastos, R. R., & Ronzani, T. M. (2011). Parenting styles and alcohol consumption among Brazilian adolescents. *Journal of Health Psychology*. 17(7):1011-1021.
- Paiva, S. F. & Rodrigues, C. M. (2008). Habilidades de Vida: Uma estratégia Preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 8 (3) 672-684.
- Paiva, P. C., Paiva, H. N., Lamounier, J. A., Ferreira, E. F., César, C. A. S. & Zarzar, P. M. (2015). Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (11): 3427-3435.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Desenvolvimento humano*. 10. Ed. São Paulo: McGraw-Hill
- Parada, J.J. (2013) Aspectos psicossociais relacionados ao uso de drogas na adolescência. *Percurso Acadêmico*, 3(5), 10-21
- Patock-Peckham, J. A. et al. (2011). Gender-specific meditational links between parenting styles, parenting monitoring, impulsiveness, drinking control, and alcohol-related problems. *Journal Stud. Alcohol Drugs*. 72:247-258.
- Patock-Peckham, J. A., Morgan-Lopez, A.A. (2009). Meditational links among parenting styles, perceptions of parental confidence, self-esteem, and depression on alcohol-related problems in emerging adulthood. *Journal Stud. Alcohol Drugs*. 70:215-226.

- Pautassi, R. M., Camarini, R., Quadros, I.M., Miczek, K. A., & Israel, Y. (2010). Genetic and Environmental Influences on Ethanol Consumption: Persepectives from Preclinical Research. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 34(6), 976-987.
- Pedroso, R. T., Abreu, S. & Kinoshita, R. T. (2015) Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção no uso de álcool e outras drogas. *Textura Canoas*. 33 p.9-24
- Pengpid, S., Peltzer, K. (2012). Alcohol use and associated factors amog adolescenct students in thailad. *West Indian Med. J.* 61 (9): 890-896.
- Piko, B. F., Baláz., M, Á. (2012). Authotitative pareting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*. 37:353-356.
- Pitkanen, T., Lyyra, A., & Pulkkinen L. (2005). Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8 – 42 for females and males. *Addiction* 100:652 – 661
- Poms, L. W., Fleming, L. C., & Jacobsen, K.H. (2012).Parenting practices and tobacco use in middle school students in low- and middle- income countries. *J Sch Health*; 82:353-63.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as Relações entre Drogadição, Adolescência e Família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315-322.
- Querido, J. G., Warner, T. D., & Eyberg, S. M. (2002). Parenting styles and child behavior in African American families of preschool children. *J. Clin. Child Psychol.* 31, 272–277.
- Quiles-Marcos, Y., Balaquer-Solá, I., Pamies-Aubalat, L., Quiles-Sebastián, M. J., Marzo-Campos, J. C., & Rodríguez-Marín, J. (2011). Eating habits, physical activity, consumption of substance and eating disorders in adolescents. *Span J Psychol.* Nov;14(2):712-23.

Resnick, M. D.; Catalano, R. F.; Sawyer, S. M.; Viner, R.; Patton, G. C., (2012). *Seizing the opportunities of adolescent health*. *Lancet*, 379: 9826, 1564-7.

Rogers, E. (1983). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Administration. (2008). *Inhalant use across the adolescent years* (Office of Applied Studies, NSDUH Report, March 13). Rockville, MD: SAMHSA. National Survey on Drug Use and Health Annual cross-sectional survey of U.S. residents.

Rinhel-Silva, C. M., Constantino, E. P., Rondini, C. A. (2012). Família, Adolescência e Estilos Parentais. *Estudos de Psicologia*, 29(2). 221-230.

Rueter, M., & Conger, R. (1998). Reciprocal influences between parenting and adolescent problem-solving behavior. *Developmental Psychology*, 34, 1470–1482.

Rueter, M., & Conger, R. (1995). Interaction style, problem-solving behavior, and family problem-solving effectiveness. *Child Development*, 66, 98–115.

Sampiere, R. H., Collado, C. F.; Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGrawHill.

Sánchez, I. M., (2005). *Estudio transcultural de los estilos de socialización parental*. Ediciones de la Universidad de Castilla – La Mancha, Cuenca.

Sanchez, Z. V. M., (2013). Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. In: *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. 5ed. Brasília, 145-169.

Sanchez, Z. V. M., Santos, M. G.R., Pereira, A. D., Nappo, S.A., Carlini, E. A., Carlini, C. M., & Martins, S.S. (2013). Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate

analysis among adolescents in Brazil. *The Journal of pediatrics*. Vol. 163, n 2.

Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., Moura, Y. G., Noto, A. R. & Martins, S. S. (2013). Inhalants as Intermediate Drugs Between Legal and Illegal Drugs Among Middle and high School Students. *Journal of Addictive Diseases*, 32:2, 217-226.

Sandoval, L. A. N., Corrêa, A. O., & Abreu, S. (2015). Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. IN: *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção*. (ORGs) Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., Polejack, L. Novo Hamburgo : Sinopsys.

Santos IS & Victora CG (2004). Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad. Saúde Pública*. 20(suppl.2):337-341.

Schaefer, E.S. (1959). A circumflex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 59, 226-235.

Schuckit, M. (1991) *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. 4^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Seibel, S. D., & Toscano, A. (2001). Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In *Dependência de Drogas* (pp.1-6). São Paulo: Atheneu.

Shakya, H. et al. (2012). Parental influence on substance use in adolescent social networks. *Arch Pediatr. Adolesc. Med*. 166 (12), 1132-1139.

SIDUC. (2006). J'óvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria. Lima, Peru: Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito, Tetis Graf E.I.R.L.

Silveira, D. X., & Moreira, F. G. (2006). Reflexões Preliminares sobre a Questão das Substancias Psicoativas. In Silveira, D. X., & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependência*. São Paulo: Atheneu. (pp. 3-7).

Silveira, D. X., Doering-Silveira, E. (2013). Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. In: SENAD. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. 5ed. Brasília.

Simões, M. P. (2006). Adolescência e Uso de Drogas. In Silveira, D. X. & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu. pp. 281-288.

Simões, C., Matos, M.G., & Foguet, J.B. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 147-164.)

Simons, L. G. & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *J. Fam. Issues*, 28, 212–241.

Simons, R. L., Lin, K., Gordon, L.C., Brody, G., Murry, V. & Conger, R. D. (2002). Community contextual differences in the effect of parental behavior on child conduct problems: A multilevel analysis with African American samples. *J. Marriage Fam.* 64, 331–345.

Sanchez, Z. M., Prado, M. C. O., Sanudo, A., Carlini, E. A., Nappo, S. A. & Martins, S. S. (2015). Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010. *Ver Saúde Pública*. 49:70.

Sorkhabi, N. (2005). Applicability of Baumrind's parent typology to collective cultures: Analysis of cultural explanations of parent socialization effects. *Int J Behav Develop.* 29, 552-563.

Stafstrom, M. (2014). Influence of parental alcohol-related attitudes, behavior and parenting style on alcohol use in late and

very late adolescence. *European Addiction Research*. 20(5): 233-240.

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N.S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*. 65, 754-770.

Steinberg, L., Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*. 52:83–110.

Steinberg, L., Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. In: Bornstein MH, editor. *Handbook of parenting: Vol. 1: Children and parenting*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 103–133.

Stuart, J. (1974). Teaching facts about drugs: Pushing or Preventin? *Journal of Education Psychology*. 66:189-201.

Tavares B.F., Béria J.U., Silva M.S. (2001). Drug use prevalence and school performance among adolescents. *Rev Saude Publica*. 35(2):150-8.

Toscano, A. (2001), Um Breve Histórico Sobre o Uso de Drogas. In Seibel, S. D., & Toscano, A. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu. (pp. 7- 23).

Tondowski, Bedendo, Zuquetto, Locatelli, Opaleye & Noto, 2015

UNICEF. (1990). *Guide for Monitoring and Evaluation*. New York; Unicef.

United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report (2015) *United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6*. Acesso em: 16/09/2015
http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

Vieira, D.L, Ribeiro M, Romano & Laranjeira, R. (2007). Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev Saúde Pública*. 41(3), 396–403.

Vieno A., Gini G., Santinello M. (2011). Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *J Sch Health*. 81(7):393-9.

Villalobos, J. A., Cruz, A. V., & Sánchez, P. R. (2004). Parental styles and psychosocial development in High-School students. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, 119-129.

Visser, L., Winter, A. F., Vollebergh, W. A., et al. (2012). The impact of parenting styles on adolescent alcohol use: the trails study. *European Addiction Research*, 19(4): 165-172.

Velleman, R.D.B., Templeton, L.J., & Copello, A.G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of Family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24, 93–109.

