

FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO
ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: FARMACOLOGIA

RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA E USO DE ÁLCOOL:
COMPARAÇÃO ENTRE OS SEXOS

Elisa Leal Belmonte

Porto Alegre
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO
ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: FARMACOLOGIA

RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA E USO DE ÁLCOOL:
COMPARAÇÃO ENTRE OS SEXOS

Elisa Leal Belmonte

Dissertação apresentada ao curso de Pós- Graduação em Ciências Médicas, da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, para a obtenção do título em Mestre em Ciências Médicas.

Orientadora: Dra. Helena M. T. Barros.

Co-Orientadora: Dra. Ana Regina Noto.

Porto Alegre
2007

FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO
ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: FARMACOLOGIA

RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA E USO DE ÁLCOOL:
COMPARAÇÃO ENTRE OS SEXOS

Elisa Leal Belmonte

Porto Alegre
2007

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Professora Helena MT Barros pelo apoio constante. Foi sua ajuda, sua paciência e incentivo as principais responsáveis pela realização deste trabalho.

Também agradeço à Dra. Maristela Ferigolo e Taís Moreira, pela sua atenção, disponibilidade e ajuda nas dificuldades.

A todos do CEBRID, que me permitiram fazer parte deste estudo, podendo aprofundá-lo.

À FFFCMPA, especialmente o setor de Farmacologia, pela contribuição ao trabalho.

A todos os colegas de mestrado, pela diversão, pelo companheirismo, pelo aprendizado, pela convivência e pela amizade.

Ao Germano, pela compreensão e apoio, em todos os momentos desta jornada.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 RESUMO | 6 |
| 2 ABSTRACT | 8 |
| 3 INTRODUÇÃO | 10 |
| 3.1 O USO DE ÁLCOOL | 10 |
| 3.1.1 O uso de Álcool por Adolescentes | 10 |
| 3.1.2 História do uso de Álcool | 13 |
| 3.1.3 Farmacologia do uso de Álcool | 14 |
| 3.1.3.1 Farmacocinética do Uso de Álcool | 14 |
| 3.1.3.2 Farmacodinâmica do Uso de Álcool | 16 |
| I Efeitos no Sistema Nervoso Central | 16 |
| II Efeitos no Sistema Cardiovascular | 16 |
| III Efeitos na Musculatura Esquelética | 19 |
| IV Efeitos na Temperatura Corporal | 20 |
| V Efeitos na Diurese | 20 |
| VI Efeitos no Sistema Gastrointestinal | 21 |
| VII Efeitos na Absorção de Vitaminas e Minerais | 23 |
| VIII Efeitos na Função Sexual | 24 |
| IX Efeitos Hematológicos e Imunológicos | 25 |
| 3.1.4 Agressão e Uso de Álcool | 26 |
| 3.2 VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA | 27 |
| 3.2.1 Definições | 27 |
| 3.2.2 Epidemiologia | 29 |
| 3.3 USO DE ÁLCOOL, SEXO E VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA | 34 |
| 3.3.1 Estudos clínicos sobre uso de álcool e drogas por sexo | 37 |
| 3.3.2 Estudos experimentais sobre uso de álcool e drogas por sexo | 39 |
| 3.3.3 Influência dos hormônios ovarianos na resposta às drogas | 41 |
| 3.4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 43 |
| 4 ARTIGO CIENTÍFICO | 54 |
| 5 ANEXOS | 74 |
| 5.1 Guia para autores – Journal of Adolescence Health | 74 |
| 5.2 Materiais e Métodos | 82 |
| 5.3 Questionário Sobre o Uso de Drogas | 92 |
| 5.4 Questionário de Triagem na Exposição de Crianças a Violência na Comunidade | 101 |
| 5.5 Manual do Aplicador | 105 |
| 5.6 Ofício do CEBRID | 109 |
| 5.7 Ofício da SENAD | 110 |
| 5.8 Apresentação do CEBRID | 111 |
| 5.9 Termo de Consentimento | 112 |
| 5.10 Declaração | 113 |
| 5.11 Avaliação do Comitê de Ética da USP | 114 |

1 RESUMO

O presente trabalho estuda a relação entre o uso de álcool e a exposição à violência comunitária entre estudantes adolescentes da rede pública de Porto Alegre, RS, Brasil no ano de 2004. Foi motivado pelos crescentes aumentos nos índices de uso de álcool na população e de criminalidade, tornando nossos jovens cada vez mais precocemente expostos tanto à violência quanto às bebidas alcoólicas. A amostra compôs-se de 2039 estudantes, de 20 escolas. O sorteio buscou uma amostragem representativa por conglomerados (escolas) e estratificada (bairros, definidos pelas características sócio-econômicas), obtida em 2 estágios, primeiramente as escolas e após as turmas. Cada estudante respondeu anonimamente a dois questionários independentes, um referente a uso de drogas, com dados socioeconômicos, e, outro em relação à exposição à violência comunitária. Foram analisados dados como: uso de álcool no mês da pesquisa; porre no mês da pesquisa; sexo, idade, situação socioeconômica, escolaridade, vivência ou testemunho de diversos tipos de violência comunitária. Os resultados mostraram que 39% dos estudantes com idades entre 10 e 19 anos, consumiram bebidas alcoólicas no mês anterior da pesquisa e, 12% destes, tomaram porres. Em relação à violência comunitária, aproximadamente 80% dos entrevistados já testemunharam algum tipo de violência psicológica severa, e 43%, já foram vítimas. Quando nos referimos à violência física severa, 35% já foram testemunhas e, 10%,

