

**TATIANA DE CASTRO AMATO**

**RESILIÊNCIA E USO DE DROGAS:**

**Como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre em Ciência.

São Paulo

2010

**TATIANA DE CASTRO AMATO**

**RESILIÊNCIA E USO DE DROGAS:**

**Como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos  
padrões no uso de drogas por adolescentes**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção do título de Mestre em Ciência.

*Orientador:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Regina Noto

*Co-orientador:*

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

São Paulo

2010

Amato, Tatiana de Castro

**Resiliência e uso de drogas: Como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes.** / Tatiana de Castro Amato – São Paulo, 2010.

xiii, 75 p

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia

Título em inglês: Resilience and drug use: how resilience and its factors are related to different drug use patterns in adolescents.

1. Resiliência psicológica; 2. Aspectos psicológicos; 3. Uso indevido de drogas; 4. Comportamento de risco; 5. Adolescente

*Este projeto foi realizado no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, junto ao “I Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede particular de ensino do município de São Paulo”, no Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP) por meio de auxílio pesquisa e bolsa de mestrado. Contou também com o apoio financeiro da Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP).*

**TATIANA DE CASTRO AMATO**

**RESILIÊNCIA E USO DE DROGAS:**

**Como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões  
no uso de drogas por adolescentes**

BANCA EXAMINADORA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Koller

Prof. Dr. Marcelo Sodelli

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zila van der Meer Sanchez

Aprovada em: 30/03/2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA**

CHEFE DO DEPARTAMENTO:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni

COORDENADOR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Prof. Dr. Marco Túlio de Mello

*“A ciência não progride quando os modelos são confirmados pela investigação, mas quando certas anomalias forçam os cientistas a questioná-los”.*

*Rubem Alves*

## AGRADECIMENTOS

Espero que esse agradecimento sirva como forma de compartilhar, com todas as pessoas que se envolveram com esse projeto de mestrado, os méritos que me foram concedidos. No entanto, não posso deixar de mencionar e agradecer os principais responsáveis por cada etapa cumprida nesses dois anos.

A começar pelo Professor Telmo Ronzani, que me acompanha desde a graduação. Obrigada por confiar no meu trabalho e por abrir portas. Sua contribuição tem sido importante desde o início da minha formação científica, tanto na carreira profissional como na vida.

Obrigada Professora Ana Regina Noto, por ter me acolhido e me concedido a oportunidade de fazer o mestrado no tema de meu interesse. Suas contribuições ultrapassaram a carreira acadêmica. Através de seu exemplo como educadora, você me ensinou que, às vezes, o maior obstáculo pode ser superar nossos próprios limites. Obrigada também por confiar e ser companheira durante todas as etapas do mestrado.

Este trabalho é fruto do esforço da equipe do CEBRID, junto a qual eu tive o privilégio de fazer parte. Vocês merecem todo meu carinho e respeito, por serem mais do que companheiros de trabalho. Obrigada por darem sentido a esse momento.

Aos meus Pais, que mesmo sem terem claro o que era o mestrado me apoiaram e acreditaram no caminho que escolhi seguir na profissão. Obrigada pelas demonstrações de amor incondicionais.

Obrigada Thiago por acreditar em mim até mesmo quando eu duvidava. Cada dia dessa aventura de morar em São Paulo fez mais sentido e foi mais feliz por você estar presente.

Aos funcionários do departamento, obrigada por todos os dias se empenharem para dar condições que eu fizesse meu trabalho e por me receberem sempre com um sorriso no rosto.

Muito obrigada Eroy pela disponibilidade e convite à reflexão. Sua ajuda foi fundamental para que meus conhecimentos tomassem forma de idéias.

Obrigada aos colegas da pós-graduação, que me levaram a refletir por pontos de vista diferentes do meu.

Aos pesquisadores Zila Sanchez, José Carlos Galduróz e Vania D'Almeida, que participaram do meu exame de suficiência. Obrigada por tornarem esse momento, por mim considerado difícil, uma oportunidade de melhorar.

Obrigada amigos mineiros, paulistas e cearenses, que souberam me ouvir e compartilhar de momentos que transformaram minha vida.

# SUMÁRIO

Agradecimentos .....	vii
Lista de tabelas .....	x
Lista de abreviaturas e símbolos .....	xi
Resumo .....	xii
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Adolescência .....	2
1.2 Uso de drogas na adolescência .....	4
1.3 Resiliência .....	9
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 Geral .....	15
2.2 Específicos .....	15
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>16</b>
3.1 Amostragem .....	17
3.2 Instrumentos .....	17
3.2.1 Uso de substâncias .....	17
3.2.2 Classe econômica .....	18
3.2.3 Resiliência .....	18
3.3 Procedimentos para coleta de dados .....	19
3.3.1 Ética .....	19
3.3.2 Estudo Piloto .....	20
3.3.3 Contato com as escolas .....	20
3.3.4 Aplicação dos questionários .....	21
3.4 Crítica e análise estatística dos dados .....	22
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>7 ANEXOS .....</b>	<b>43</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
<b>ABSTRACT</b>	

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Descrição da amostra quanto às variáveis sócio-demográficas e escores da Escala de Resiliência com intervalo de confiança de 95% .	25
<b>Tabela 2.</b>	Descrição das respostas para cada questão da Escala de Resiliência de acordo com os três fatores gerados na validação brasileira dessa escala . . . . .	27
<b>Tabela 3.</b>	Prevalência de uso no mês de cada droga entre os adolescentes, com intervalo de confiança de 95% . . . . .	28
<b>Tabela 4.</b>	Prevalência de uso <i>binge</i> de álcool entre os adolescentes, com intervalo de confiança de 95% (N= 2610) . . . . .	28
<b>Tabela 5.</b>	Caracterização dos padrões de uso de drogas dos adolescentes gerados na análise de cluster e a diferença entre eles quanto ao gênero, a classe econômica, o escore de resiliência e o escore do fator " <i>resolução de ações e valores</i> " (N=2556) . . . . .	30
<b>Tabela 6.</b>	<i>Odds ratio</i> e intervalo de confiança de 95% para o fator de resiliência " <i>resolução de ações e valores</i> ", gênero e classe econômica de acordo com os padrões do uso de drogas dos adolescentes (N= 2143) <sup>a</sup> . . . . .	31
<b>Tabela 7.</b>	<i>Odds ratio</i> e intervalo de confiança de 95% para as questões do fator de resiliência " <i>resolução de ações e valores</i> ", gênero e classe econômica de acordo com os padrões do uso de drogas dos adolescentes (N= 2146) <sup>a</sup> . . . . .	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

<b>ABEP</b>	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas.
<b>CEBRID</b>	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
<b>EP</b>	Erro Padrão
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança.
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde.
<b>WHO</b>	World Health Organization.
$\alpha$	Alpha de Cronbach.
<b>OR</b>	Odds Ratio.
<b>GLM</b>	General Linear Model.

## RESUMO

Este estudo teve por objetivo explorar como a resiliência e alguns de seus aspectos se relacionam aos diferentes padrões de uso de drogas por adolescentes. Foi composta uma amostra representativa de estudantes de escolas particulares de São Paulo (Brasil), selecionada por estratos e conglomerados. Os dados foram coletados através de questionário de auto-preenchimento aplicado em sala de aula. Para mensurar o uso no mês de álcool, *binge* de álcool, tabaco e outras drogas (maconha, inalantes, ansiolíticos, estimulantes, cocaína, *ecstasy* e *crack*) foi utilizado um questionário proposto pela OMS. Para avaliar resiliência, foi aplicada a Escala de Resiliência. O principal fator da escala, encontrado na validação brasileira, foi nomeado “*resolução de ações e valores*”. As classes econômicas foram mensuradas pela escala da ABEP. Os dados foram analisados por estatística descritiva, bivariada (GLM), análise de cluster e regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%. Os 2691 estudantes que participaram da amostra apresentaram média de 16 anos (IC=15,9-16,1) e 95,5% eram de classes mais favorecidas (A e B). A droga mais consumida foi o álcool (50,2%), seguida do tabaco (14,1%) e outras drogas (11,6%). O consumo *binge de álcool* foi relatado por 31,8%. A análise de cluster definiu quatro grupos quanto ao uso de drogas no mês: não usou drogas, álcool, álcool/*binge*/tabaco, álcool/*binge*/tabaco/outras drogas. A resiliência não se relacionou aos padrões de uso de drogas avaliados nessa população. Apesar disso, o fator de “*resolução de ações e valores*”, que avaliou auto-estima, determinação, disciplina, bom humor, prontidão para ajuda e adaptabilidade, contribuiu para uma menor chance de uso de álcool, *binge*, uso de tabaco e de outras drogas. Para esse padrão de uso, os principais aspectos protetores foram a disciplina e a determinação. A disciplina também diminuiu as chances do uso de álcool, associado a episódios de *binge* e uso de tabaco. Esses resultados ressaltam a relevância de aspectos relacionados a ações e valores, especialmente disciplina e determinação, para prevenção ao uso de drogas na adolescência, cuja prática tem sido um grande desafio.

# *1 INTRODUÇÃO*

---

## **1.1 Adolescência**

Em algumas culturas existe um ritual de passagem que marca o período de transição da infância para a idade adulta<sup>1</sup>. Entretanto, na cultura ocidental, de modo geral, não existe um marco definido para o início ou fim da adolescência. Alguns autores costumam adotar como referência de início a puberdade e a independência financeira perante os pais como o fim, outros adotam a idade. Apesar de não existir consenso sobre isso, parece que há concordância de que nesse período ocorrem inúmeras transformações físicas e psicossociais importantes para toda a vida.

O corpo muda drasticamente nessa fase do desenvolvimento e as variações hormonais vêm acompanhadas de alterações de humor<sup>1</sup>. Tanto os homens como as mulheres atingem maturidade sexual, caracterizada pelo desenvolvimento dos órgãos genitais e aparecimentos de características sexuais secundárias, como o nascimento de pêlos nos homens e mama nas mulheres. Essas mudanças no corpo vêm acompanhadas de uma série de outras experiências como o início da vida sexual. Apesar de estarem com corpos suficientemente desenvolvidos para iniciarem a vida sexual, parece não ser esse o fator que determina o início. Alguns aspectos psicossociais influenciam que essa experiência aconteça mais cedo ou mais tarde na adolescência. Um estudo que acompanhou por um período de dois anos quase três mil estudantes de distritos urbanos de *New Jersey* (EUA) mostrou que, nesse tempo, 19% dos homens e 9% das mulheres iniciaram suas vidas sexuais<sup>2</sup>. O início precoce desse comportamento ocorreu em associação com o uso de álcool e outras drogas, bem como ao fato dos adolescentes terem normas liberais ou terem amigos mais liberais sobre vida sexual, ou seja, aqueles que acreditavam não ser necessário esperar ficar mais velho para ter relações ou não ter parceiro fixo. O aspecto que diminuiu de forma consistente as chances de início das atividades sexuais no início da adolescência foi ter amigos que tinham como regra não ter relações naquele momento.

Outro aspecto da maturidade física está relacionado ao cérebro, especialmente o córtex pré-frontal. Alguns mecanismos cerebrais, como o sistema de recompensa cerebral (via dopaminérgica mesolímbica), ao qual está associado o processo de tomada de decisões, ainda estão imaturos para processar a complexidade de algumas escolhas importantes nessa idade<sup>3</sup>. Apesar de não ter nada conclusivo, os dados disponíveis na literatura levam a crer que os adultos são mais competentes em tomar decisões do que os adolescentes<sup>4</sup>. Um estudo recente, que comparou o comportamento de adultos e adolescentes saudáveis, em situações que envolvem reforço positivo, mostrou que os adolescentes possuem algumas limitações em relação à adequação de suas respostas<sup>3</sup>. Tal limitação está ligada a antecipação do estímulo, caracterizada pela ativação do sistema de recompensa cerebral, e dificuldade em controlar a resposta inibitória até chegar a uma decisão ponderada. Segundo Chambers e colaboradores, a super estimulação desse sistema cerebral, concomitante à imaturidade do sistema de controle inibitório, pode predispor o adolescente a ações impulsivas e comportamentos que envolvem riscos à saúde<sup>5</sup>. Esse sistema motivacional do cérebro é o mesmo ativado pelo uso de substâncias psicoativas. Como no adolescente esse mecanismo ainda está em desenvolvimento, a estimulação do mesmo pelo uso de drogas pode acelerar mudanças neurais que são próprias da dependência, conferindo ao adolescente vulnerabilidade ao desenvolvimento desse transtorno mental. No entanto não é apenas a vulnerabilidade conferida pela imaturidade de sistemas cerebrais que leva os adolescentes ao uso de substâncias psicoativas.

Do ponto de vista psicossocial a adolescência é compreendida como um período do desenvolvimento importante para a consolidação de valores, experiências de novos comportamentos, busca por identidade, novas referências além da família, adesão a desafios, construção de uma nova identidade e imagem corporal<sup>1</sup>. A convivência com amigos fora da supervisão dos pais torna-se uma oportunidade de colocar à prova ou aderir a outros novos valores e

comportamentos. A família deixa de ser a única referência e os pares passam a exercer uma influência importante. Esse contexto de maior autonomia, liberdade para novas experiências, busca por novidades, curiosidade e adesão ao grupo de amigos está associado ao uso de algumas substâncias<sup>6</sup>. No entanto, não é difícil que a primeira experiência com bebida alcoólica aconteça na companhia da família<sup>7</sup>. A inserção cultural da bebida em eventos familiares facilita que o primeiro contato com essa droga seja na casa dos pais ou de parentes. Apesar de ser provável que algumas drogas sejam experimentadas até os 16 anos esse comportamento confere risco à saúde do adolescente<sup>6,8,9</sup>.

As experiências e aspectos do desenvolvimento que permeiam a adolescência são interdependentes. As múltiplas possibilidades do curso de desenvolvimento psicossocial estão relacionadas à interação entre características do próprio indivíduo com a família, amigos, comunidade, outras esferas sociais e do ambiente<sup>10</sup>. Dessa forma, para compreender quais aspectos estão associados aos desfechos da adolescência, é fundamental analisá-los a partir do contexto em que foram estudados. Sobre o uso de drogas, alguns estudos já mostraram que existem aspectos do contexto e do próprio indivíduo que os deixam mais ou menos vulneráveis a certos padrões de uso e tipos de drogas<sup>11</sup>.