Wang, Y., Ho, S. Y., Wang, M. P., et al (2015). Hong Kong Chinese Adolescents' Self-Reported Smoking and perceptions of Parenting Style. *International Journal of Behavioral medicine*. 22(2): 268-275.

Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P. & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: reflexão e crítica*. 17(3), 323-331.

Wechsler H, & Nelson TF. (2001). Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychol Addict Behav*. 15(4):287–291.

Wen, Z., Shenassa, E. D. (2011). Interaction between parenting and neighborhood quality on the risk of adolescent regular smoking. *Nicotine & Tobacco Research*. 14(3): 313-322.

Williams JF, Storck M. (2007). American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse; American Academy of

Pediatrics Committee on Native American Child Health. Inhalant abuse. *Pediatrics* 119:1009-17.

Wilson, C. R., Sherrit, G., Gates, E., Knight, J. R. (2004). Are clinical impressions of adolescent substance use accurate? *Pediatrics*. 114-536-40.

World Health Organization (WHO) (2000). *Needs Assessment Workbook 6*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (2002). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: Author.

World Health Organization (WHO) (2002). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. World Health Organization. Geneva.

World Health Organization (WHO). (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: Author.

World Health Evaluation (WHO) (2004). *Skills for health: An important entry-point for healthpromoting/child-friendly schools*. Geneva: Author

World Health Organization (WHO) (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Acesso em: 13/06/2014
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf.

World Health Organization (WHO) (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: Author. United

World Health Organization (WHO) (2014). *Global status report on alcohol and health*. Acesso em: 16/09/2015
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO) (2015). *Global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. Acesso em: 22/09/2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf

Zuquette, C, R, G. (2013). *A contribuição de comportamentos parentais para o consumo de álcool por adolescentes*. São Paulo. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. pp.92.

ANEXOS

Anexo I: Parecer substanciado do cep

EPM UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - ESCOLA PAULISTA
DE MEDICINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do processo de implantação de programas de prevenção ao uso de drogas para crianças e adolescentes em ambiente escolar

Pesquisador: Zila van der Meer Sanchez

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 19944213.5.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.051.929

Data da Relatoria: 06/05/2015

Apresentação do Projeto:

EMENDA

para inclusão de pesquisadores

Objetivo da Pesquisa:

EMENDA

para inclusão de pesquisadores

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos associados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

inclusão dos seguintes pesquisadores:

Daniela Ribeiro Schneider - CPF: 637155899-49

Karina de Souza Martins - CPF: 069778499-16

Karina Martins participará como aluna de mestrado no projeto, desenvolvendo o tema "ESTILOS PARENTAIS E CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO PROGRAMA

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

EPM UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - ESCOLA PAULISTA
DE MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.051.929

PREVENTIVO", utilizando-se dos dados coletados neste estudo e, conseqüentemente, procedendo a uma análise secundária dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

inclusão dos seguintes pesquisadores:

Daniela Ribeiro Schneider - CPF: 637155899-49

Karina de Souza Martins - CPF: 069778499-16

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendencias - EMENDA APROVADA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

parecer acatado - emenda aprovada

SAO PAULO, 06 de Maio de 2015

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cep.unifesp@unifesp.br

QUESTIONÁRIO

Sobre conhecimento, atitudes e comportamentos relacionados à álcool, tabaco e outras drogas



1. Sexo: 1  Masculino 2  Feminino

2. Quantos anos você tem? anos

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

PODE MARCAR MAIS DE UMA

- 1 Pai
- 2 Padrasto
- 3 Mãe
- 4 Madrasta
- 5 Irmão(s)
- 7 Avós
- 8 Outros

4. Até que grau o chefe (pai, mãe ou responsável) de sua família estudou?

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

5. Na sua casa tem?

a) Micro-ondas?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

b) Máquina de lavar-louça

- 1 Não
- 2 Sim. Quantas?

c) Aparelho de DVD?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

d) Microcomputador (não vale tablet e celulares)?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

e) Banheiro?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

f) Motocicleta?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantas?

g) Empregado(a) que trabalha todos os dias para sua família?

Ex.: doméstica, babá, motorista, jardineiro, etc.

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

h) Máquina de lavar-roupa (não vale tanquinho)?

- 1 Não
2 Sim. Quantas?

i) Geladeira (não vale quebrada)?

- 1 Não
2 Sim. Quantas?

j) Freezer (da geladeira ou independente) (não vale quebrado)?

- 1 Não
2 Sim. Quantos?

k) Carro (automóvel)?