vítimas. As meninas apresentam um maior uso de álcool freqüente e porre em relação aos meninos. Os meninos estão mais expostos a violências físicas graves, enquanto as meninas estão mais expostas às violências psicológicas graves. Análise de regressão logística demonstrou relação entre o uso de álcool no mês e faixa etária ($p < 0,001$) e vitimização psicológica grave tanto em meninos ($p = 0,02$) como em meninas ($p < 0,001$). O porre no mês, conforme o uso teve uma relação significativa com vitimização psicológica grave, em ambos os sexos ($p < 0,05$), assim como com vitimização física grave em ambos os sexos ($p < 0,05$) ou somente em meninos ($p = 0,03$). Conclui-se que a influência da exposição à violência comunitária tem conseqüências diferentes entre meninos e meninas, no que se refere ao uso de álcool, sendo os meninos mais propensos a presenciar e serem vítimas de atos de violência física grave e, as meninas, de violência psicológica grave. Estes resultados têm confirmação em diversos estudos tanto em humanos como em animais, os quais analisam as diferentes reações dos sexos às várias formas de violência e a percepção do uso de álcool em cada um deles.

Palavras-chaves: Adolescente, Álcool, Exposição à violência, vitimização, uso pesado de álcool.

2 ABSTRACT

The present work studies the relationship between alcohol use and violence exposure between young students of public schools in Porto Alegre, RS, Brazil, in 2004. Was motivated by the increased number of alcohol use in population as the violence rates, making our adolescents every time more early exposed to violence and alcohol use. The samples were composed by 2039 students of 20 schools. Each one answered two independent questionnaires, one about the drug use, with socio-economic questions, and another, related to his/her exposure to community violence. Were analyzed data like: the alcohol use and binge drinking in the month before the research, sex, age, socio-economic situation, scholarship and direct or indirect victimization of several types of community violence. The results show that 39% of the students, with age between 10-19 years old, have drunk alcohol in the month before the research, and 12% have binge drink. In relation to community violence, about 80% of the students have already seen some kind of severe psychological violence and 43% have already been victims. When analyzing Severe Physical violence, 35% have already seen and 10% victims. The girls have a higher alcohol use and binge drinking than boys. Boys are more exposed to severe physical violence's and girls are more to psychological violence. The logistic regression analysis showed relationship between alcohol use and age ($p < 0,001$), severe psychological victimization in boys ($p = 0,02$) and girls ($p < 0,001$). The binge drinking, as the month use, have a significant relationship with severe psychological victimization, in both sexes ($p < 0,05$), as well as in relation to

severe physical victimization in both sexes ($p < 0,05$) or boys alone ($p = 0,03$). We conclude that the influence of the Community violence exposure has different consequences in boys and girls, in relationship to alcohol use. The boys have more chances to seen or be victims of severe physical violence, and girls to psychological violence. This results confirmed several studies as in humans or animals, which have analyzed the different reaction of boys and girls to various forms of violence.

Key words: Adolescence, Violence exposure, Victimization, Binge drinking.

3 INTRODUÇÃO

3.1 USO DE ÁLCOOL

3.1.1 Uso de álcool por adolescentes

O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática comum em nossa sociedade, onde muitos adolescentes têm contato com essas substâncias. O álcool é uma droga de baixo custo, permitida, legal, acessível e aceita pela sociedade (Marin & Rojano, 2000). Os jovens adquirem esse hábito por diversas razões: consumo no meio social, incluindo a família e grupo de amigos, publicidade e curiosidade na procura por sensações (Donovan, 2004; Hoel e cols., 2004). Esse consumo é associado com dois aspectos da aprendizagem social: imitação e virilidade; onde o consumo de álcool é visto como uma maneira de integração com a família ou o grupo (Llambrich, 2005).

Apesar de diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomendam a abstinência do álcool até os 18 anos, os estudos epidemiológicos demonstram como idade de início a faixa e entre 9-10 anos, geralmente na própria família (festas e celebrações). Após, durante a adolescência, o uso é normalmente entre grupos de amigos ou companheiros (Llambrich, 2005).

São diversas as definições dos termos “uso”, “abuso” e “dependência” de álcool. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define “uso” como qualquer consumo, independente da frequência; “abuso”, um consumo associado a conseqüências adversas recorrentes, porém não

caracterizando “dependência”. Esta, por sua vez, manifestar-se-ia quando o uso de uma substância passasse a caracterizar um estado disfuncional.