## **1.2 Uso de drogas na adolescência**

As drogas de abuso podem ser classificadas de acordo com o efeito que a droga gera no sistema nervoso central<sup>9</sup>. Existem as drogas depressoras (ex.: álcool, inalantes, ansiolíticos), estimulantes (ex.: tabaco, cocaína, anfetaminas) e perturbadoras/ alucinógenas (maconha, *ecstasy*) do sistema nervoso. Elas possuem em comum a ativação do sistema de recompensa cerebral, que produz sensação de prazer. No entanto se diferenciam muito quanto à prevalência de uso, aos efeitos específicos, contexto de uso e fatores que levam ao uso ou não de alguma delas.

Segundo dados do CEBRID, as drogas mais consumidas entre adolescentes são álcool e tabaco<sup>7,8</sup>. Apesar de terem seu uso proibido por lei para menores de 18 anos, ambas são precocemente usadas e livremente vendidas aos adolescentes brasileiros. Um levantamento realizado no ano de 2004, em 27 capitais brasileiras, com estudantes entre 12 e 18 anos, indicou que no mês anterior à pesquisa, 44,3% havia consumido algum tipo de bebida alcoólica e 9,9% havia fumado tabaco<sup>8</sup>. O uso dessas drogas é bastante tolerado pela sociedade e o contexto de uso favorece a socialização dos adolescentes com seus pares<sup>9</sup>. O álcool provoca sensação de desinibição e favorece a conversação e interação com os amigos. Especialmente se consumido em maior quantidade numa mesma ocasião (*binge*) aumenta a sensibilidade à fase estimulante e a tolerância à fase depressora. Apesar desse padrão de uso não trazer os mesmos prejuízos orgânicos do que o uso crônico, a impulsividade e a perda de reflexos podem trazer prejuízos sociais como o envolvimento em comportamento sexual de risco e acidentes de trânsito<sup>12</sup>. Em contrapartida, a intoxicação pelo uso agudo pode gerar desânimo, apatia, irritabilidade, diminuição da capacidade motora, náuseas, vômitos, entre outros<sup>9</sup>. Já o tabaco é a droga cujos usuários experimentais na adolescência mais desenvolvem dependência<sup>9</sup>. A instalação de dependência da nicotina é rápida. Os efeitos aprazíveis dessa droga são o aumento do estado de alerta e atenção e o desempenho psicomotor, inclusive em momentos de ansiedade e estresse. No entanto, sua toxicidade é alta e aumenta a probabilidade de ocorrência de diversas doenças respiratórias e câncer. Devido às altas prevalências e a quantidade de efeitos prejudiciais à saúde, o álcool e o tabaco são as drogas que merecem maior foco nas campanhas preventivas<sup>8</sup>.

As outras drogas psicoativas são menos consumidas pelos adolescentes. Segundo dados do levantamento citado anteriormente, realizado entre estudantes das 27 capitais brasileiras, 9,8% relataram consumo de inalantes no mês anterior à pesquisa, 3,2% maconha, 2,5% ansiolíticos, 1,9% usaram

anfetaminas e 1,3% cocaína<sup>8</sup>. O uso de inalantes merece destaque por ser a terceira droga mais consumida entre estudantes, com prevalência similar ao tabaco. Essa droga é de fácil acesso por ser componente de alguns materiais de uso doméstico (ex.: cola de sapateiro, esmalte, acetona, gasolina) e parece ser de uso mais freqüente em países em desenvolvimento, como o Brasil. Seu efeito é caracterizado por uma fase inicial de euforia, seguida de depressão<sup>9</sup>. Os ansiolíticos e anfetaminas são drogas comumente mais usadas por mulheres em todas as faixas etárias<sup>13</sup>. Ambos são medicamentos de uso controlado, usados indevidamente sem prescrição médica. As anfetaminas são utilizadas geralmente como recurso para dietas, pois diminuem o apetite e os ansiolíticos ajudam no controle da ansiedade<sup>9</sup>. A maconha e a cocaína são drogas consideradas ilegais. Entre as drogas ilícitas a maconha é a mais consumida no país, especialmente entre os homens na faixa etária de 18 a 24 anos, cujo uso na vida é de 21,8%<sup>13</sup>. A cocaína também tem consumo considerável por homens dessa faixa etária, apesar da prevalência ser menor (14,5%).

A partir dos dados epidemiológicos é possível notar uma variação de consumo conforme o tipo da droga, contexto no qual ela é usada e características do indivíduo. Nesse sentido, algumas pesquisas procuram entender com maior profundidade quais são os aspectos específicos associados ao uso dessas substâncias nesse período do desenvolvimento<sup>14,15,16,17</sup>. Um dos fatores identificados como responsável pela progressão no uso de outras drogas é a idade precoce de início de alguma delas, especialmente álcool e tabaco<sup>16,17</sup>. Na busca por evidências associadas ao contexto, Elgar e colaboradores compararam o padrão de uso de álcool de adolescentes de 34 países com alta e baixa desigualdade de renda<sup>14</sup>. De acordo com esse estudo, os jovens com 11 e 13 anos de países com alta desigualdade de renda tinham mais chances de beber, de duas a seis vezes na semana, do que aqueles de países com baixa desigualdade de renda. Um estudo longitudinal buscou entender como a busca por sensações, a imagem social sobre os usuários de maconha e a influência por

pares se relacionava ao uso dessa droga<sup>15</sup>. Foi possível observar que os jovens com alta busca por sensações (*sensation seeking*) no início da adolescência assimilavam usuários de maconha como pessoas legais, interessantes e adoradas por outras pessoas. Ao longo do tempo esses jovens tendiam a se tornarem amigos e ao final da adolescência essa relação aumentou significativamente a chance de uso dessa substância.

Apesar de ser comum na literatura estudos que avaliam apenas um tipo de comportamento, outros estudos tentam identificar alguns padrões de comportamentos que se associam ao uso de substâncias psicoativas para então mensurar qual o impacto para a saúde do adolescente. Uma pesquisa com adolescentes entre 16 e 17 anos constatou que o envolvimento em comportamento sexual de risco e em brigas é mais provável de ocorrer sob efeito do álcool<sup>12</sup>. Além disso, os efeitos podem ser colhidos em longo prazo. Adolescentes dos EUA acompanhados até a idade adulta que associaram o uso de tabaco ou álcool a outros comportamentos de risco no início da adolescência (sexo sem preservativo e falta de exercícios) tiveram mais chances de colherem resultados negativos na idade adulta (não conseguir diploma, ser preso e não conseguir emprego)<sup>18</sup>.

Segundo Cleveland e colaboradores as influências sobre o uso de substâncias vêm de diferentes esferas (família, amigos, escola e comunidade) e variam do início para o final da adolescência<sup>19</sup>. A família e a comunidade são aspectos que pesam mais no início, para o uso de álcool, *binge* de álcool, tabaco e maconha. A influência de pares e da escola é mais importante, em adolescentes mais velhos, para o consumo de álcool, *binge* de álcool e maconha. A família apareceu tanto como influência ao uso como ao não-uso de tabaco e *binge* de álcool. Esse resultado, aparentemente controverso, pôde ser mais aprofundado em um estudo qualitativo com nativos da zona rural do Havaí<sup>20</sup>. A influência da família foi explicada pelos tipos de relações e posturas estabelecidas entre os adolescentes e as pessoas da família quanto ao uso de drogas. Por exemplo,

quando o adolescente tinha um irmão ou primo que usava drogas, mas o impedia de usar, diminuía as chances de uso desse adolescente. No entanto, o fato de conviver com alguém que usava aumentavam as oportunidades de uso e as chances do jovem experimentar. Nesse caso, se a família indicava risco ou proteção ao uso dependia da forma como o adolescente administrava a interação entre as demandas do ambiente e seus recursos internos.

Durante os últimos vinte anos, a comunidade internacional tem se mobilizado no sentido de identificar características dos indivíduos e da comunidade que favoreçam a saúde e qualidade de vida da população<sup>21</sup>. Segundo Yunes, na Psicologia essa mudança de foco vem sendo amadurecida através da Psicologia Positiva. Segundo ela, essa perspectiva otimista de ver o ser humano voltou o foco das pesquisas para potencialidades e qualidades humanas, ao invés de modelos patológicos.

Esse contexto refletiu em pesquisas sobre o uso de drogas na adolescência, de modo que recentemente algumas pesquisas têm buscado compreender o que leva esses jovens a não usarem drogas<sup>23,24</sup>. Um estudo que acompanhou estudantes norte americanos durante quatro anos (de 11 a 14 anos) demonstrou que adolescentes com bom autocontrole nessa fase têm menores chances de fazer uso indevido de álcool, tabaco e maconha<sup>23</sup>. Mesmo entre os jovens que haviam passado por eventos de vida estressantes, cuja chance de uso dessas drogas era maior, o autocontrole gerou esse efeito moderador sobre uso de álcool, tabaco e maconha. Outro estudo com quase quatro mil adolescentes eslovacos mostrou que adolescentes mulheres com melhor percepção de futuro e estilo estruturado tinham menos chances de usarem tabaco e maconha<sup>24</sup>. A coesão familiar também foi importante entre as mulheres como protetor ao uso de tabaco. Entre os homens, a coesão familiar diminuiu as chances de uso dessas drogas significativamente. Ao fazerem essas associações, os autores discutem que provavelmente tais características individuais estão associadas como fatores que contribuem ao processo de resiliência.

### **1.3 Resiliência**

O termo resiliência pode ser aplicado tanto para se referir aos objetos quanto às pessoas<sup>22</sup>. O conceito que se aplica aos objetos foi inicialmente estudado pela física, tendo sido descrito como a capacidade de um material ser deformado e retornar à forma original, remete à flexibilidade do objeto. Os estudos precursores às pesquisas dessa temática nas ciências humanas e da saúde tiveram como tema a resistência ao estresse e comportamentos adaptativos a ele. Posteriormente seguiu-se com estudos específicos sobre resiliência com indivíduos esquizofrênicos, pessoas expostas ao extremo estresse e pobreza, bem como com pessoas que sofreram traumas precoces em suas vidas e conseguiram superá-los<sup>26</sup>.

Apesar do conceito de resiliência ainda se encontrar em construção, artigos que se propõem a discutir esse tema destacam a importância de saber diferenciá-lo de outros conceitos que aparecem com frequência nos estudos a ele relacionados<sup>10,26,27</sup>. É primordial saber a diferença entre fatores de proteção, fatores de risco e vulnerabilidade. O fator de proteção é aquele que modifica o efeito do risco de modo a diminuir ou anular um resultado negativo<sup>10,26,27</sup>. O fator de risco é aquele associado ao aumento da probabilidade da pessoa ser afetada ou de um resultado negativo ocorrer<sup>10,26,27</sup>. Para Fergus e Zimmerman, a vulnerabilidade é a situação na qual existe um aumento da probabilidade de ocorrer um resultado negativo, como consequência da exposição a um fator de risco<sup>26</sup>. Esse conceito está relacionado à suscetibilidade de ser afetado por algum evento negativo devido a um conjunto de fatores relacionados ao indivíduo ou suas condições sociais<sup>27,28</sup>. Já a resiliência está relacionada a não ocorrência de um resultado negativo mesmo estando vulnerável a ele<sup>26</sup>. A não diferenciação desses conceitos tem levado pesquisadores a confundirem as definições, medidas e interpretação de dados estatísticos<sup>27</sup>.

De modo geral a resiliência é compreendida como um processo

multifatorial desenvolvido ao longo da vida no qual acontece adaptação positiva, mesmo em contexto adverso ao desenvolvimento<sup>29,30</sup>. O desenvolvimento da resiliência envolve um conjunto de fatores individuais (gênero, temperamento, traços de personalidade, genética, relacionamento com familiares, amigos, entre outros) e sua interação com o ambiente<sup>10,30,27</sup>. As pesquisas nessa área buscam identificar fatores de vulnerabilidade e proteção que possam contribuir para a superação de riscos e também explorar como se dá a interação entre esses fatores em determinados contextos<sup>27</sup>. Isso significa que as características identificadas nessas pesquisas conferem condições ao processo de resiliência nos contextos pesquisados. Seguindo essas idéias de interatividade e processo, vários pesquisadores ressaltam a importância de entendermos esses fatores de maneira dinâmica<sup>22,26,27,29,30</sup>. Além disso, não podem ser considerados como fatores que levam à invulnerabilidade ou como fatores que necessariamente quando não estão presentes geram vulnerabilidade. Quando as condições mudam, os efeitos também podem mudar.

Um estudo desenvolvido por Rouse e colaboradores, com estudantes norte americanos, mostrou de forma bastante objetiva que adolescentes considerados resilientes não são invulneráveis<sup>31</sup>. Esses pesquisadores foram os primeiros a criarem um modelo de resiliência a partir de um modelo estatístico. Cerca de 600 estudantes com idade média de 13 anos foram acompanhados por dois anos. No primeiro ano foram identificados alguns fatores (ser filho de pais solteiros, viver com apenas um dos pais, gênero, comportamento de auto-mutilação e manejo de emoções) que favoreciam o envolvimento em comportamentos considerados de risco à saúde (uso de drogas, atividade sexual precoce, ser preso, tentativa de suicídio). No ano seguinte, os adolescentes que viviam nesse contexto considerado de risco, mas que tinham baixo envolvimento em comportamentos de risco, foram considerados “resilientes”. Aqueles que não viviam em contexto de risco e não se envolveram em comportamentos arriscados foram considerados “normais” e aqueles que,

mesmo sem contexto favorável, se envolveram nesse tipo de comportamento foram considerados “não resilientes”. Foi possível constatar que os adolescentes considerados resilientes, apesar de terem se adaptado bem ao contexto de risco, quando comparados com adolescentes normais possuíam pior auto-estima, tinham mais chances de se envolverem em comportamentos de risco e de consumirem álcool, maconha e outras drogas. Em contrapartida, os adolescentes “não resilientes”, quando comparados aos resilientes, tinham esses mesmos indicadores piores.