- 1 Não
2 Sim. Quantos?

l) Secadora de roupas

- 1 Não
2 Sim. Quantas?

6.a. Você já experimentou alguma bebida alcoólica?

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

- 1 Não
2 Sim

6.b. Que idade você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

- 1 Nunca tomei
2 Eu tinha anos





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

- 1 Não
2 Sim

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

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

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

	OU		OU		OU	
1 chopp ou 1 lata de cerveja ou long neck		1 taça de vinho		1 copo pequeno de vodka / pinga ou 1 copo de caipirinha		1 garrafa de "ice"

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

Pergunta:

7.a. Você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma única ocasião?

- 1 Não
2 Sim

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

- 1 Não
2 Sim

7.c. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma única ocasião?

- 1 Nenhuma vez
2 1 vez
3 2 vezes
4 3 a 5 vezes
5 Mais de 5 vezes

8.a. Você já fumou cigarro?

- 1 Não
2 Sim

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

- 1 Não
2 Sim

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

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

8.d. Se você fuma, quantos cigarros você fuma por dia?

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

9.a. Você já cheirou algum produto para sentir algum “barato/brisa”?

Exemplos: loló, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, esmalte, acetona, tiner, aguarrás, tinta, desodorante aerosol. (NÃO VALE COCAÍNA)

- 1 Não
2 Sim

9.b. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você cheirou algum produto para sentir algum “barato/brisa”?

- 1 Não
2 Sim

9.c. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você cheirou algum produto para sentir algum "barato/brisa"?

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

10.a. Você já experimentou maconha?

- 1 Não
- 2 Sim

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

- 1 Não
- 2 Sim

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

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

11.a. Você já experimentou cocaína?

- 1 Não
- 2 Sim

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

- 1 Não
- 2 Sim

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

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

12.a. Você já experimentou crack ou merla?

- 1 Não
- 2 Sim

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

- 1 Não
- 2 Sim

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

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

13. Você já experimentou holoten ou carpinol?

- 1 Não
- 2 Sim

14.a. Você já teve relação sexual?

- 1 Não
- 2 Sim

14.b. De um mês pra cá, ou seja nos últimos 30 dias, quantas vezes você teve relações sexuais?

- 1 Nunca teve relações sexuais
- 2 Nenhuma vez
- 3 vezes

14.c. Quando você tem relações sexuais, você usa camisinha/preservativo?

- 1 Nunca teve relações sexuais
- 2 Sempre uso
- 3 Às vezes uso
- 4 Nunca uso

14.d. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você teve relações sexuais sem camisinha/preservativo?

- 1 Nunca teve relações sexuais
- 2 Não
- 3 Sim

14.e. Você já ficou grávida (para meninas) ou já engravidou alguém (para meninos) com menos de 18 anos?

- 1 Não
- 2 Sim

15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão dos seus pais ou responsáveis?

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

16. Nos últimos 30 dias, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos contigo?

- 1 Nenhuma vez
- 2 Algumas vezes
- 3 Sempre

17. Nos últimos 30 dias, com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçaram tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- 1 Nenhuma vez
- 2 Algumas vezes
- 3 Sempre

18. Nos últimos 30 dias, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?
- 1 Sim
2 Não
19. Nos últimos 30 dias, quantos dias você não foi à aula porque não se sentia seguro na escola?
- 1 Nenhum dia (0 dia)
2 1 ou 2 dias
3 3 a 5 dias
4 Mais de 5 dias
20. Nos últimos 30 dias, você foi agredido(a) fisicamente em sua escola?
- 1 Sim
2 Não
21. Nos últimos 30 dias, você agrediu fisicamente algum colega, funcionário ou professor de sua escola?
- 1 Sim
2 Não
22. Nos últimos 30 dias, você foi agredido(a) verbalmente em sua escola?
- 1 Sim
2 Não
23. Nos últimos 30 dias, você agrediu verbalmente algum colega, funcionário ou professor de sua escola?
- 1 Sim
2 Não
24. Nos últimos 30 dias, você foi agredido(a) sexualmente em sua escola?
- 1 Sim
2 Não
25. Nos últimos 30 dias, você agrediu sexualmente algum colega, funcionário ou professor de sua escola?
- 1 Sim
2 Não
26. Como foram suas notas na escola no último ano?
- 1 Baixas
2 Médias
3 Altas
27. Como você se sente em relação à escola atualmente?
- 1 Gosto muito
2 Gosto um pouco
3 Não gosto

28. Quanto você concorda com as seguintes descrições em relação a sua escola?

	Discordo	Concordo
a) Os alunos da minha sala gostam de estar juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A maioria dos alunos da minha sala são gentis e gostam de ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Outros alunos me aceitam como eu sou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu me importo com o meu desempenho na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eu respeito muito o que meus professores dizem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Qual a chance de você se envolver nas situações descritas abaixo NO PRÓXIMO ANO?