A proporção de jovens que usam álcool aumenta durante a adolescência (Bahr *e cols.*, 1995) e muitas crianças iniciam seu uso bem antes de chegar a essa fase (Fournet *e cols.*, 1990). Embora a maioria destes não se torne consumidores problemáticos, uma iniciação precoce é um dos preditores mais fortes de subsequente abuso e de problemas relacionados ao uso de álcool, como consumir e dirigir, abstenção ao trabalho e a escola e danos (Brook *e cols.*, 1996; DeWitt *e cols.*, 2000; Gruber *e cols.*, 1996; Peterson *e cols.*, 1995; Prieto *e cols.*, 2000; Perula De Torres *e cols.*, 1998). O uso durante a adolescência também aumenta diretamente o risco de acidentes, homicídios e doenças sexualmente transmissíveis (Gillmore *e cols.*, 1991; Peterson *e cols.*, 1995) e pode interferir no desenvolvimento de habilidades sociais necessárias no final da adolescência e início da fase adulta (Brook *e cols.*, 1996; Wechsler *e cols.*, 2002).

Apesar da escola e família fornecerem informações sobre o álcool e seus efeitos, estas ainda se mostram insuficientes (Salcedo Aguilar *e cols.*, 1995; Aubá e Villalbí, 1993; Castillo, 1997), assim aproximadamente metade dos jovens acredita que o álcool não é uma droga (Perula De Torres *e cols.*, 1998), menos da metade sabe a quantidade álcool/dia que apresenta risco para a saúde (Aguilar-Huerta *e cols.*, 1999) e uma pequena parte acredita que não causa dependência (Cruzado-Quevedo *e cols.*, 1994). Os jovens têm uma baixa percepção dos riscos relacionados a um alto consumo,

talvez devidos a possível tolerância familiar e social manifestada desde cedo (Salcedo Aguilar e cols., 1995).

Ainda existem poucos estudos sobre os efeitos do uso de álcool por adolescentes, apesar do fato de muitos jovens começarem a consumir neste período. De acordo com o Centro Brasileiro de informações sobre Drogas (CEBRID) (2004), o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido, e até incentivado pela sociedade.

O abuso de álcool é associado com aumento da evasão e baixo desempenho escolar, acidentes de trânsito, delinqüência, gravidez precoce e problemas de relacionamento familiar (Friedman e cols., 1996; Kokotailo e cols., 1992).

Falar em uso de álcool durante a vida, ou seja, se a pessoa já o experimentou alguma vez, é relevante, pois muitas vezes a iniciação se dá na própria residência e é freqüentemente estimulada pelos pais (Galduróz e cols., 1997).

Esse fenômeno é reconhecido como um problema de saúde pública. Em uma amostra nacional, observou-se 44,3 % dos alunos de ensino fundamental e médio haviam feito uso de álcool no mês anterior ao levantamento (Galduróz, 2004).

Resultados de levantamentos nacionais entre estudantes mostram que o uso de álcool é prevalente tanto em homens como em mulheres. Na cidade de Porto Alegre, o uso de álcool na vida só foi maior no sexo masculino durante no ano de 1997. Nos quatro levantamentos seguintes, o uso pelo sexo feminino foi superior, chegando, em 2004, à maior diferença

estatística, com 67,1% de uso nos rapazes, contra 71,9% nas moças (Galduróz, 2004).

Na faixa etária de 10 a 12 anos, 41,2% dos estudantes brasileiros da rede pública de ensino já fizeram uso de álcool na vida. O uso freqüente de álcool foi de 11,7% e, o uso pesado, de 6,7%, sendo que Porto Alegre teve o maior uso freqüente do país, 14,8% (Galduróz, 2004).

Se analisarmos conjuntamente os resultados dos cinco levantamentos já realizados (1987, 1989, 1993, 1997 e 2004), notamos que houve uma diminuição no uso de álcool. Nos levantamentos de 1987 a 1993 houve um crescimento da ordem de 7,7%, seguido de uma diminuição entre 1993 a 2004 de 21,2%.

3.1.2 História do uso de álcool

As bebidas alcoólicas estão tão fortemente associadas com o homem que é dito que a fermentação foi desenvolvida paralelamente à civilização. Até recentemente, essas bebidas continham concentrações relativamente baixas de etanol, havendo a especulação que o uso humano do álcool estaria ligado evolutivamente à preferência por frutas fermentadas, nas quais a presença de etanol significa que está madura, mas ainda não podre (Dudley, 2000).

Comparado com outras drogas, quantidades surpreendentemente grandes são necessárias para efeitos psicológicos, resultando em seu consumo mais como alimento que como uma droga. O teor alcoólico das bebidas varia de 4 a 6 % para cerveja, 10 a 15 % para o vinho e acima de 40 % para as bebidas destiladas. Contrariamente à crença popular, a quantidade servida para bebidas alcoólicas é ajustada para que estejam

contidas 14g de álcool em um copo de cerveja ou de vinho. Assim, o álcool é consumido em gramas, enquanto a maioria das outras drogas é consumida em microgramas. Os níveis de álcool no sangue podem ser estimados pela medida dos níveis de álcool no ar expirado; sendo o coeficiente de divisão entre o etanol do sangue e o do ar alveolar aproximadamente 2000:1. Devido à relação causal de consumo excessivo de álcool e acidentes automobilísticos, foram adotadas leis universalmente similares na tentativa de limitar a condutores alcoolizados de conduzir veículos. Os níveis legalmente permitidos de álcool no sangue estão situados normalmente abaixo de 100 mg% (100 miligramas de álcool por decalitro de sangue, o que é equivalente a uma concentração de 22 mM de etanol no sangue. Uma garrafa de cerveja, um copo de vinho, e uma dose de licor a 40 % contêm iguais 14g de etanol, e o consumo de uma dessas bebidas por uma pessoa de 70Kg produziria um nível de álcool no sangue de aproximadamente 30mg%. Entretanto, é importante perceber que este é um valor aproximado, porque o nível de álcool no sangue é determinado por diversos fatores, incluindo a quantidade de bebida, o gênero, peso corporal e porcentagem de água, as taxas de metabolismo e o nível de esvaziamento estomacal (Goodman e Gilman, 2001).