Segundo Fergus & Zimmerman, de acordo com os resultados de pesquisas, é possível identificar três modelos de resiliência que explicam como alguns fatores protetores modificam os efeitos negativos da exposição ao risco<sup>26</sup>. Os modelos são definidos por esses autores como: “*modelo compensatório*”, “*modelo protetor*” e “*modelo de desafio*”. O “*modelo compensatório*” ocorre quando um fator de proteção neutraliza ou opera no sentido oposto a um fator de risco. Esse efeito implica em uma moderação direta do fator protetor sobre algum resultado, que pode ser independente do efeito do fator de risco. Segundo os autores tal modelo pode ser avaliado através de análise de regressão múltipla. No “*modelo protetor*” existem aspectos que moderam ou reduzem os efeitos do risco sobre um resultado negativo. Já o “*modelo de desafio*” segue a seguinte lógica: contextos com níveis moderados de risco podem desencadear aprendizagem de como os adolescentes expostos podem superá-los, mas quando a exposição ao risco é exagerada a superação não é possível. Nesse modelo os fatores de risco e de proteção são as mesmas variáveis, o que vai determinar se ele será um ou outro será o nível de exposição ao risco. Esse modelo, quando estudado na perspectiva de desenvolvimento (metodologia longitudinal), sugere que pequenas doses de risco preparam os adolescentes para os desafios futuros.

Com frequência, as pesquisas em resiliência definem como contexto de risco ou contexto de vulnerabilidade as condições de pobreza, condições de imigrantes e outros contextos referentes a condições sociais desfavoráveis<sup>10,22</sup>.

Uma pesquisa com 59 jovens em situação de rua, que buscou analisar, entre outros objetivos, como a resiliência se relacionava a alguns fatores de risco e proteção nessa amostra, identificou que quanto maior a resiliência menor o sentimento de solidão, desesperança e alguns comportamentos que envolviam risco de vida<sup>32</sup>. Outra pesquisa com adolescentes de escolas rurais da Pensilvânia (EUA) mostrou que os homens mais novos, com altos níveis de otimismo, percepção de suporte familiar e poucos eventos de vida adversos possuíam altos níveis de resiliência. Da mesma forma, os homens no final da adolescência, com altos níveis de otimismo, percepção de suporte familiar e dos amigos, mesmo tendo vivido eventos de vida adversos, também mostraram níveis elevados de resiliência<sup>33</sup>.

No entanto, existe uma forte crítica sobre convencionar esses contextos como ambientes de risco, uma vez que indivíduos que experimentam fatura e saúde não estão livres de estresse<sup>10,27</sup>. Especialmente em países como o Brasil, onde existe insegurança de classes mais ricas em serem assaltadas, seqüestradas ou outra experiência ruim<sup>10</sup>. Apesar de não se ter conhecimento sobre como ocorre a resiliência em classes economicamente favorecidas, seria incoerente pressupor que a resiliência não existe nesse contexto.

Uma revisão recente da literatura sobre resiliência e uso de drogas destacou a resiliência como uma estratégia de enfrentamento, com possibilidades de contribuição para a autonomia, competência social, auto-regulação e inteligência do adolescente<sup>34</sup>. Os estudos revisados parecem indicar que jovens com resiliência mais desenvolvida tendem a consumir menos álcool, cigarro e outras drogas e, dessa forma, estudos dessa temática podem ser úteis ao desenvolvimento de programas preventivos ao abuso das drogas. Um estudo desenvolvido na Nova Zelândia, que acompanhou uma coorte durante 15 anos, desde o nascimento, buscou identificar quais aspectos contribuíram para a resiliência dos adolescentes<sup>35</sup>. Foram considerados preditores de resiliência os fatores que protegiam os adolescentes da influência dos amigos sobre o uso de

cigarro. Os dados sugeriram que um pouco de “rebeldia” (*rebelliousness*) era importante para que o adolescente não fosse influenciado pelo amigo fumante a fumar também. Outro dado interessante foi que entre os adolescentes que haviam experimentado cigarro antes dos 15 anos, foi determinante que eles não tivessem amigos fumantes para que continuassem abstinentes até completar essa idade.

Pesquisas a respeito de como a resiliência está relacionada ao uso indevido de drogas tornam-se ferramentas preciosas para as escolas, os familiares, as equipes de saúde e até mesmo a comunidade, na promoção da saúde dos adolescentes <sup>34,36</sup>. Portanto, é necessário conhecer mais sobre esse constructo para construção de conhecimento que dê base à elaboração de programas preventivos focados em resiliência <sup>34</sup>, especialmente no Brasil, onde faltam estudos sobre resiliência e uso de drogas entre adolescentes.

Diante da potencial relevância da resiliência para a compreensão do comportamento de uso de drogas, foi feita a escolha desta temática para o presente estudo. Com base nos indicadores de dados da literatura, a hipótese a ser verificada é a de que maiores níveis de resiliência e dos fatores que compõem esse constructo, entre os adolescentes, estão relacionados com menores chances de uso de substâncias psicoativas.

## *2 OBJETIVO*

---

## **2.1 Geral**

O objetivo desse estudo foi explorar como a resiliência e os fatores que compõem esse constructo se relacionam aos diferentes padrões de uso de drogas por adolescentes.

## **2.2 Específicos**

- A. Avaliar o nível de resiliência e dos fatores que compõe esse constructo em relação aos padrões de uso de álcool, tabaco e outras drogas no mês que antecedeu a pesquisa;
- B. Investigar como a resiliência e os fatores que compõem esse constructo estão relacionados aos diferentes padrões de uso de álcool, tabaco e outras drogas, considerando fatores sócio-demográficos como gênero e classe sócio-econômica.

## *3 MÉTODO*

---

### **3.1 Amostragem**

A pesquisa foi realizada com 2.691 estudantes de ensino médio da rede particular do município de São Paulo, que conta com um universo de 136 mil alunos de ensino médio matriculados em 578 escolas particulares<sup>37</sup>. O plano de amostragem, desenhado por estratificação e conglomerados, teve como objetivo selecionar uma amostra representativa, com erro amostral de no máximo 10% e intervalo de confiança de 95%<sup>38</sup>.

As escolas foram estratificadas segundo a renda média do distrito de sua localização (escolas localizadas em bairros de baixa e alta renda) e o nº de alunos sorteados foi proporcional à quantidade de alunos dos estratos. A amostra foi sorteada em três estágios. No primeiro foram sorteadas as escolas e, em seguida, foram sorteados conglomerados de turmas. Por fim, todos os alunos dos conglomerados sorteados entraram para amostra.

Participaram do estudo 28 escolas, entre as quais foram pesquisadas 103 turmas de ensino médio. Dez escolas se recusaram a participar, sendo substituídas por outras do mesmo estrato. Entre os alunos foram 6 recusas.

### **3.2 Instrumentos**

#### **3.2.1 Uso de substâncias**

O padrão de uso de drogas foi avaliado por um questionário fechado, de auto-preenchimento e anônimo. Esse questionário é uma adaptação do instrumento proposto pela OMS – Organização Mundial da Saúde<sup>39</sup>. No Brasil, o questionário foi testado e adaptado por Carlini-Cotrim e colaboradores<sup>40</sup>.

O questionário incluiu perguntas sobre gênero, idade e o padrão de uso de drogas. Os indicadores do uso de drogas analisados foram referentes ao

uso no mês de álcool, tabaco, maconha, cocaína, inalantes, ansiolíticos, estimulantes, *ecstasy* e *crack*. As perguntas seguiram o modelo: *De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou/usou ....? As opções de resposta foram: não; de 1 a 5 dias; de 6 a 19 dias; 20 dias ou mais.* A frequência de *binge* de álcool foi avaliada através da pergunta: *De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica na mesma ocasião? As opções de resposta foram: nenhuma vez; 1 vez, 2 vezes; 3 a 5 vezes; 6 a 9 vezes; 10 ou mais vezes.*

### **3.2.2 Classe Econômica**

A avaliação das classes econômicas seguiu o Critério de Classificação Econômica Brasil 2008, utilizado pela ABEP<sup>41</sup>. A pontuação da escala é baseada no grau de instrução do chefe da família e de bens de consumo possuídos pela mesma, podendo variar de 0 (zero) a 47 pontos. A partir dessa pontuação os níveis econômicos são classificados de A até E, sendo “A” a classe econômica mais favorecida.

### **3.2.3 Resiliência**

Para avaliar a Resiliência, foi utilizada a Escala de Resiliência originalmente desenvolvida nos Estados Unidos por Wagnild & Young<sup>42</sup> e validada para adolescentes brasileiros por Pesce e colaboradores<sup>43</sup>. Essa escala avalia o conceito de resiliência como uma característica positiva da personalidade e objetiva medir os níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes<sup>42,43</sup>. O instrumento é de auto-aplicação e composto de 25 afirmativas, cada qual com alternativas de resposta que seguem uma escala do tipo *likert*, variando de 1 a 7 (discordo totalmente a concordo totalmente). Dessa forma, os escores variam de 25 a 175 pontos, sendo que quanto maior a

pontuação, maior a resiliência. A análise fatorial realizada na validação brasileira, através do método de rotação oblíqua, encontrou três fatores <sup>43</sup>. O fator um englobou a maioria das questões, e foi nomeado “*resolução de ações e valores*” e avalia algumas características da auto-estima, determinação, disciplina, bom humor, prontidão para ajuda e adaptabilidade. O escore desse fator pode variar entre 14 e 98.

Na amostra do presente estudo a consistência interna das respostas da Escala de Resiliência e dos seus três fatores foi analisada pela estatística do *Alpha de Cronbach*. Um *alpha* acima de 0,75 indica boa confiabilidade nas respostas. A escala de resiliência demonstrou, neste estudo, boa consistência interna ( $\alpha=0,83$ ), indicando que de forma geral os estudantes foram coerentes em suas respostas. O fator um foi o que demonstrou melhor consistência interna ( $\alpha=0,81$ ) entre os três fatores. Devido à baixa consistência interna nas respostas dos fatores dois ( $\alpha =0,41$ ) e três ( $\alpha =0,54$ ), ambos não entraram nas análises.

### **3.3 Procedimentos para coleta de dados**

#### **3.3.1 Ética**

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP 0268/08). De acordo com orientações do CEP, o termo de consentimento foi assinado pela diretoria da escola. No entanto, dias antes das aplicações os alunos recebiam um termo de consentimento passivo a ser entregue aos pais ou responsáveis. Esse documento continha informações sobre a pesquisa, incluindo a data de realização da coleta de dados na referida escola. Os pais que não autorizassem a participação de seu filho deveriam encaminhar o documento assinado à escola, para que no dia o aluno não participasse da pesquisa. No entanto, não foi relatado qualquer caso de impedimento de participação na pesquisa.

### **3.3.2 Estudo Piloto**

Foi realizado um estudo piloto da aplicação do questionário sobre uso de drogas, que ocorreu em uma escola pública de São Paulo. Participaram 310 alunos entre 12 e 18 anos. O objetivo foi revisar questões que pudessem gerar dúvida nos alunos e verificar o tempo despendido para responder ao questionário.

A partir dessa aplicação piloto, as respostas para as dúvidas que surgiram foram padronizadas entre os aplicadores. Algumas questões foram modificadas de modo que ficassem mais fáceis de serem compreendidas e alterações de layout precisaram ser feitas. A versão final do questionário está apresentada em anexo (**Anexo**).

### **3.3.3 Contato com as Escolas**

As escolas sorteadas foram inicialmente contatadas por telefone na tentativa de agendamento de visita. Feito esse contato, a escola era visitada pela equipe do CEBRID a fim de explicar com detalhes os objetivos e procedimentos da pesquisa. Nessa visita, também eram apresentados materiais de pesquisas anteriores realizadas pelo CEBRID, visando munir a escola de material sobre epidemiologia do uso de drogas, bem como apresentar a forma de publicação dos dados da pesquisa. Havendo o aceite, eram coletadas informações sobre o número de turmas para que fosse realizado o sorteio das mesmas. Após o sorteio, um novo contato era feito para o agendamento da data de aplicação.

A maior dificuldade encontrada na pesquisa ocorreu durante contato com as escolas particulares. Foi fundamental a perseverança com algumas escolas que, além de várias ligações, foram necessárias mais de duas visitas para esclarecimentos sobre a pesquisa. Entre as escolas que recusaram, os principais motivos informados foram:

1. Restrições quanto ao calendário escolar;
2. Falta de interesse da escola em participar da pesquisa;
3. Problemas de comunicação/organização escolar impossibilitaram o contato com a diretoria da escola;
4. Discordância em relação à metodologia e/ou ao questionário da pesquisa;
5. Experiências mal-sucedidas com outras pesquisas realizadas anteriormente na escola.

#### **3.3.4 Aplicação dos questionários**

A equipe que aplicou os questionários passou por um treinamento. O objetivo foi instruir os aplicadores sobre a pesquisa, capacitar a equipe em relação aos procedimentos em campo (postura e instruções em sala de aula), apresentar e familiarizar os aplicadores com o questionário. Outro assunto especialmente contemplado foi a sensibilização dos aplicadores sobre a importância da coleta para a qualidade da pesquisa.

Antes de se iniciarem as aplicações, o termo de consentimento era assinado pelo responsável da escola. As aplicações foram feitas simultaneamente nas turmas de cada escola, geralmente antes do intervalo. Na maioria das vezes entravam dois aplicadores por turma, no entanto isso variava de acordo com o número de turmas da escola e alunos presentes. No início os alunos eram instruídos sobre os objetivos da pesquisa, como responder ao questionário, a respeito do anonimato e sigilo de informações, bem como sobre a participação voluntária e importância da participação de todos. Os alunos levaram cerca de 30 a 40 minutos para responderem ao questionário. No final das aplicações, os questionários eram recolhidos, colocados em um envelope e levados para o CEBRID.