Marque uma opção por linha

	Improvável	Provável
a) Fumar cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Beber bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ficar bêbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumar maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Usar outras drogas não permitidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Quanto você concorda das afirmações abaixo sobre o uso de drogas? Marque uma resposta por linha e a que mais se aproxima da sua opinião

	Discordo	Concordo
a) Usar drogas pode ser uma atividade que dá prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uma pessoa jovem não deveria jamais usar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Usar drogas é divertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Há muitas coisas mais arriscadas do que usar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Todos que usam drogas um dia se arrependem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) As leis sobre drogas deveriam ser mais fortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Uso de drogas é um dos maiores problemas de um país	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Drogas ajudam as pessoas a experimentar a vida com mais intensidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) As escolas deveriam ensinar os perigos de se usar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) A polícia não deveria perturbar pessoas que estão experimentando drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Experimentar drogas é abandonar o controle da sua vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Você teve algum dos problemas abaixo nos últimos 12 meses?

Marque uma opção por linha

	Não	Sim, por causa de bebida alcoólica	Sim, por causa de uso de drogas	Sim, por outras razões diferentes de álcool e droga
a) Discussão ou desentendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Briga ou confusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Acidente ou ferimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Perda de dinheiro ou de bens de valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Danos a objetos ou roupas que você possuía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemas na relação com seus pais ou responsáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemas na relação com seus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Faltar na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ir mal na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ser vítima de roubo ou furto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ser hospitalizado ou atendido de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Estas são afirmações sobre como tomar decisões. Marque a que é correta para você

	Discordo	Concordo
a) Quando eu decido fazer alguma coisa, eu sempre vou até o fim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Frequentemente tomo minhas decisões sem pensar nas consequências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Às vezes, tomo decisões com a primeira coisa que passa pela minha cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu penso em todas as opções antes de decidir por alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Às vezes, tomo decisões e depois me arrependo delas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sempre tomo decisões sem pensar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Às vezes, mudo de ideia várias vezes no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Quando decido algo, não me importa o que meus amigos pensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Quando decido algo, não me importa o que meus pais ou responsáveis pensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. A respeito de seus pais ou responsáveis, responda os itens abaixo:

Até que ponto seus pais TENTAM saber...	Não tentam	Tentam pouco	Tentam bastante
1. Onde você vai quando sai com seus amigos?			
2. O que você faz com seu tempo livre?			
3. Onde você está quando não está na escola?			
Até que ponto seus pais REALMENTE sabem...	Não sabem	Sabem pouco	Sabem bastante
4. Onde você vai quando sai com seus amigos?			
5. O que você faz com seu tempo livre?			
6. Onde você está quando não está na escola?			
A respeito de seus pais (ou responsáveis), considere os seguintes itens:	Quase nunca	Às vezes	Geralmente
7. Posso contar com a ajuda deles caso eu tenha algum tipo de problema.			
8. Eles me incentivam a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça.			
9. Eles me incentivam a pensar de forma independente (valorizam minhas opiniões).			
10. Eles me ajudam nos trabalhos da escola se tem alguma coisa que eu não entendo.			
11. Quando querem que eu faça alguma coisa, explicam-me o porquê.			
12. Quando tiro uma boa nota na escola, eles me elogiam.			
13. Quando tiro uma nota baixa na escola, eles me encorajam a me esforçar mais.			
14. Eles realmente sabem quem são meus amigos.			
15. Eles passam tempo conversando comigo.			
16. Eu e meus pais (ou responsáveis) nos reunimos para fazer juntos alguma coisa agradável.			

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

	Pai ou padrasto	Mãe ou madrasta	Irmão ou irmã	Melhor amigo/amiga	Nenhum destes
a) Fuma cigarro?					
b) Toma bebidas alcoólicas mesmo de vez em quando?					
c) Fica bêbado (embriagado)?					

35. O que você achou deste questionário?

- 1 Muito fácil de responder
 2 Fácil de responder
 3 Nem fácil nem difícil de responder
 4 Difícil de responder
 5 Muito difícil de responder