3.1.3 Farmacologia do uso de álcool

3.1.3.1 Farmacocinética do uso de álcool

Após a administração oral, o etanol é rapidamente absorvido na corrente sangüínea pelo estômago e intestino delgado. Como a absorção ocorre mais rapidamente pelo intestino delgado que pelo estômago, atrasos no esvaziamento gástrico (devido, por exemplo, à presença de comida)

diminuem sua absorção. Após entrar na corrente sangüínea, o álcool primeiro chega ao fígado, daí distribuindo-se a todos os fluidos orgânicos. Após o consumo oral de álcool, o metabolismo de primeira passagem proporcionado pelas enzimas álcool-desidrogenase (ADH) leva a uma diminuição nos níveis séricos que ocorreriam se a mesma dose fosse administrada de maneira intravenosa. Um menor metabolismo gástrico do etanol ocorre em mulheres, o que pode explicar em parte a maior suscetibilidade das mulheres ao etanol (Lieber, 2000). A aspirina aumenta a biodisponibilidade do etanol inibindo a ADH gástrica. Enquanto uma pequena quantidade de etanol é excretada inalterada na urina, suor e respiração, a maior parte (90 a 98%) é metabolizada para acetaldeído e, daí para acetato, principalmente no fígado. Este primeiro passo no metabolismo do álcool também é o passo limitante na determinação da velocidade pela qual o etanol é excretado do corpo. A oxidação do etanol difere da maioria das substâncias, sendo que ela é relativamente independente da concentração do sangue e é constante com o tempo (cinética de ordem zero). Em média, cerca de 10 ml de etanol são oxidados por uma pessoa de 70kg a cada hora (ou cerca de 120mg/kg por hora). O acetaldeído é rapidamente metabolizado para acetato pelas enzimas do fígado (Goodman e Gilman, 2001).

Embora o sistema citocromo P450 não seja o fator predominante no metabolismo do etanol, ele tem um papel importante nas interações com outras drogas. Pode haver uma diminuição no "clearance" de outras drogas, no entanto, após o consumo agudo de etanol, pois haverá uma competição

entre todos pelo mesmo sistema enzimático de oxidação (ex., fenitoína, varfarina) (Goodman e Gilman, 2001).

3.1.3.2 Farmacodinâmica do uso de álcool

I Efeitos no Sistema Nervoso Central

O álcool, embora seja geralmente visto como um estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC) é, na realidade, um depressor. A ingestão de quantidades moderadas de álcool pode produzir uma desinibição no comportamento. Sinais individuais de intoxicação variam de efeitos expansivos e vívidos a alterações incontroláveis de humor que podem ter componentes violentos. Com uma intoxicação mais severa, ocorre uma diminuição das funções do SNC e surge uma condição de anestesia generalizada. No entanto, há uma pequena margem entre a ação anestésica e os efeitos letais (geralmente devidos à depressão respiratória) (Goodman e Gilman, 2001).

II Efeitos no Sistema Cardiovascular

Lipoproteínas sangüíneas e efeitos cardiovasculares

Na maioria dos países, o risco de mortalidade devido às doenças coronárias é correlacionado a uma alta ingestão de gorduras saturadas e a níveis de colesterol elevados. A França é uma exceção a essa regra, com mortalidade relativamente baixa de doenças coronarianas, apesar da alta ingestão de gorduras saturadas por sua população. Estudos epidemiológicos sugerem que o difundido consumo de vinho pelos franceses (20 a 30g de etanol por dia) é um dos fatores que confeririam efeito cardioprotetor, pois o consumo de uma a três doses por dia resultaria em um menor risco de doenças coronárias, em relação a abstêmios. Em

contraste, a ingestão diária de grandes quantidades de álcool leva a uma elevada incidência de causas de falência cardiovascular não-coronária, como arritmia, cardiomiopatia e curso hemorrágico, suplantando os efeitos benéficos do álcool nas artérias coronárias. Riscos menores para doenças coronárias são observados quando utilizado um drinque e meio por dia. Mulheres jovens e outros grupos que possuem baixo risco para doenças cardíacas, possuem um pequeno benefício com o consumo baixo e moderado, enquanto aqueles de ambos os sexos que estão na faixa de alto risco e que podem ter tido um infarto do miocárdio, claramente são beneficiados. Estudos de caso-controle em diversas populações revelam de forma consistente baixas taxas de *angina pectoris*, infarto do miocárdio e doença nas artérias periféricas naqueles que consomem baixa (1 a 20g por dia) a moderada (21 a 40g por dia) quantidade de álcool (Goodman e Gilman, 2001).