Após a aplicação, para o controle na digitação dos dados e análise dos extratos, os questionários foram numerados com código pré-estabelecido (com informações sobre a escola, a turma e o turno). A cada escola pesquisada, os aplicadores também preenchem um diário de campo, com informações sobre as dúvidas e comportamentos dos alunos, imprevistos, número de turmas aplicadas no dia, para controle da equipe de pesquisa e crítica dos dados.

### **3.4 Crítica e análise estatística dos dados**

Os questionários passaram por processo de dupla digitação. Na análise crítica dos dados foram excluídos 15 questionários que apresentaram contradição em pelo menos três respostas, que relataram ter consumido drogas que não existiam (questão inserida no questionário para diminuir casos falso-positivos) ou que estavam rasurados.

Para fins de análises, a categoria “outras drogas” foi criada a partir do uso no mês de maconha, cocaína, inalantes, ansiolíticos, estimulantes, *ecstasy* e *crack*. Para analisar as classes econômicas, foi necessário agrupar as classes “C, D e E” em uma mesma categoria. As respostas das questões da escala de resiliência também foram agrupadas em duas categorias: as categorias “discordo pouco”, “discordo muito”, “discordo totalmente” e “nem discordo, nem concordo” foram condensadas em “não concordo” e as categorias “concordo pouco”, “concordo muito” e “concordo totalmente” foram condensadas em “concordo”. Tais recategorizações foram necessárias devido ao baixo número de casos em algumas categorias.

As análises foram calibradas com os pesos amostrais dos alunos, respeitando as etapas do plano amostral. Todas foram feitas no software estatístico *SPSS for Windows* versão 17, através do módulo *complex samples*. A única exceção foi a análise de *cluster*, realizada no módulo *Two-Step Cluster*,

através do método *BIRSC* (*Balanced Iterative Reducing and Clustering using Hierarchies*). Através dessa análise foram gerados grupos homogêneos de jovens quanto ao padrão de uso no mês de álcool, *binge*, tabaco e outras drogas.

Estatísticas descritivas foram utilizadas para caracterização da amostra. As comparações bivariadas entre os grupos gerados na análise de cluster foram realizadas através do Modelo Linear Geral (*GLM*) para variáveis escalares e categóricas. Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%.

Foram ajustados dois modelos de regressão logística para compreender a relação entre os padrões de uso e a resiliência. No modelo de regressão descrito na **tabela 6** entraram as seguintes variáveis explicativas: gênero, classe econômica, o escore total da escala de resiliência e o escore do fator 1 “*resolução de ações e valores*”. No modelo exposto na **tabela 7** entraram como variáveis explicativas: gênero, classe econômica e as 15 questões do fator “*resolução de ações e valores*”. As variáveis não significantes a 5% foram eliminadas pelo método de seleção *backward*.

Apesar de não ter sido objetivo deste estudo avaliar gênero e classe econômica, ambos entraram nos modelos como variáveis de controle por terem sido características da amostra que se relacionaram ao uso de substâncias.

## *4 RESULTADOS*

---

A idade dos 2.691 estudantes pesquisados variou entre 14 e 20 anos, mas a maioria tinha entre 15 e 16 (média=16,03/ IC=15,9-16,1). Não houve predominância de gêneros, porém, com relação à classe econômica prevaleceram as classes mais altas (A e B), que compuseram 95,5% da amostra. Quanto às turmas de ensino médio, quase 40% dos participantes eram do primeiro ano, praticamente um terço era do segundo ano e menos de um terço era do terceiro ano. Com relação à Escala de Resiliência, para 95% da amostra o escore geral variou entre 128,7 e 131,0. O escore do fator “*resolução de ações e valores*” também variou pouco, sendo que 95% da amostra pontuou entre 77,2 e 78,8. O mesmo ocorreu para os fatores dois e três, que variaram de 25,0 a 25,8 e 26,1 a 26,5 respectivamente (**Tabela 1**).

**Tabela 1.** Descrição da amostra quanto às variáveis sócio-demográficas e escores da Escala de Resiliência com intervalo de confiança de 95%

	N	%	IC
<b>Gênero</b>			
Masculino	1232	48,1	(45,2-50,9)
Feminino	1424	51,9	(49,1-54,8)
<b>Classe Econômica</b>			
A	1106	45,7	(37,1-54,5)
B	1178	49,8	(42,2-57,5)
C, D, E	111	4,5	(2,9-6,9)
<b>Turmas</b>			
1º ano	962	38,3	(33,0-43,8)
2º ano	971	33,6	(27,7-40,1)
3º ano	756	28,1	(23,3-33,5)
	N	Média	IC
<b>Escala de Resiliência</b>			
Escore total	2473	129,9	(128,7-131,0)
Fator 1: resolução de ações e valores	2549	78,8	(77,2-78,8)
Fator 2	2610	25,4	(25,0-25,8)
Fator 3	2633	26,3	(26,1-26,5)
<b>Idade</b>	2653	16,0	(15,9-16,1)

Sobre as respostas das questões da escala, as questões com maior

porcentagem de concordância foram observadas no fator um. Cerca de 90% dos estudantes concordou com a questão 16 “*Eu normalmente posso achar motivo para rir*”, e mais de 85% concordou com as questões 6, “*Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida*”; 18 “*Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar*” e 21 “*Minha vida tem sentido*”. As questões 7, “*Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação*”; 11 “*Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas*”; 12 “*Eu faço as coisas um dia de cada vez*” e 22 “*Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas*”, tiveram as menores porcentagens de concordância (27,5%, 38,9%, 40%, e 41,9% respectivamente). A questão 12 teve maior frequência de respostas neutras (26,7%) e cerca de um terço de discordância (**Tabela 2**).

Entre as drogas referidas, o álcool foi a mais prevalente. Metade dos entrevistados fez uso de álcool no mês que antecedeu a pesquisa (**Tabela 3**) e cerca de 1/3 teve, pelo menos, um episódio de *binge* (**Tabela 4**). O uso no mês de tabaco foi relatado por 14,1% da amostra. A droga ilícita mais consumida no mês foi a maconha (6,1%), seguida por inalantes (4,0%). Menos de 2,0% da amostra consumiu estimulantes, ansiolíticos, cocaína, *ecstasy* e *crack* (**Tabela 3**).

**Tabela 2.** Descrição das respostas para cada questão da Escala de Resiliência de acordo com os três fatores gerados na validação brasileira

	N	"Não concordo"		
		Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo
		%	%	%
<b>Fator 1: Resolução de ações e valores</b>				
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	2670	80,5	10,6	8,9
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	2675	82,8	11	6,1
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	2671	89,0	5,7	5,3
8. Eu sou amigo de mim mesmo	2661	82,6	10	7,4
10. Eu sou determinado.	2663	81,7	9,5	8,8
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	2658	40,0	26,7	33,3
14. Eu sou disciplinado.	2675	70,6	12	17,4
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	2672	90,4	4,2	5,4
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	2674	88,1	7,3	4,5
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	2672	82,4	11,9	5,7
21. Minha vida tem sentido.	2666	86,3	7,6	6,1
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	2673	76,4	15,4	8,2
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	2676	79,8	10,6	9,5
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	2675	73,0	12,8	14,2
<b>Fator 2</b>				
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	2667	58,1	15,5	26,4
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	2669	41,9	18,9	39,2
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	2670	69,4	13,9	16,7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	2660	27,5	13	59,5
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	2676	58,5	22,4	19,1
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	2667	38,9	22,0	39,1
<b>Fator 3</b>				
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	2673	63,6	19,2	17,1
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	2666	81,9	11,1	7,0
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	2668	80,6	10,8	8,6
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	2678	69,6	18,6	11,8
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	2672	68,3	15,8	15,9

**Tabela 3.** Prevalência de uso no mês de cada droga entre os adolescentes, com intervalo de confiança de 95%

	N	Frequência de uso no mês							
		Não usou		1 a 5 dias		6 a 19 dias		20 dias ou +	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Álcool</b>	2677	49,8	(44,5-55,0)	39,9	(36,0-3,8)	8,2	(6,1-0,9)	2,2	(1,3-3,5)
<b>Tabaco</b>	2680	85,8	(82,7-88,5)	8,2	(6,5-10,4)	2,1	(1,4-3,2)	3,8	(2,6-5,5)
<b>Maconha</b>	2677	93,9	(90,6-96,1)	4,0	(2,5-6,2)	1,6	(0,9-2,8)	0,5	(0,2-1,1)
<b>Inalantes</b>	2677	96,0	(94,8-96,9)	3,3	(2,7-4,2)	0,5	(0,2-1,5)	0,2	(0,1-0,5)
<b>Estimulantes</b>	2683	98,1	(97,3-98,6)	1,2	(0,7-1,9)	0,3	(0,1-0,5)	0,5	(0,2-0,9)
<b>Ansiolíticos</b>	2680	98,2	(97,4-98,7)	1,6	(1,1-2,3)	0,0	(0,0-0,2)	0,2	(0,1-0,5)
<b>Cocaína</b>	2682	98,9	(98,1-99,3)	0,8	(0,4-1,6)	0,2	(0,1-0,8)	0,1	(0,0-0,2)
<b>Ecstasy</b>	2680	99,0	(98,2-99,4)	1,0	(0,6-1,7)	0,0	(0,0-0,2)	0,0	(0,0-0,1)
<b>Crack</b>	2679	99,9	(99,7-100,0)	0,0	(0,0-0,2)	0,0	(0,0-0,0)	0,0	(0,0-0,2)

**Tabela 4.** Prevalência de uso binge de álcool entre os adolescentes, com intervalo de confiança de 95% (N= 2610)

Binge de álcool	%	IC
Não usou	65,5	(61,7-69,0)
1 vez	10,3	(8,8-11,9)
2 vezes	5,7	(7,5-9,6)
3 a 5 vezes	10,1	(8,2-12,4)
6 a 9 vezes	2,7	(1,9-4,0)
10 ou mais vezes	3	(1,8-5,0)

A análise de cluster propiciou a formação de quatro grupos bem definidos de acordo com o tipo de droga consumida e a frequência de uso no mês (**Tabela 5**). O primeiro e maior grupo foi constituído por estudantes que não usaram droga no mês que antecedeu a pesquisa. No segundo grupo, todos os estudantes usaram somente álcool entre um e cinco dias no mês. No terceiro grupo (álcool/ *binge*/ tabaco), todos consumiram álcool de um a cinco dias no mês, sendo que 94,2% teve pelo menos um episódio de *binge* e 26% consumiu tabaco. No quarto e último grupo (álcool/ *binge*/ tabaco/ outras drogas) o consumo

---

de álcool, tabaco e *binge* foi mais freqüente e houve relato de uso de outras drogas. 77,7% do grupo usou álcool, sendo que cerca de 50% usou álcool seis dias ou mais no mês e praticou *binge* pelo menos três vezes; 42,5% consumiram tabaco, sendo que 15,8% usaram por 20 dias ou mais e 60,2% relataram uso de outras drogas.

Os quatro grupos se diferenciaram estatisticamente quanto ao gênero ( $X^2=38,316$ ;  $p=0,002$ ) e classe econômica ( $X^2=71,282$ ;  $p=0,000$ ) (**Tabela 5**). No grupo que não usou drogas houve distribuição similar à esperada entre homens e mulheres, no entanto se caracterizou por uma porcentagem significativa de indivíduos da classe B (56,8%) e menos participantes da classe A (37,9%). No grupo que usou somente álcool de um a cinco dias houve predominância de mulheres (65,9%), em contrapartida a distribuição quanto à classe econômica foi próxima a esperada. No terceiro grupo (álcool/ *binge*/ tabaco) pouco mais da metade era do gênero masculino (54,9%) e não houve diferença estatística quanto à classe econômica. No quarto grupo (álcool/ *binge*/ tabaco/ outras drogas) a distribuição entre os gêneros não foi diferente da esperada, no entanto mais da metade (58%) estava na classe A e 40,6% na classe B. As médias, tanto do escore total de resiliência ( $F_{3,22}=1,177$ ;  $p=0,341$ ) quanto do fator 1 “*resolução de ações e valores*” ( $F_{3,22}=2,172$ ;  $p=0,120$ ), foram estatisticamente iguais entre os grupos.

**Tabela 5.** Caracterização dos padrões de uso de drogas dos adolescentes gerados na análise de cluster e a diferença entre eles quanto ao gênero, a classe econômica, o escore de resiliência e escore do fator “resolução de ações e valores” (N=1554)

	Não usou droga (N=1165)		Álcool (N=361)		Álcool/Binge/ Tabaco (N=531)		Álcool/Binge/ Tabaco/Outras Drogas (N=497)	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Álcool</b>								
Não	100,0	(100,0-100,0)	0,0	-	0,0	-	22,3	(17,2-28,2)
1 a 5 dias	0,0	-	100,0	(100,0-100,0)	100,0	(100,0-100,0)	26,1	(21,2-37,1)
6 a 19 dias	0,0	-	0,0	-	0,0	-	41,0	(33,7-48,6)
20 dias ou mais	0,0	-	0,0	-	0,0	-	10,7	(6,2-17,6)
<b>Binge de álcool</b>								
Não	100,0	(100,0-100,0)	100,0	(100,0-100,0)	5,9	(3,7-9,2)	22,8	(19,3-26,8)
1 vez	0,0	-	0,0	-	34,8	(29,0-41,2)	14,7	(10,5-20,2)
2 vezes	0,0	-	0,0	-	30,2	(26,2-34,6)	12,5	(9,2-16,8)
3 a 5 vezes	0,0	-	0,0	-	25,2	(20,4-30,6)	25,3	(20,4-30,9)
6 a 9 vezes	0,0	-	0,0	-	2,3	(1,3-4,3)	11,3	(8,2-15,5)
10 ou mais vezes	0,0	-	0,0	-	1,5	(0,8-2,9)	13,4	(7,2-23,6)
<b>Tabaco</b>								
Não	100,0	(100,0-100,0)	100,0	(100,0-100,0)	74,0	(67,8-79,3)	57,5	(51,5-63,4)
1 a 5 dias	0,0	-	0,0	-	19,1	(14,5-24,6)	20,7	(16,3-25,8)
6 a 19 dias	0,0	-	0,0	-	4,2	(2,1-8,5)	6,0	(3,4-10,3)
20 dias ou mais	0,0	-	0,0	-	2,7	(1,5-4,9)	15,8	(11,3-21,7)
<b>Outras drogas</b>								
Não	99,9	(99,7-100,0)	99,7	(98,0-100,0)	100,0	(0,0-100,0)	39,8	(34,1-45,8)
Sim	0,0	(0,0-0,3)	0,3	(0,0-2,0)	0,0	-	60,2	(54,2-65,9)
<b>Gênero**</b>								
Masculino	47,4	(42,8-52,0)	34,1	(27,9-40,9)	54,9	(47,9-61,8)	51,2	(45,0-57,4)
Feminino	52,6	(48,0-57,2)	65,9	(59,1-72,1)	45,1	(38,2-52,1)	48,8	(42,6-55,0)
<b>Classe econômica**</b>								
A	37,9	(29,8-46,6)	49,0	(39,3-58,9)	48,6	(38,3-59,0)	58,0	(45,8-69,4)
B	56,8	(49,7-63,7)	43,1	(35,0-51,7)	48,0	(38,1-58,0)	40,6	(29,8-52,4)
C, D e E	5,3	(3,5-8,1)	7,8	(4,5-13,2)	3,4	(1,7-6,9)	1,4	(0,6-3,3)
	<b>Média</b>	<b>IC</b>	<b>Média</b>	<b>IC</b>	<b>Média</b>	<b>IC</b>	<b>Média</b>	<b>IC</b>
<b>Resiliência</b>								
Escore total	130,7	(128,8-132,6)	129,9	(128,1-131,6)	128,8	(125,7-132,0)	128,3	(126,4-130,3)
Fator 1: Resolução de ações e valores	78,7	(77,-79,7)	78,1	(76,9-79,3)	77,5	(75,7-79,3)	76,7	(75,2-78,1)

\*\*p<0,01, teste GLM

O modelo de regressão logística exposto na **Tabela 6** mostra que o gênero, a classe econômica e a resiliência estabeleceram relações diferentes com cada padrão de consumo. O escore total da escala de resiliência não se mostrou relacionado aos grupos, no entanto o fator de “*resolução de ações e valores*” se mostrou inversamente associado ao padrão de uso do grupo quatro (álcool/*binge*/tabaco/drogas ilícitas). A cada ponto aumentado no fator “*resolução de ações e valores*” a chance de ter tido esse padrão de uso foi menor em cerca de 3%.

**Tabela 6.** Odds ratio e intervalo de confiança de 95% para o fator de resiliência “*resolução de ações e valores*”, gênero e classe econômica de acordo com os padrões do uso de drogas dos adolescentes (N= 2143)<sup>a</sup>

	Álcool		Álcool/ Binge/ Tabaco		Álcool/ Binge/ Tabaco/ outras drogas	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC
<b>Gênero</b>						
Masculino	0,606	(0,424-0,865)**	1,391	(1,035-1,870)*	1,079	(0,730-1,595)
Feminino (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
<b>Classe econômica</b>						
A	0,950	(0,572-1,577)	1,744	(0,863-3,525)	5,518	(2,059-14,788)**
B	0,539	(0,328-0,889)*	1,099	(0,559-2,158)	2,534	(1,068-6,009)*
C, D, E (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
<b>Resiliência</b>						
Fator 1: Resolução de ações e valores	0,993	(0,977-1,010)	0,995	(0,981-1,010)	0,976	(0,959-0,992)**

<sup>a</sup> Os odds ratios apresentados são em comparação com os estudantes que não usaram drogas no mês ref. = categoria de referência

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Por exemplo, compararmos os participantes com dez pontos de diferença nesse fator. Aqueles com 10 pontos a mais têm 38% a menos de chance de pertencer ao grupo álcool/ *binge*/ tabaco/ outras drogas (cálculo:  $100(1,03^{10}-1)$ ). Esse padrão de uso também se relacionou significativamente com a classe econômica, mas, no entanto, não sofreu influência do gênero. O oposto ocorreu com o grupo que se caracterizou pelo uso de álcool, *binge* e tabaco, que

teve como aspecto relevante apenas o gênero. Já para o grupo com padrão de uso leve de álcool tanto o gênero como a classe econômica foram importantes.

Na regressão logística mostrada na **Tabela 7**, a contribuição do gênero e da classe social para cada grupo se manteve praticamente a mesma. A principal diferença foi quanto à relação estabelecida entre as questões que compõem o fator “*resolução de ações e valores*” e os diferentes padrões de uso de substâncias. No grupo caracterizado somente pelo uso de álcool os adolescentes que concordaram com a questão 16 “*eu normalmente posso achar motivo para rir*”, tiveram 1,7 vezes mais chances de ter pertencido ao grupo. No outro grupo, composto por participantes que usaram álcool, *binge* e tabaco, foi a questão 18, “*em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar*”, que aumentou as chances de ter tido esse padrão de consumo (OR=2,631). No entanto, ter concordado com as questões 12 “*eu faço as coisas um dia de cada vez*” (OR=0,745) e 14 “*eu sou disciplinado*” (OR=0,395) diminuíram essa probabilidade. Da mesma forma, ter concordado com essas duas últimas questões (OR<sub>12</sub>=0,691 e OR<sub>14</sub>=0,310) diminuiu as chances de ter pertencido ao grupo caracterizado pelo uso de álcool, *binge*, tabaco e outras drogas. Além disso, também tiveram diminuídas as chances de pertencer a esse grupo aqueles que concordaram com a questão 1 “*Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim*” (OR=0,629).

**Tabela 7.** Odds ratio e intervalo de confiança de 95% para as questões do fator de resiliência "resolução de ações e valores", gênero e classe econômica de acordo com os padrões do uso de drogas dos adolescentes (N= 2146)<sup>a</sup>

	Álcool		Álcool/ Binge/ Tabaco		Álcool/ Binge/ Tabaco/ outras drogas	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC
<b>Gênero</b>						
Masculino	0,597	(0,415-0,859)**	1,404	(1,035-1,903)*	1,042	(0,697-1,560)
Feminino (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
<b>Classe econômica</b>						
A	0,933	(0,552-1,577)	1,651	(0,828-3,291)	5,386	(2,054-14,126)**
B	0,546	(0,330-0,902)*	1,059	(0,553-2,029)	2,490	(1,074-5,769)*
C, D, E (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
<b>Questões do Fator 1 de Resiliência</b>						
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.						
Concordo	0,915	(0,544-1,540)	0,877	(0,507-1,519)	0,629	(0,447-0,887)*
Não concordo (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.						
Concordo	0,767	(0,535-1,099)	0,745	(0,579-0,959)*	0,691	(0,513-0,930)*
Não concordo (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
14. Eu sou disciplinado.						
Concordo	1,044	(0,688-1,584)	0,395	(0,270-0,556)***	0,310	(0,215-0,446)***
Não concordo (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.						
Concordo	1,721	(1,071-2,763)*	1,328	(0,771-2,288)	1,232	(0,661-2,296)
Não concordo (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.						
Concordo	0,908	(0,572-1,441)	2,631	(1,424-4,859)**	1,214	(0,658-2,243)
Não concordo (ref)	1,000	-	1,000	-	1,000	-

a Os odds ratios apresentados são em comparação com os estudantes que não usaram drogas no mês

ref. = categoria de referência

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,000

## *5 DISCUSSÃO*

---

São Paulo é a maior cidade da América do Sul, uma metrópole com quase 20 milhões de habitantes e desenvolvimento econômico muito superior à maioria das cidades brasileiras. No Brasil, estudantes de escolas particulares se diferenciam por serem de classes mais favorecidas do que estudantes de escolas públicas. Seguindo essa lógica a maior parte dos estudantes entrevistados era das classes A e B, representando uma população de poder aquisitivo privilegiado.

A análise de clusters permitiu a identificação de quatro grupos bem definidos quanto ao tipo de drogas e frequência de consumo. Na regressão logística, os grupos apresentaram importantes diferenças de gênero e classe econômica. Em relação ao gênero, em acordo com outros estudos com adolescentes, o maior uso entre os homens não aconteceu para todos os padrões de consumo estudados. Uma revisão de levantamentos epidemiológicos entre adolescentes concluiu que nem sempre é comum encontrar essa diferença de consumo entre homens e mulheres. De acordo com os autores, essas discrepâncias começam a aparecer conforme a idade aumenta<sup>44</sup>. Em relação a classe econômica, uma pesquisa anterior com estudantes brasileiros também encontrou maior uso entre estudantes de classes mais favorecidas<sup>45</sup>. Tais evidências nos levam a pensar que no contexto em que vivem estudantes de escolas particulares no Brasil, o maior poder aquisitivo talvez favoreça o consumo de álcool e outras drogas. A presente pesquisa abre precedentes para a importância em diferenciar programas preventivos ao uso de drogas na adolescência para classes mais favorecidas. No Brasil, essa parece ser uma diferença importante que merece ser melhor investigada.

A hipótese de que a resiliência contribuiria para um menor consumo de drogas foi confirmada parcialmente. Embora o conceito como um todo não tenha apresentado a associação esperada, a análise isolada de seus fatores levantou resultados significativos. O fator “*resolução de ações e valores*” diminuiu significativamente as chances de padrão de consumo com maior frequência de uso *binge* associado ao uso de tabaco e outras drogas. Esse fator que avaliou

aspectos da auto-estima, determinação, disciplina e adaptabilidade, se soma aos resultados de pesquisas anteriores. Pesquisas recentes mostraram que características positivas do indivíduo como a auto-regulação<sup>46</sup>, auto-estima<sup>24</sup>, auto-confiança<sup>23</sup>, aceitação de si mesmo<sup>47</sup>, percepção do futuro e de si mesmo e capacidade de resolução de problemas<sup>48</sup> levam o foco para comportamentos mais saudáveis na adolescência. Assim como em outras pesquisas, os resultados apontaram que aqueles indivíduos que têm a probabilidade maior de fazer uso de drogas, podem sofrer influência positiva de algumas características individuais, diminuindo a probabilidade de se envolverem nesse tipo de comportamento de risco<sup>23,31</sup>. Com base nos pesquisadores Fergus e Zimerman, esse modelo de resiliência é coerente com outros estudos, podendo ser chamado de modelo compensatório<sup>26</sup>.

Existem evidências entre adultos de classe mais alta que indicam aspectos da competência pessoal do indivíduo (por exemplo: saúde física, controle emocional e habilidade social) como protetores ao uso de álcool<sup>49</sup>. No Brasil um estudo, também com adultos, indicou que existem diferenças significativas sobre padrões de uso de álcool entre classes econômicas mais favorecidas e menos favorecidas economicamente<sup>50</sup>. Dessa forma, seria interessante que outros estudos fossem feitos na tentativa de compreender quais os fatores que conferem proteção e vulnerabilidade entre adolescentes dessa classe econômica.

Dentro do fator “*resolução de ações e valores*”, quando analisadas as questões isoladamente, os aspectos protetores relevantes foram a disciplina (“*eu sou disciplinado*” e “*eu faço as coisas um dia de cada vez*”) e a determinação (“*quando eu faço planos, eu levo eles até o fim*”). É importante ponderar que a questão “*eu faço as coisas um dia de cada vez*” foi a que teve maior índice de respostas neutras (26,7%). Isso pode indicar que houve dúvidas quanto a sua interpretação. A disciplina também diminuiu a probabilidade de envolvimento com uso de álcool associado a episódios de *binge* e uso de tabaco, mesmo entre os

homens, cuja chance de se envolver com esse padrão de uso foi maior. Na adolescência começa a aumentar a frequência de momentos não supervisionados por adultos<sup>1,4</sup>. Nesse sentido, ter uma formação que facilite a auto-regulação é fundamental para a tomada de decisões que levem a comportamentos saudáveis<sup>4,50</sup>.

Os dados da presente pesquisa podem ser úteis para promoção da saúde na adolescência, na medida em que apontam que para prevenir o uso mais pesado de drogas talvez seja interessante investir em uma gama de aspectos de resiliência, mais especificamente relacionados a ações e valores. Por outro lado, é importante considerar que esse fator da resiliência possa ser mais um dos aspectos a serem valorizados pelos programas de promoção da saúde. A redução da vulnerabilidade a partir do investimento em hábitos, características internas e ambientes saudáveis ao desenvolvimento é exatamente o objetivo das intervenções preventivas que se pautam no processo de resiliência<sup>26,50,51</sup>. Alguns trabalhos com esse foco têm se mostrado eficazes para diminuir o abuso de substâncias na adolescência<sup>52</sup>.

A resiliência e o fator de “*resolução de ações e valores*” parecem ser características que não explicam os dois padrões de uso de drogas lícitas encontrados (álcool de um a cinco dias/ álcool com episódios de *binge* e uso de tabaco). Considerando que o uso de álcool e tabaco é normativo nessa população, faz sentido que a chance de uso de drogas lícitas não varie conforme a resiliência e o fator de “*resolução de ações e valores*”. O consumo de bebidas alcoólicas está inserido na cultura de várias famílias e, comparado com outras drogas, conta com uma menor percepção de risco pela população<sup>13,53</sup>. Segundo Ahern e colaboradores a permissividade de uso de álcool pela cultura local aumenta as chances de uso moderado de álcool, enquanto que permissividade sobre padrões mais pesados aumenta as chances de uso moderado e *binge*<sup>54</sup>.