Hipertensão

O consumo pesado de álcool pode aumentar a pressão sangüínea, sistólica e diastólica (Klasty, 1996). Estudos indicam uma associação positiva e não linear entre o uso de álcool e hipertensão, não relacionada à idade, educação, status de fumante ou uso de anticoncepcionais. O consumo acima de 30g diárias por dia (mais do que dois drinques padrão) é associado com um aumento de 1,5 a 2,3mmHg na pressão sangüínea sistólica e diastólica. Um efeito temporário também demonstrou que a elevação da pressão foi maior em pessoas que consumiram álcool nas 24 horas anteriores ao exame (Moreira e cols., 1998). Mulheres podem correr os mesmos riscos que os homens (Seppa e cols., 1996) .

Arritmias Cardíacas

O álcool produz efeitos farmacológicos nas conduções cardíacas, incluindo o prolongamento do intervalo QT, o prolongamento da repolarização ventricular e a estimulação simpática (Rossinen e cols., 1999; Kupari e Koskinen, 1998). Arritmia dos átrios associadas com uso crônico de álcool incluem taquicardia supraventricular, fibrilação e vibração dos átrios. Aproximadamente 15 a 20% dos casos idiopáticos de fibrilação dos átrios podem ter sido induzidos pelo uso crônico de etanol (Braunwald, 1997). A taquicardia ventricular pode ser a responsável pelo aumento de inexplicáveis mortes súbitas foram observadas em pessoas dependentes de álcool (Kupari e Koskinen, 1998). Durante o uso contínuo do álcool, os tratamentos para essas arritmias podem ser mais resistentes a agentes bloqueadores de canais de cálcio.

Cardiomiopatias

É sabido que o etanol produz efeitos tóxicos relacionados à dosagem tanto nos músculos esqueléticos quanto no cardíaco (Preedy e cols, 1994). Numerosos estudos têm mostrado que o álcool pode deprimir a contração cardíaca e levar a cardiomiopatia (Thomas e cols., 1994). Ésteres de ácidos graxos (formados pela reação enzimática de etanol com ácidos gordurosos livres) parecem representar papéis importantes no desenvolvimento dessa disfunção (Beckemeier e Bora, 1998). Aproximadamente metade dos pacientes com cardiomiopatia idiopática é dependente de álcool. Apesar dos sinais e sintomas clínicos da cardiomiopatia idiopática e daquela induzida pelo álcool serem semelhantes, a cardiomiopatia induzida pelo álcool tem um prognóstico melhor se os pacientes conseguirem parar de

beber. Mulheres têm maiores riscos do que os homens (Urbano Márquez e cols., 1995). Como 40 a 50% das pessoas com cardiomiopatia induzida pelo álcool que continuam a beber morrem entre 3 a 5 anos, a abstinência permanece como principal tratamento.

Derrames

Estudos clínicos indicam uma incidência maior de derrames hemorrágicos e isquêmicos em pessoas que bebem mais de 40 a 60g de álcool por dia (Hansagi e cols., 1995). Muitos casos de derrames ocorrem em pacientes mais jovens. Fatores etiológicos propostos incluem: a indução pelo álcool de arritmias cardíacas e formação de trombos associada; hipertensão sangüínea e subsequente degeneração das artérias cerebrais; aumento agudo da pressão sangüínea sistólica e alteração no “tom” das artérias cerebrais; e trauma craniano. Os efeitos do álcool na formação de aneurismas intracranianos são controversos, mas a associação estatística desaparece quando há um controle para o uso de tabaco e sexo (Qureshi e cols., 1998).

III Efeitos na Musculatura Esquelética

O álcool produz efeitos na musculatura esquelética (Panzak e cols., 1998). O consumo crônico e pesado de álcool foi associado com decrescente força muscular, mesmo quando houve controle de fatores, como idade, uso de nicotina ou doenças crônicas. Altas doses de álcool também causam danos irreversíveis nos músculos, refletido por um destacado aumento na atividade da creatina fosfocinase no plasma. Biópsias musculares de consumidores excessivos de álcool também revelam níveis reduzidos de estoques de glicogênio. Aproximadamente 50%

dos consumidores excessivos de álcool têm evidências de atrofia das fibras tipo II. Muitos pacientes com alcoolismo crônico mostram sinais de uma miopatia esquelética similar à cardiomiopatia alcoólica.

IV Efeitos na Temperatura Corporal

A ingestão de etanol causa uma sensação de calor porque o álcool aumenta o fluxo de sangue cutâneo e gástrico. O aumento de suor também pode ocorrer. O calor, entretanto, é perdido mais rapidamente e a temperatura interna cai. Após o consumo de grandes quantidades de etanol, entretanto, o próprio mecanismo central regulador de temperatura se torna depressivo, e a queda da temperatura corporal pode se tornar mais pronunciada. A ação do álcool em diminuir a temperatura corporal é maior e mais perigosa quando a temperatura ambiente é baixa. Estudos de mortes por hipotermia sugerem que o álcool é um grande fator de risco nesses eventos (Kortelainen, 1991). Pacientes com membros isquêmicos, secundários à doenças vasculares são particularmente suscetíveis a danos causados pelo frio (Proano e Perbeck, 1994).