Contrário ao que era esperado, os adolescentes que concordaram

com algumas questões do fator “*resolução de ações e valores*” tiveram mais chances de se envolverem com os padrões de uso de drogas. A questão “*em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar*”, interpretada como um indicador de prontidão para ajuda, aumentou a probabilidade de uso de álcool associado a episódios de *binge* e uso de tabaco. Da mesma forma, concordar com a questão “*eu normalmente posso achar motivo para rir*”, que indica bom humor, aumentou as chances de ter usado álcool de um a cinco dias no mês. Se pensarmos no uso de álcool na adolescência como um fenômeno social, um facilitador das relações sociais pelos seus efeitos de descontração<sup>6,9</sup> e como um momento em que os amigos passam a ser uma referência, além da família<sup>1</sup>. Torna-se possível vislumbrar a possibilidade da formação de redes de amizades através do uso de álcool e tabaco nessa população. Nesse caso, além da descontração, a facilidade de acesso e disponibilidade a uma rede de pessoas, pode ser um facilitador para que a mesma seja requisitada em situações de emergência. Um estudo realizado por Sanchez e colaboradores<sup>55</sup> sustenta essa idéia na medida em que identificou, na mesma amostra do presente estudo, que o principal aspecto que contribuiu para o padrão de uso *binge* de álcool foi sair à noite com amigos para bares e restaurantes. Outra pesquisa que buscou relacionar resiliência ao uso de maconha e tabaco entre escolares encontrou que quanto melhor a competência social desses adolescentes maior a chance de uso dessas drogas<sup>24</sup>.

Outra possível explicação para esse resultado que remete à heterogeneidade do fator “*resolução de ações e valores*”, quanto à relação com o uso de substâncias, é o uso da escala fora do contexto em que foi criada. Em um contexto de adversidades, alguns pesquisadores apontam que o bom humor é um fator de resiliência importante para “*encontrar o cômico na própria tragédia*”<sup>56</sup>. No entanto, como não temos um contexto adverso, não faz sentido pensarmos nessa afirmativa como uma estratégia de lidar com eventos estressores. Esse tipo de resultado, aparentemente controverso, tem sido encontrado em estudos recentes

que procuram fatores protetores aos comportamentos de risco na adolescência. Por exemplo, Dubow e colaboradores encontraram que a popularidade e o alto nível de escolaridade na adolescência são preditores para frequência do uso de álcool na idade adulta<sup>57</sup>. Pesquisadores de diversas áreas têm ressaltado que para mensurar fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes é fundamental a contextualização dos mesmos<sup>26,27,30,51</sup>. Alguns estudos parecem corroborar a idéia de que um mesmo fator pode ser considerado risco ou não dependendo do contexto no qual se insere<sup>20,58</sup>. As evidências da presente pesquisa mostram a importância de conhecer quais as relações que algumas características do indivíduo estabelecem com o uso de drogas nas diferentes culturas, idades, gêneros e contextos sócio-econômicos, para que os programas de promoção da saúde para adolescentes ponderem suas propostas. Dessa forma, o uso dos resultados da presente pesquisa em outros contextos pode não ser coerente, visto que se trata de uma população específica (estudantes de ensino médio de escolas particulares de São Paulo).

Apesar da Escala de Resiliência ter sido considerada a melhor escala para avaliar resiliência em adolescentes entre as disponíveis<sup>59</sup>, a aplicação da mesma em adolescentes brasileiros apontou algumas limitações. Os fatores dois e três não foram incluídos nas análises devido à baixa confiabilidade, demonstrada pela estatística do *Alpha de Cronbach*. Possivelmente as questões que compõem esses fatores foram interpretadas como características negativas nesse contexto de adolescentes. Parece ter havido uma interpretação invertida para a questão 11 “*Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas*”, uma vez que a maioria dos adolescentes discordou dessa questão. Se fosse esse o caso, a pontuação para essa questão deveria ter sido invertida.

A escala original foi construída a partir do discurso de mulheres resilientes que viveram adversidades na vida<sup>42</sup> e provavelmente alguns aspectos de resiliência relevantes para essa população sejam diferentes do que para adolescentes<sup>43</sup>. O fato dessa população de adolescentes não viver num contexto

adverso pode ter contribuído para que o escore geral de resiliência não fosse significativo. Além disso, a resiliência acontece a partir de um processo multifatorial que envolve interação de características do indivíduo e esferas do contexto social (ex. família, cultura, recursos disponíveis). Tanto o método transversal, como o conceito de resiliência, avaliado pela escala, limitou a avaliação desse processo de interação que caracteriza a resiliência. No entanto, deve-se considerar que o conceito ainda se encontra em construção e pesquisadores têm encontrado dificuldades metodológicas devido à diversidade de medidas usadas para mensurar esse constructo<sup>51</sup>. Tendo isso em vista, com a devida ponderação, o uso da escala pode contribuir para pesquisas sobre resiliência, embora os dados da presente pesquisa nos levam a pensar que a escala precisa ser revista quanto ao uso com adolescentes brasileiros. Tanto nos itens que compõem a escala, quanto na capacidade da escala em avaliar resiliência em adolescentes.

## *6 CONCLUSÃO*

---

A resiliência, tal como é proposta pela escala, não se relacionou aos padrões de uso de drogas avaliados nessa população. Apesar disso, o fator de “*resolução de ações e valores*”, que avaliou auto-estima, determinação, disciplina e adaptabilidade, se apresentou relacionado a uma menor probabilidade do abuso de álcool e tabaco associado ao uso de outras drogas. Os principais aspectos protetores desse fator foram a disciplina e a determinação. Os resultados indicam a relevância de alguns aspectos da resiliência na prevenção ao uso de drogas em adolescentes. Na prática, a inclusão de estratégias que promovam ações e valores, com foco em disciplina e determinação, ao longo do desenvolvimento do adolescente, pode contribuir com a prevenção.

## *7 ANEXOS*

---

**Anexo 1: Questionário****QUESTIONÁRIO**

--	--	--	--	--	--	--	--

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre comportamentos de saúde entre estudantes da cidade de São Paulo.

Este questionário aborda principalmente questões sobre lazer, família e uso de substâncias.

Não escreva seu nome no questionário pois ele é ANÔNIMO, ou seja, nós não poderemos saber quem respondeu cada questionário.

É muito importante que você leia cuidadosamente as perguntas e as alternativas de resposta. Basta assinalar um X na resposta que você ache que seja a mais adequada. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com a sua experiência, mas todas as alternativas tem uma resposta.

É muito importante que você responda com sinceridade e procure não deixar questões em branco. Os resultados desta pesquisa servirão para que profissionais da área de saúde e educação conheçam melhor o comportamento dos jovens e possam melhorar a qualidade de seus serviços.

Caso não queira participar da pesquisa ou responder alguma pergunta é só deixar em branco.

1. Sexo:      1  Masculino      2  Feminino

2. Quantos anos você tem? ..... anos.

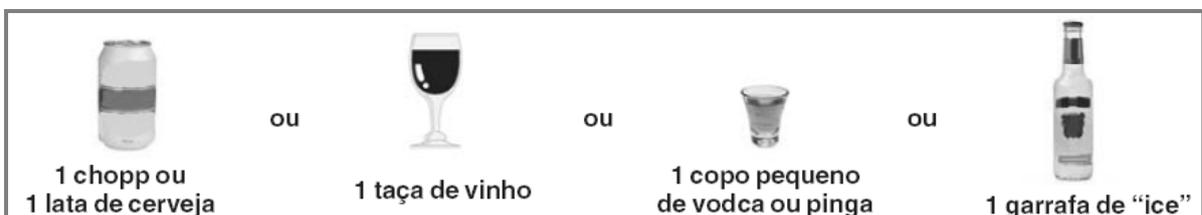
3. Marque com X com que freqüência você realizou as seguintes atividades no último mês, ou seja, nos últimos 30 dias:

	Quase todos os dias	No mínimo uma vez por semana	De uma a três vezes por mês	Nenhuma vez
a) Jogou videogame ou jogos de internet				
b) Praticou algum esporte ou outro exercício físico por prazer				
c) Leu livros por vontade própria				
d) Saiu à noite com amigos(as) (para festas, baladas, bares ou shows)				
e) Praticou atividades de lazer como tocar instrumentos musicais, cantar, dançar, pintar, desenhar ou escrever				
f) Passeou com amigos(as) em shoppings, ruas, praças, ou parques				
g) Utilizou a internet para diversão (orkut, msn, músicas, filmes)				
h) Participou de trabalhos sociais voluntários				
i) Participou de orações coletivas (missas, cultos ou sessões) por vontade própria				
j) Participou de reuniões de jovens de alguma religião por vontade própria				
k) Participou de atividades artísticas em algum grupo religioso por vontade própria (teatro, música, recreação, pintura etc.)				

4.	A. Quantos dias você faltou na escola nos últimos 30 dias?	1 <input type="checkbox"/> Não faltei 2 <input type="checkbox"/> Faltei de 1 a 3 dias 3 <input type="checkbox"/> Faltei de 4 a 8 dias 4 <input type="checkbox"/> Faltei 9 dias ou mais
	B. Qual foi o <u>principal motivo</u> das suas faltas nos últimos 30 dias?	1 <input type="checkbox"/> Não faltei 2 <input type="checkbox"/> Por doença ou consulta médica 3 <input type="checkbox"/> Por preguiça 4 <input type="checkbox"/> Eu me atrasei ou perdi a hora 5 <input type="checkbox"/> Para passear ou me divertir 6 <input type="checkbox"/> Outro motivo _____
5.	A. Você já experimentou alguma bebida alcoólica? Exemplos: cerveja, chopp, vinho, pinga, caipirinha, aperitivos, sidra, outras	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
	B. Que idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca tomei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos 3 <input type="checkbox"/> Não lembro
	C. Se você já tomou, onde você estava na primeira vez que tomou bebida alcoólica?	1 <input type="checkbox"/> Nunca bebi 2 <input type="checkbox"/> Em casa 3 <input type="checkbox"/> Casa noturna, balada ou bar 4 <input type="checkbox"/> Casa de amigos ou conhecidos 5 <input type="checkbox"/> Não lembro 6 <input type="checkbox"/> Outros _____
	D. Se você já tomou, quem lhe ofereceu bebida alcoólica quando você tomou pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca bebi 2 <input type="checkbox"/> Ninguém ofereceu, eu comprei ou peguei sozinho 3 <input type="checkbox"/> Familiares 4 <input type="checkbox"/> Amigos 5 <input type="checkbox"/> Não lembro 6 <input type="checkbox"/> Outros _____
	E. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou alguma bebida alcoólica?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
	F. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou alguma bebida alcoólica?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês 3 <input type="checkbox"/> Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês 4 <input type="checkbox"/> Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

- G. Se você já tomou alguma bebida alcoólica, qual você tomou nos últimos 30 dias? (VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
- 1  Não tomei
  - 2  Cerveja ou chopp
  - 3  Pinga
  - 4  Uísque
  - 5  Vodca
  - 6  Conhaque
  - 7  Licor
  - 8  Sidra ou champanhe
  - 9  Vinho
  - 10  Batida ou caipirinha
  - 11  Bebidas tipo “ice” (ex.: “smirnoff ice”)
  - 12  Outros
- H. Alguma vez na vida você já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar? (“porre/ficar bêbado”)
- 1  Não
  - 2  Sim

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



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

Pergunta:

- I. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica na mesma ocasião? (olhar o quadro de doses)
- 1  Nenhuma vez
  - 2  1 vez
  - 3  2 vezes
  - 4  3 a 5 vezes
  - 5  6 a 9 vezes
  - 6  10 ou mais vezes
  - 7  Não lembro

	J. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você viu propagandas de bebidas alcoólicas em tv, revistas, jornais, rádio ou internet?	1 <input type="checkbox"/> Não vi 2 <input type="checkbox"/> Sim, vi de 1 a 5 dias no mês 3 <input type="checkbox"/> Sim, vi de 6 a 19 dias no mês 4 <input type="checkbox"/> Sim, vi em 20 dias ou mais no mês 5 <input type="checkbox"/> Não sei
	K. Você já comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica (mesmo que não tenha sido para você)?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Já tentei, mas não consegui
6.	A. Você já tomou alguma bebida energética? (Red Bull®, Flash Power®, Flying Horse®, Bad Boy®, Blue Energy®, Burn®)	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
	B. Se você já tomou alguma bebida energética, alguma vez foi misturada com álcool?	1 <input type="checkbox"/> Nunca tomei bebida energética 2 <input type="checkbox"/> Não, nunca misturei com álcool 3 <input type="checkbox"/> Sim, já misturei com álcool
7.	A. Você já fumou cigarro?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
	B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você fumou algum cigarro?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
	C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você fumou algum cigarro?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, fumei de 1 a 5 dias no mês 3 <input type="checkbox"/> Sim, fumei de 6 a 19 dias no mês 4 <input type="checkbox"/> Sim, fumei 20 dias ou mais no mês
	D. Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca fumei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos 3 <input type="checkbox"/> Não lembro
	E. Se você fuma, quantos cigarros você fuma por dia?	1 <input type="checkbox"/> Não fumo 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 10 cigarros por dia 3 <input type="checkbox"/> De 11 a 20 cigarros por dia 4 <input type="checkbox"/> Mais de 20 cigarros por dia
	F. De um ano pra cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tentou parar de fumar?	1 <input type="checkbox"/> Não fumei nos últimos 12 meses 2 <input type="checkbox"/> Sim, tentei parar de fumar e consegui 3 <input type="checkbox"/> Sim, tentei parar de fumar e não consegui 4 <input type="checkbox"/> Não tentei parar