V Efeitos na Diurese

O álcool diminui a liberação de vasopressores da glândula pituitária posterior, o que resulta em diurese aumentada (Leppaluoto e cols., 1992). Alcoolistas têm menor perda de urina em relação a outros indivíduos em resposta a uma mudança na dosagem de etanol, sugerindo que exista um mecanismo de tolerância para os efeitos diuréticos do etanol (Collins e cols., 1992). Alcoolistas em abstinência têm um aumento na liberação de vasopressinas e uma conseqüente retenção de água.

VI Efeitos no Sistema Gastrointestinal

Esôfago

O álcool freqüentemente é o fator etiológico principal ou um dos múltiplos fatores associados a disfunção esofágica. O etanol também está associado a desenvolvimento de refluxo esofágico, esôfago de Barrett, ruptura traumática do esôfago, lágrimas de Mallory-Weiss e câncer de esôfago. Quando comparado a não-fumantes e não-alcoólatras, os pacientes dependentes de álcool tabagistas têm um risco em dez vezes de desenvolver câncer de esôfago. Há pequenas mudanças na função esofágica com baixa alcoolemia, redução do movimento peristáltico e diminuição da pressão do esfíncter esofágico (Goodman e Gilman, 2001).

Estômago

O uso pesado de álcool pode romper a mucosa gástrica e causar gastrite crônica e aguda. O etanol parece estimular secreções gástricas por excitar os nervos sensoriais na mucosa bucal e gástrica promovendo a liberação de gastrina e histamina. Bebidas contendo mais de 40% de álcool também possuem um efeito tóxico direto na mucosa gástrica. Enquanto esses efeitos são vistos mais freqüentemente em bebedores pesados e crônicos, eles também podem ocorrer após o uso de álcool em curtos e/ou moderados períodos de uso (Goodman e Gilman, 2001).

Intestinos

Muitos alcoolistas têm diarreia crônica como um resultado da má absorção pelo intestino delgado (Addolorato e cols., 1997). As fissuras retais e pruridos anais que são freqüentemente associados com excessivo

consumo de álcool provavelmente estão relacionados à diarreia crônica. A diarreia é causada por mudanças estruturais e funcionais do intestino delgado (Papa e cols., 1998); e os níveis de enzimas digestivas são reduzidos (Goodman e Gilman, 2001).

Pâncreas

O uso pesado de álcool é a causa mais comum de pancreatites aguda e crônica nos Estados Unidos. Embora a pancreatite possa acontecer após um único episódio de uso pesado de álcool, o uso prolongado é comum em muitos casos. A pancreatite alcoólica aguda é caracterizada por um início agudo de dor abdominal, náusea, vômitos e aumento dos níveis plasmáticos ou urinários de enzimas pancreáticas. Embora a maior parte das crises não seja fatal, pancreatite hemorrágica pode levar a choque, falência renal, falência respiratória e morte (Goodman e Gilman, 2001).

Fígado

O etanol produz inúmeros efeitos dose-dependente no fígado (Fickert e Zatloukal, 2000). Os efeitos primários são infiltração de gordura, hepatite e cirrose. Graças a sua toxicidade intrínseca, o álcool pode danificar o fígado mesmo na ausência de deficiências alimentares (Lieber, 1994). A acumulação de gordura no fígado é um evento precoce e pode ocorrer em indivíduos normais após a ingestão de quantidades relativamente pequenas de etanol.

Fibrose, resultante inflamação crônica e necrose do tecido, é a causa principal de morte por cirrose alcoólica. O tecido hepático normal é substituído por tecido fibroso. O álcool pode afetar diretamente as células

do fígado, causando um depósito de colágeno sobre as veias terminais hepáticas (Worner e Lieber, 1995).

VII Efeitos nas Vitaminas e Minerais

O uso de álcool reduz o metabolismo de macronutrientes (carboidratos, proteínas e gorduras) e dificulta a captação, o depósito e a utilização de micronutrientes (vitaminas e minerais) (Morgan e Levine, 1998).

Uma quase absoluta falta de proteínas, vitaminas e muitos outros nutrientes em bebidas alcoólicas predispõem aqueles que consomem grandes quantidades de álcool a deficiências nutricionais. Alcoólicos geralmente apresentam estas deficiências devido a uma diminuição no consumo e na absorção ou a má utilização dos nutrientes. Os quadros de neuropatia periférica, psicose de Korsakoff e encefalopatia de Wernicke, vistos em alcoólicos provavelmente são causadas por deficiências das vitaminas do complexo B, particularmente tiamina, no entanto uma toxicidade direta produzida pelo álcool não foi descartada (Harper, 1998). A falência hepática pela cirrose, que resulta numa diminuição do “clearance” de toxinas, também pode resultar em danos cerebrais. O abuso crônico de álcool diminui o consumo de retinóides e carotenóides e aumenta o metabolismo do retinol pela indução das enzimas degradativas (Leo e Lieber, 1999).

O consumo crônico de álcool também está relacionado com osteoporose. A razão para a diminuição na massa óssea continua incerta, embora se saiba que uma diminuição da atividade dos osteoblastos está presente. A administração aguda de etanol produz uma redução inicial na concentração plasmática do hormônio paratireoideano (PTH) e dos níveis

de cálcio, seguida por um aumento no PTH que não restaura os valores normais de cálcio. A hipocalcemia observada após o uso crônico de álcool também não parece estar relacionada aos efeitos do álcool nos níveis de PTH, mas sim a um mecanismo independente de hormônios reguladores do cálcio (Sampson, 1997). A vitamina D também parece ter o seu papel. Como a vitamina D precisa ser hidroxilada no fígado para sua ativação, um dano hepático produzido pelo álcool pode, indiretamente, afetar o papel da vitamina D na absorção intestinal e renal de cálcio.

Os alcoólicos tendem a ter uma diminuição dos níveis plasmático e cerebral de magnésio, os quais podem contribuir para uma predisposição a danos cerebrais decorrentes de acidentes vasculares (Altura e Altura, 1999).

Poucos trabalhos analisaram a relação entre uso de álcool por adolescente e estado nutricional. Farrow e cols. (1997) estudou adolescentes do sexo masculino em uma casa de detenção e descobriu que aqueles que utilizavam álcool consumiam mais “lanches”. Esses indivíduos também tinham maior número de sintomas de saúde precária, como fraquezas, queixas gastrintestinais, perda de memória, nervosismo e insônia.

VIII Efeitos na Função Sexual

Apesar da grande crença que o álcool pode aumentar a atividade sexual, o efeito oposto é notado mais freqüentemente. Muitas drogas de abuso, incluindo álcool, têm efeitos desinibitórios que podem levar inicialmente a um aumento da libido. Com o uso excessivo e em longo prazo, no entanto, o álcool geralmente causa uma deterioração da função sexual. Enquanto o abandono do consumo pode reverter muitas

dificuldades sexuais, pacientes com atrofia significativa das gônadas são menos suscetíveis a responder positivamente a abstinência (Sikkink e Fleming, 1992).

O álcool pode causar à impotência masculina com o uso crônico. A impotência é superior a 50% em pacientes alcoólicos crônicos (Goodman e Gilman, 2001).

A função sexual em mulheres dependentes de álcool é menos compreendida. Muitas reclamam de queda na libido, diminuição da lubrificação vaginal e anormalidades no ciclo menstrual. Seus ovários geralmente são menores e sem desenvolvimento folicular (Goodman e Gilman, 2001).

IX Efeitos no Sistema Hematológico e Imunológico

O uso crônico de álcool está associado a várias anemias. A anemia microcítica pode ocorrer pela perda crônica de sangue e deficiência de ferro. A anemia macrocítica e um aumento no volume corpuscular são comuns e podem ocorrer mesmo na ausência de vitaminas. Anemias normocrônicas também podem ocorrer devido aos efeitos de doenças crônicas na hematopoiese (Goodman e Gilman, 2001).

O álcool também afeta linfócitos e granulócitos (Schirmer e cols., 2000). Os efeitos incluem: leucopenia, diminuição das células T e mudanças na produção de imunoglobulinas. Esses distúrbios podem ter um papel nas doenças hepáticas relacionadas com o uso de álcool. Em alguns pacientes, a diminuição da migração de leucócitos para áreas inflamadas pode ser responsável em parte pela baixa resistência dos alcoólicos em alguns tipos de infecção. O álcool parece ter ainda um papel no desenvolvimento da

infecção por HIV. Estudos *in vitro* com linfócitos humanos sugerem que pode diminuir a função dos linfócitos T CD4 e estimular a produção de interleucina-2 produzindo um aumento na replicação do HIV. Além disso, pessoas que abusam do álcool têm taxas elevadas de comportamento sexual de alto risco (Goodman e Gilman, 2001).

3.1.4 Agressão e álcool

Alguns indivíduos mostram níveis aumentados de comportamento violento após o uso de drogas psicoativas. Caracteristicamente, a intoxicação aguda por etanol produz mudanças comportamentais que incluem aumento da taxa e da intensidade do comportamento agressivo. Dados epidemiológicos mostram que mais da metade das pessoas que tiveram comportamento violento haviam consumido etanol (Miczek, Weerts & DeBold, 1993; Pernenem, 1991).

3.2 VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA

A violência sempre tenha fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser visto, de varias formas, em todas as partes do mundo. Todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas - e muitas sofrem danos não fatais – como resultados de atos de violência auto infringida, interpessoal ou coletiva (Who, 2002).

3.2.1 Definições

Existem muitas maneiras possíveis de definir violência. A OMS define violência como: uso intencional de força física ou poder, de ameaça ou de fato, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que tanto pode resultar ou ter uma grande probabilidade de dano, morte, prejuízos psicológicos, mal desenvolvimento ou privação.

Esta entidade propôs-se a dividir a violência em três categorias de acordo o indivíduo ou os indivíduos que a cometeu: violência autodirecionada, interpessoal e coletiva.

A violência autodirecionada compreende o comportamento suicida e o autoabuso. O primeiro inclui desde pensamentos suicidas a tentativas suicidas e suicídios de fato. O autoabuso, em contraste, inclui atos de automutilação.