8.	A. Você já cheirou algum produto para sentir “barato”? Exemplos: loló, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, acetona, tiner, esmalte, aguarrás, tinta. (NÃO VALE COCAÍNA)	1 <input type="checkbox"/> Não
		2 <input type="checkbox"/> Sim
	B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você cheirou algum produto para sentir “barato”?	1 <input type="checkbox"/> Não
		2 <input type="checkbox"/> Sim
	C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você cheirou algum produto para sentir “barato”?	1 <input type="checkbox"/> Não
		2 <input type="checkbox"/> Sim, cheirei de 1 a 5 dias no mês 3 <input type="checkbox"/> Sim, cheirei de 6 a 19 dias no mês 4 <input type="checkbox"/> Sim, cheirei 20 dias ou mais no mês
D. Se você já cheirou algum produto para sentir “barato”, qual você cheirou nos últimos 30 dias? (VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	1 <input type="checkbox"/> Não cheirei	
	2 <input type="checkbox"/> Loló/lança	
	3 <input type="checkbox"/> Cola	
	4 <input type="checkbox"/> Éter	
	5 <input type="checkbox"/> Gasolina	
	6 <input type="checkbox"/> Tiner/aguarrás/tinta/benzina	
	7 <input type="checkbox"/> Esmalte/acetona	
	8 <input type="checkbox"/> Outros .....	
E. Que idade você tinha quando cheirou algum desses produtos para sentir “barato” pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca cheirei	
	2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos	
	3 <input type="checkbox"/> Não lembro	
F. Se você cheirou algum desses produtos, na última vez que cheirou, onde você os conseguiu?	1 <input type="checkbox"/> Nunca cheirei	
	2 <input type="checkbox"/> Tinha em minha casa	
	3 <input type="checkbox"/> Ganhei de amigos	
	4 <input type="checkbox"/> Não lembro	
	5 <input type="checkbox"/> Outros .....	
9.	A. Você já experimentou maconha (ou haxixe)?	1 <input type="checkbox"/> Não
		2 <input type="checkbox"/> Sim
	B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou maconha?	1 <input type="checkbox"/> Não
		2 <input type="checkbox"/> Sim
C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou maconha?	1 <input type="checkbox"/> Não	
	2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 dias no mês	
	3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 19 dias no mês	
	4 <input type="checkbox"/> Sim, usei 20 dias ou mais no mês	
D. Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca experimentei	
	2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos	
	3 <input type="checkbox"/> Não lembro	

10. A. Você já tomou algum tranqüilizante (calmante) sem receita médica? 1  Não  
2  Sim.  
Exemplos: Diazepam, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Apraz®, Rivotril®, Alprazolam, Lexotan®, Dalmadorm®, Dormonid®, Bromazepam, Frontal®, Olcadil®.  
(NÃO VALE CHÁS, NEM PRODUTOS NATURAIS COMO MARACUGINA®) Qual o nome do que tomou por último?  
.....  
.....
- B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum tranqüilizante (calmante) sem receita médica? 1  Não  
2  Sim
- C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum tranqüilizante (calmante) sem receita médica? 1  Não  
2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês
- D. Que idade você tinha quando tomou algum tranqüilizante (calmante) sem receita médica pela primeira vez? 1  Nunca tomei  
2  Eu tinha ..... anos  
3  Não lembro
- E. Se você já tomou algum tranquilizante, como você os conseguiu pela primeira vez? 1  Nunca tomei  
2  Peguei na minha casa  
3  Alguém da minha família me deu  
4  Consegui com amigos  
5  Não lembro  
6  Outros .....

11. A. Você já tomou Holoten®, Carpinol® ou Medavane® para sentir “barato”? 1  Não  
2  Sim.  
Qual o nome do que tomou por último?  
.....  
.....

12. A. Você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (“ligado”) sem receita médica? 1  Não  
2  Sim.  
Exemplos: Hipofagin®, Inibex®, Desobesi®, Moderine®, Absten®, Fagolipo®, Dualid®.  
(NÃO VALE ADOÇANTE, SHAKE NEM CHÁ) Qual o nome do que tomou por último?  
.....  
.....

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (“ligado”) sem receita médica?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (“ligado”) sem receita médica?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês 3 <input type="checkbox"/> Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês 4 <input type="checkbox"/> Sim, tomei 20 dias ou mais no mês
D. Que idade você tinha quando tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (“ligado”) sem receita médica pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca tomei esses remédios 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos 3 <input type="checkbox"/> Não lembro
E. Se você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (“ligado”), como você os conseguiu pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca tomei 2 <input type="checkbox"/> Peguei na minha casa 3 <input type="checkbox"/> Alguém da minha família me deu 4 <input type="checkbox"/> Consegui com amigos 5 <input type="checkbox"/> Comprei na balada 6 <input type="checkbox"/> Não lembro 7 <input type="checkbox"/> Outros .....

13. A. Você já experimentou cocaína?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
B. De um ano pra cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou cocaína?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou cocaína?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 dias no mês 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 19 dias no mês 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei 20 dias ou mais no mês
D. Que idade você tinha quando experimentou cocaína pela primeira vez?	1 <input type="checkbox"/> Nunca experimentei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos 3 <input type="checkbox"/> Não lembro

14. A. Você já experimentou crack ou merla?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Qual você usou? .....
B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou crack ou merla?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim
C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou crack ou merla?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 dias no mês 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 19 dias no mês 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei 20 dias ou mais no mês

	D. Que idade você tinha quando experimentou crack ou merla pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> Nunca experimentei <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos <input type="checkbox"/> Não lembro
15.	A. Você já tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir “barato”?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual o nome do que usou por último? .....
	B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio para sentir um “barato”?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio para sentir “barato”?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês <input type="checkbox"/> Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês <input type="checkbox"/> Sim, tomei 20 dias ou mais no mês
	D. Se você já tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio, que idade você tinha quando tomou para sentir “barato” pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> Nunca tomei <input type="checkbox"/> Eu tinha ..... anos <input type="checkbox"/> Não lembro
16.	Você já experimentou heroína ou ópio?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual o nome do que usou por último? .....
17.	Você já tomou algum dos remédios abaixo para sentir “barato”? Morfina, Tylex®, Setux®, Sylador®, Tramal® (Tramadol), Dolantina® (Meperidina ou Petidina), Fentanil®, Dolosal®, Belacodid®	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual o nome do que usou por último? .....
18.	Você já experimentou LSD (ácido) ou chá de cogumelo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual você usou? .....
19.	A. Você já experimentou ecstasy?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	B. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou ecstasy?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 dias no mês <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 19 dias no mês <input type="checkbox"/> Sim, usei 20 dias ou mais no mês

- 
20. A. Você já usou Benflogin® para sentir “barato”?
- 1  Não  
2  Sim
- 
- B. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou Benflogin® para sentir “barato”?
- 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

- 
21. Você já usou algum medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força?
- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que usou por último? .....
- Exemplos: Anabolex®, Androlone®, Androviron®, Decadurabolin®, Durabolin®, Durateston®, Equipoise®, Parabolan®, Primobolan®

- 
22. Você já ouviu falar de outras drogas não citadas neste questionário?
- 1  Não  
2  Sim, os nomes são:  
.....

- 
23. Com quem você mora?  
(VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
- 1  Pai  
2  Padrasto  
3  Mãe  
4  Madrasta  
5  Irmã(s) ou irmão(s)  
6  Avó(s) ou avô(s)  
7  Outros .....

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

25. Marque com X a frequência que as seguintes situações aconteceram com você no último mês, ou seja, nos últimos 30 dias:

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
a) Os meus pais ou responsáveis definiram regras sobre o que eu posso fazer em casa					
b) Os meus pais ou responsáveis definiram regras sobre o que eu posso fazer fora de casa					
c) Eu consegui facilmente obter atenção e cuidados da minha mãe e/ou pai ou responsável					
d) Eu consegui facilmente que minha mãe e/ou meu pai ou responsável me dessem dinheiro					

26. Marque com X com que frequência no último mês, ou seja, nos últimos 30 dias seus pais ou responsáveis:

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
a) Perguntaram a você sobre o que você fez na escola					
b) Elogiaram você quando você fez algo bem feito					
c) Fizeram alguma refeição junto com você					
d) Perguntaram aonde você foi e com quem					
e) Conversaram com você por dez minutos ou mais					
f) Conversaram com você sobre os problemas que as bebidas alcoólicas podem causar aos jovens					
g) Conversaram com você sobre os problemas que outras drogas podem causar aos jovens					

As próximas perguntas são sobre **AS PESSOAS COM QUEM VOCÊ MORA**

Entre as pessoas com quem você mora:

27. Alguém toma bebidas alcoólicas? (cerveja, chopp, vinho, pinga, caipirinha, aperitivos, sidra, outros)

1  Sim  
2  Não  
3  Não sei

28. Alguém toma bebidas alcoólicas até se embriagar? (“porre/ficar bêbado”)

1  Sim  
2  Não  
3  Não sei

29. Alguém fuma cigarro

1  Sim  
2  Não  
3  Não sei

30. Alguém toma tranqüilizante (calmante)?

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

(NÃO VALE CHÁS, NEM PRODUTOS NATURAIS, COMO MARACUGINA®)

1  Sim  
2  Não  
3  Não sei

31. Alguém toma algum remédio para emagrecer?

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

(NÃO VALE ADOÇANTE, SHAKE, NEM CHÁ)

1  Sim  
2  Não  
3  Não sei

32. Alguém usa maconha

1  Sim  
2  Não  
3  Não sei

33. Alguém usa cocaína

1  Sim  
2  Não  
3  Não sei

34. Você já recebeu informações educativas sobre drogas?  
(PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
- 1  Não
  - 2  Sim, na minha escola
  - 3  Sim, na minha família
  - 4  Sim, na minha igreja ou grupo religioso
  - 5  Sim, através de televisão ou rádio
  - 6  Sim, através de livros ou revistas
  - 7  Sim, através de internet
  - 8  Sim, através de amigos
  - 9  Sim, outros .....
  - .....

35. Se você quisesse procurar alguma informação sobre drogas, o que você faria?  
(PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
- 1  Nada
  - 2  Conversaria com algum professor ou funcionário da minha escola
  - 3  Conversaria com alguém da minha família
  - 4  Conversaria com alguém da minha igreja ou grupo religioso
  - 5  Procuraria informações em livros ou revistas
  - 6  Procuraria informações na internet
  - 7  Conversaria com amigos
  - 8  Conversaria com algum profissional de saúde
  - 9  Outros .....

36. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, com que intensidade você confiou que Deus (força superior) estava com você?
- 1  Nada
  - 2  Um pouco
  - 3  Mais ou menos
  - 4  Muito
  - 5  Muitíssimo

37. Você se utiliza de crenças (idéias) de alguma religião para tomar decisões?
- 1  Não tenho religião
  - 2  Tenho religião, mas não utilizo das suas idéias
  - 3  Sim, de vez em quando me utilizo
  - 4  Sim, sempre me utilizo

38. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você acessou a internet?  Não  
 Sim, acessei de 1 a 5 dias no mês  
 Sim, acessei de 6 a 19 dias no mês  
 Sim, acessei 20 dias ou mais no mês

39. Marque com um "X" o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações, neste momento:

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos				
3. Eu me sinto muito sozinho(a)				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades				
5. Eu tenho uma fé que me conforta				
6. Eu tenho medo do meu futuro				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos				
8. Eu me sinto muito forte				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor				
10. Eu sei onde eu quero ir				
11. Eu acredito no valor de cada dia				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade				

40. Marque com um "X" o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações, neste momento:

	Discordo			Nem concordo nem discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo			Nem concordo nem discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
15. Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu e obrigo a fazer coisas querendo ou não	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	1	2	3	4	5	6	7

- 
41. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você andou de moto sem capacete? 1  Sim  
2  Não
- 
42. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você andou com uma arma (ex.: revólver, faca ou pau)? 1  Sim  
2  Não
- 
43. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você entrou numa briga com agressão física? 1  Sim  
2  Não
- 
44. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você teve relações sexuais sem camisinha? 1  Sim  
2  Não
- 
45. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você tomou pílula para dieta com a intenção de perder ou controlar seu peso? 1  Sim  
2  Não
- 
46. Até que grau o chefe (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 (1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> colegial)
  - 6  Terminou o ensino médio (3o colegial)
  - 7  Fez faculdade, mas não terminou o curso
  - 8  Fez faculdade completa (terminou o curso)
  - 9  Não sei
-

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



**Anexo 2: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO 1933 - 2008</p>	<p>Universidade Federal de São Paulo</p>	<p>Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo</p>
<p>São Paulo, 4 de abril de 2008. <b>CEP 0268/08</b></p>		
<p>Ilmo(a). Sr(a). Pesquisador(a) ANA REGINA NOTO Co-Investigadores: Tatiana de Castro Amato Disciplina/Departamento: Psicobiologia/Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo Patrocinador: FAPESP.</p>		
<p><b><u>PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL</u></b></p>		
<p>Ref: Projeto de pesquisa intitulado: <b>“Resiliência e uso de drogas entre estudantes do ensino médio da rede particular do município de São Paulo”</b>.</p>		
<p>CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo de perfil populacional. RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo. OBJETIVOS: Avaliar a relação entre o uso de substâncias psicoativas e auto-relato de resiliência entre estudantes do ciclo médio (1º e 3º ano) da rede particular de ensino do município de São Paulo. RESUMO: Este estudo é um subestudo de uma pesquisa maior realizada pelo CEBRID da Unifesp aprovado pelo CEP-Unifesp (CEP 0903/07). Foi solicitado apoio do Sindicato dos Estabelecimentos de Ensino de São Paulo juntamente com o CEBRID. A população alvo do estudo serão estudantes do ensino médio da rede particular do município de São Paulo. A amostra deverá ser representativa, por conglomerados (escolas) e estratificada (por características socioeconômicas). A amostra será obtida em dois estágios: primeiro serão sorteadas as escolas e depois as turmas. Deverão ser pesquisadas cerca de 20 escolas com ensino médio, com sorteio de 4 turmas por escola (80 turmas, cerca de 2000 estudantes). Será utilizado um questionário fechado, de autopreenchimento e anônimo, utilizado nos levantamentos anteriores, que é um instrumento adaptado proposto pela OMS, validado para o Brasil, com questões relacionadas sobre as demográficos, comportamentos de risco à saúde, consumo de psicotrópicos e aspectos relacionados. Um segundo instrumento a ser utilizado, também em forma de auto-aplicação, será a escala de Resiliência validada para o Brasil. Essa escala objetiva avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. Os dados obtidos serão submetidos à análise descritiva e inferencial. Serão realizadas análises bivariadas e multivariadas, para se avaliar a relação entre o uso de drogas e resultados da escala de Resiliência e possíveis influências de outras variáveis como gênero, idade e contexto familiar. A escolha do teste dependerá do modelo de análise estatística e dos parâmetros de distribuição de normalidade da amostra. FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudar questões de saúde e a prevalência do uso de psicotrópicos entre estudantes do nível médio, a fim de subsidiar programas de promoção de saúde na interface com a educação. MATERIAL E MÉTODO: descritos e apresentados os instrumentos que serão utilizados validados para o Brasil. TCLE: .</p>		
<p>Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162</p>		
		1



Universidade Federal de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

DETALHAMENTO FINANCEIRO: FAPESP.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **30/3/2009** e **30/3/2010**.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

0268/08

---

**Anexo 3:** Termo de consentimento livre e esclarecido**LEVANTAMENTO ENTRE ESTUDANTES DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO DA REDE PARTICULAR DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Objetivo:** O presente projeto tem por objetivo estudar questões de saúde e a prevalência do uso de psicotrópicos entre estudantes de ensino médio (6º a 9º ano) e fundamental (1º a 3º ano) da rede particular do Município de São Paulo, a fim de subsidiar programas promoção de saúde na interface com a educação.

**Procedimentos:** A participação no projeto envolve o autopreenchimento de um questionário sobre características demográficas, comportamentos de risco à saúde, consumo de psicotrópicos e aspectos relacionados. Vale ressaltar que o preenchimento é anônimo e as informações prestadas serão usadas exclusivamente para finalidade de pesquisa. As informações obtidas serão analisadas e publicadas em relatório impresso, a ser discutido entre os profissionais das áreas de saúde e educação, visando a elaboração de políticas públicas adequadas à realidade dos estudantes da rede particular.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado, que não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são Dra Ana Regina Noto e Dr E.A.Carlini, que podem ser encontrados no CEBRID (Rua Botucatu, 862 1º andar – tel 21490161). Caso você tenha alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Rua Botucatu, 572 1º andar CJ 14 – tel 5571 1062 – fax 5539 7162 – e-mail cepunifesp@epm.br)

---

Eu, \_\_\_\_\_  
acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa “Levantamento entre Estudantes de ensino fundamental e médio da rede particular do município de São Paulo”, discuti com o(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_ sobre a minha decisão em autorizar a participação dos estudantes desta escola.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados; as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em consentir a participação desta escola, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo sem penalidades ou prejuízos.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

---

Nome da Escola

---

Assinatura do responsável

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento livre e esclarecido deste responsável para a participação da referida instituição neste estudo:

---

Nome do pesquisador

**Anexo 4: Termo de consentimento passivo**

Universidade Federal de São Paulo  
Departamento de Psicobiologia  
Escola Paulista de Medicina

São Paulo, 01 de agosto de 2008

Prezados pais ou responsáveis,

Estamos realizando um levantamento sobre comportamentos de risco à saúde de adolescentes das Escolas particulares da cidade de São Paulo. O estudo consiste na aplicação de um questionário a ser preenchido pelos alunos em sala de aula. Os alunos não colocarão o nome no questionário e o Colégio \_\_\_\_\_ também não será identificado.

O estudo é de extrema importância para auxiliar ações preventivas.

A aplicação do questionário está prevista para o dia \_\_ de \_\_\_\_\_. Dessa forma, gostaríamos de solicitar que, caso os Srs tenham alguma restrição em relação a participação de seu/sua filho(a), por favor, entrem em contato com a coordenação do colégio.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

**Dra. Ana Regina Noto**

Professora do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP

Pesquisadora coordenadora do CEBRID

---

Rua Botucatu, 862 – Edifício Ciências Biomédicas - 1º andar - CEP 04023-062 - São Paulo – SP - Brasil  
Tel.: (55) (011) 2149.0155 FAX (55-11) 5084-2793  
site: <http://www.cebrid.epm.br> e-mail: [cebrid@psicobio.epm.br](mailto:cebrid@psicobio.epm.br)

**Anexo 5:** Diário de campo

*Diário Campo*

**Nome da Escola:**

**Dia da aplicação:**

**Mensalidade:**

**Receptividade da Escola:**

**Aplicadores:**

**Salas:**

**Quantidade de Questionários respondidos:**

**Recusas:**

**Ocorrências:**

## *8 REFERÊNCIAS*

---

1. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Adolescence. In: Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Human Development (7th Ed). New York: McGraw-Hill, 1998.
2. Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S.. Initiation of Sexual Intercourse Among Middle School Adolescents: The Influence of Psychosocial Factors. *J Adolesc Health* 2004;34:200–208.
3. Geier CF, Terwilliger R, Teslovich T, Velanova K, Luna B. Immaturities in Reward Processing and Its Influence on Inhibitory Control in Adolescence. *Cereb Cortex* 2009; doi: 10.1093/cercor/bhp225.
4. Byrnes JP. The Development of Decision-making. *J Adolesc Health* 2002; 31:208–215.
5. Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6):1041-1052.
6. Silva VA, Mattos. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In. Pinsky I, Bessa MA. *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Editora Contexto, 2004.
7. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1997.
8. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. 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. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.
9. Lemos T, Zaleski M. As principais drogas: como elas agem e quais seus efeitos. In. Pinsky I, Bessa MA. *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Editora Contexto, 2004.
10. Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 2008; 25(3):405-416.

11. Flay, B.R. & Petraitis. Bridging the gap between Substance use prevention theory and practice. In Sloboda, Z. & Bukoski, W.J. Handbook of drug abuse prevention: theory, science and practice. New York: Springer, 2006.
12. Bonomo Y, Coffey C, Wolfe R, Lynskey M, Bowes G, Patton G . Adverse outcomes of alcohol use in Adolescents. *Addiction* 2001; 96: 1485–1496.
13. Carlini E A, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, Moura, YG, Sanchez ZVM. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País. Brasília: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/ Secretaria Nacional Sobre Drogas, 2001.
14. Elgar FJ, Roberts C, Parry-Langdon N, Boyce W. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *European Journal of Public Health* 2005; 15(3), 245–250.
15. Hampson SE, Andrews JA, Barckley M. Childhood predictors of adolescent marijuana use: early sensation seeking, deviant peer affiliation and social images. *Addictive behaviors* 2008; 33: 1140-1147.
16. Sanchez ZVM, Nappo SA. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4):420-30.
17. Wagner FA, Velasco-Mondragón HE, Herrera-Vázquez M, Borges G, Lazcano-Ponce E. Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the State of Morelos, Mexico. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77: 93–96.
18. Hair EC, Park MJ, Ling TJ, Moore KA. Risky Behaviors in Late Adolescence: Co-occurrence, Predictors, and Consequences. *J Adolesc Health* 2009; 45: 253–261.
19. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use Across Adolescence. *J Adolesc Health* 2008; 43:157–164.

- 
20. Okamoto SK, Helm S, Po'a-Kekuawela K, Chin CIH, Nebre LRH. Community Risk and Resiliency Factors Related to Drug Use of Rural Native Hawaiian Youth: An Exploratory Study. *J Ethn Subst Abuse* 2009; 8(2): 163–177.
  21. Lasmar MMO, Ronzani TM. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Rev. APS* 2009; 12(3): 339-350.
  22. Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, Maringá* 2003; 8(num. esp.): 75-84.
  23. Wills TA, Ainette MG, Stoolmiller M, Gibbons FX, Shinar O. Good self-control as a buffering agent for adolescent substance use: an investigation in early adolescence with time-varying covariates. *Psychol Addict Behav* 2008; 22(4): 459–471.
  24. Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, Dijk JP, Reijneveld SA. Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav* 2009; 34(3): 287–291.
  25. Cicchetti D. Foreword. In. Luthar S (Org). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the context of childhood Adversities*. New York: Cambridge, 2003.
  26. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 399-419.
  27. Luthar S, Sawyer JA, Brown PJ. Conceptual issues in studies of resilience: past, present, and future research. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 105–115.
  28. Sodelli M. Aproximando sentidos: formação de professores, educação, drogas e ações redutoras de vulnerabilidade. Tese (Doutorado em Educação: Psicologia da Educação) Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2006.
  29. Masten AS, Obradović J. Competence and Resilience in Development. *Ann NY Acad Sci* 2006; 1094: 13–27.

- 
30. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 1–12.
  31. Rouse KAG, Ingersoll GM, Orr DP. Longitudinal Health Endangering Behavior Risk Among Resilient and Nonresilient Early Adolescents. *J Adolesc Health* 1998; 23: 297–302.
  32. Rew L, Taylor-Seehafer M, Thomas NY, Yockey RD. Correlates of Resilience in Homeless Adolescents. *J Nurs Scholarsh*, 2001; 33:1, 33-40.
  33. Tusaie K, Puskar K, Sereika SM. A Predictive and Moderating Model of Psychosocial Resilience in Adolescents. *J Nurs Scholarsh* 2007; 39:1, 54-60.
  34. Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones* 2007; 19(1): 89-101.
  35. Stanton WR, Lowe JB, Silva PA. Antecedents of Vulnerability and Resilience to Smoking Among Adolescents. *J Adolesc Health* 1995;16:71-77.
  36. McManus RP. Adolescent care: reducing risk and promoting resilience. *Prim Care Clin Office Pract* 2002; 29: 557–569.
  37. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira: Censo escolar 2007 [Online]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/censo/escolar/arquivo08.htm>. Acesso em Janeiro de 2010.
  38. Kish L. *Survey sampling*. New York: John Wiley & Sons, 1965.
  39. Smart RG, Hughes DPH, Johnston LD, Anumonye A, Khant U, Medina-Mora ME, Navaratnam V, Poshya-Chinda V, Varna VK, Walud KA. *Methodology for students drug-use surveys*. Geneva: World Health Organization, 1980.
  40. Carlini-Cotrim B, Silva-Filho AR, Barbosa MTS, Carlini EA. Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987. *Estudos e projetos*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 1989, 153p.

- 
41. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa: Critério de Classificação Econômica Brasil 2008 [Online]. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em 5 de novembro de 2009.
  42. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993; 1(2): 165 –178.
  43. Pesce RP, Assis SG, Avinci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica* 2005, 21(2): 436-448.
  44. Palmer RHC, Young SE, Hopfer CJ, Corley RP, Stallings MC, Crowley TJ, Hewitt JK. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and Young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug Alcohol Depend* 2009; 102: 78–87.
  45. Pratta EMM, Santos MA. Adolescence and the consumption of psychoactive substances: the impact of the socioeconomic status. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 15 (Special Number): 806-811.
  46. Dishion TJ, Connell A. Adolescents' Resilience as a Self-Regulatory Process. Promising Themes for Linking Intervention with Developmental Science. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 125–138.
  47. Becoña E, Varela MCM, Durán AL, Domínguez MJV, Pontevedra MCL. Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y drogas* 2006; 6(1): 89-101.
  48. Jaffee WB, D'Zurilla TJ. Personality, Problem Solving, and Adolescent Substance Use. *Behav Ther* 2009; 40: 93–101.
  49. Stenbacka M, Leifman A. Can individual competence factors prevent adult substance and alcohol abuse in low- and high-income areas?. *Alcohol* 2001; 25: 107– 114.

- 
50. Kerr-Corrêa F, Tucci AM, Hegedus AM, Trinca LA, Oliveira JB, Floripes TMF, Franco LR, Kerr S, Diferenças nos padrões de consumo de álcool entre homens e mulheres em duas comunidades brasileiras distintas. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2008;30(3):235-42.
  51. Koller SH, Lisboa C. Brazilian Approaches to Understanding and Building Resilience in At-Risk Populations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2007; 16: 341–356.
  52. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge, J Rehm. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007; 369(9570): 1391-401.
  53. Ryb GE, Dischinger PC, Kufera JA, Read KM. Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accid Anal Prev* 2006; 38: 567–573.
  54. Ahern J, Galea S, Hubbard A, Midanik L, Syme SL. “Culture of Drinking” and Individual Problems with Alcohol Use. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1041–1049.
  55. Sanchez ZM, Opaleye ES, Moura YG, Noto AR. Leisure activities, family and religiosity associated with binge drinking among high school students. *No prelo*: 2009.
  56. Rodríguez DH. O humor como indicador de resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
  57. Dubow EF, Boxer P, Huesmann LR. Childhood and adolescent predictors of early and middle adulthood alcohol use and problem drinking: the Columbia County Longitudinal Study. *Addiction* 2008; 103 (Suppl. 1): 36–47.
  58. Chuang Y, Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA. Relationships of Adolescents’ Perceptions of Parental and Peer Behaviors with Cigarette and Alcohol Use in Different Neighborhood Contexts. *J Youth Adolescence* 2009; 38:1388–1398.
  59. Ahern NR, Kiehl EM, Sole ML, Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2006; 29: 103-125.

*ABSTRACT*

---

The aim was assess how resilience and its factors are related to different drug use patterns in adolescents. Private school students from São Paulo (Brazil) were selected by a representative, stratified and cluster sample. It was applied a self-report questionnaire proposed by WHO measuring alcohol, binge drinking, tobacco and other drugs (marijuana, inhalants, tranquilizers, stimulants, cocaine, ecstasy and crack) 30-day use. The resilience was assessed by Resilience Scale, which in Brazilian validation the main factor was named “capacity to act based on ones values”. The economic class was measured by ABEP scale. Weighted data were analyzed by descriptive, bivariate (GLM), cluster analysis and logistic regression statistics. Significance level was set at 5%. The sample was comprised of 2691 students with mean age 16 (CI=15.9-16.1), 52% were female and 95.5% were from upper economic classes. The most prevalent drug consumption was alcohol (50.2%), followed by tobacco (14.1%) and other drugs (11.6%). Binge drinking was related by 31.8%. Cluster analysis identified four groups according to 30-day drug use: do not use drugs, alcohol, alcohol/ binge drinking/ tobacco, alcohol/ binge drinking/ tobacco/ other drugs. The resilience was not associated with different drug use patterns in this population. However, the factor “capacity to act based on ones values” that evaluate self-esteem, determination, self-discipline, good mood, readiness to help and adaptability, contribute to decrease the odds of alcohol use, binge drinking and other drug use. The main protect factors for this drug use pattern was self-discipline and determination. Self-discipline also decreased the odds of alcohol associated with binge drinking and tobacco use. These results highlight the relevance of aspects related to “*capacity to act based on ones values*”, especially self-discipline and determination, to drug use prevention in adolescence.

**Key words:** Psychological resilience, psychological factors, drug abuse, risk-taking, adolescent.

---