A violência interpessoal é dividida em duas subcategorias: violência familiar e comunitária. A violência familiar é a praticada entre membros da família ou casais. Usualmente, mas não exclusivamente, ocorrendo dentro de casa. A violência comunitária se dá entre indivíduos que não são parentes, podendo ou não se conhecer, e geralmente se sucede fora do domicílio dos participantes. O primeiro grupo inclui formas de violência como

abuso de crianças, de idosos e do cônjuge. O segundo inclui violência contra os jovens, atos criminosos, rapto ou abuso sexual por estranhos e violência em instituições como escolas, prisões, locais de trabalho e abrigo.

A violência coletiva é engloba os subtipos social, político e econômico. A violência social ocorre nos crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas. A violência política inclui guerra e conflitos violentos, violência estatal e atos similares feitos por grandes grupos. A violência econômica inclui ataques de grandes grupos motivados por interesses econômicos, como ataques com o propósito de desestabilizar a economia, negando o acesso a serviços essenciais, ou criando divisão econômica.

Autores categorizam os tipos de violência que o indivíduo é exposto de maneira a facilitar sua associação com o impacto causado (Stein, 2003). Distingue-se entre exposição direta ou vitimização (Guterman *e cols.*, 2002; Shakoor e Chalmers, 1991) e exposição indireta ou testemunho (BuKa *e cols.*, 2001; Martin *e cols.*, 1995; Osfosky *e cols.*, 1993; Richters e Martinez, 1993; Singer *e cols.*, 1995). A primeira refere-se a exposição na qual a violência é destinada ao indivíduo (Buka *e cols.*, 2001; Overstreet, 2000), enquanto a exposição indireta é descrita como a violência presencialmente testemunhada (Fitzpatrick e Boudizar, 1993; Gladstein *e cols.*, 1992; Schwab-Stone *e cols.*, 1995). Alguns autores incluem no conceito de violência testemunhada “ouvir” a violência, como por exemplo, escutar tiros (Campell e Schwarz, 1996); aprender sobre violência (Osfosky *e cols.*, 1993); conhecer alguém que já foi vitimizado (Bell e Jenkins, 1993); e, outros, consideram ainda a violência vista na televisão ou cinema (Cooley-

Quille e cols., 1995). Por isso é de fundamental importância verificar a definição de violência utilizada em cada estimativa (Stein, 2003).

3.2.2 Epidemiologia

As estatísticas da violência comunitária, em relação a jovens geralmente coletada por entrevistas ou levantamentos epidemiológicos, refletem o número de crianças que foram pessoalmente vitimizadas, ou que diretamente observaram membros da família, colegas de escola, vizinhos e companheiros sendo alvo de violência (Margolin e Gordis, 2000). Além disso, mesmo crianças que não testemunharam diretamente algum ato de violência comunitária geralmente ouvem repetidas vezes sobre algum incidente específico e podem por si próprias produzir imagens mentais do evento. Esses dados sugerem que um terço, ou mais, dos adolescentes ou pré-adolescentes já foram diretamente vitimizados e quase todas as crianças já foram expostas à violência comunitária.

A violência por jovens é uma das formas mais visíveis de violência na sociedade. Por todo o mundo, jornais e noticiários divulgam diariamente a violência de gangues em escolas ou cometida por jovens nas ruas. As principais vítimas e perpetradores dessa violência, em quase todos os lugares, são eles próprios (adolescentes e jovens adultos) (Resa e cols., 2001). Os homicídios e acidentes não fatais envolvendo jovens contribuem enormemente para a carga global de morte prematura, danos e invalidez (Resa e cols., 2001; Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options, 1996).

A violência contra os jovens alarma profundamente suas vítimas e também suas famílias, amigos e comunidade. Seus efeitos são vistos não

apenas na morte, doenças e invalidez, mas também em termos de qualidade de vida.

A violência comunitária afeta todas as raças, etnias e grupos socioeconômicos, mas seu impacto é mais forte nas populações pobres de áreas urbanas e grupos de minoria, particularmente os jovens (Bureau of Justice Statistics, 1997; Christoffel, 1990).

Vários estudos têm demonstrado que a exposição à violência em crianças e jovens pode levar a problemas tanto físicos quanto psicológicos, como depressão, baixa autoestima, transtorno de stress pós-traumático e a uma visão fatalística do futuro (Schwab-Stone e cols., 1999; Farrell e Bruce 1997; Singer e cols., 1995; Moses, 1999; Horowitz e cols., 1995; Lai, 1999). Além disso, testemunhar e experimentar a violência durante a infância ou a adolescência pode se tornar um forte preditor para comportamento como o uso de substâncias (Sussman e cols., 2000; Sussman e cols., 1999; Kilpatrick e cols., 2000), aumento do número de parceiros sexuais (Valois e cols., 1999) e comportamento violento (Schwab-Stone e cols., 1999; O'Keefe, 1997; Song e cols., 1998). No entanto, os trabalhos não determinaram se o testemunho da violência é associado com as mesmas conseqüências de sofrer a violência, pois a maioria dos estudos coloca essas duas categorias de vítimas em um único grupo ou focam somente naqueles indivíduos que testemunharam à violência (Sussman e cols., 1999; Valois e cols., 1999; Hernandez, 1992; Hawkins e cols., 1999). Além disso, os estudos não determinam quando a força da associação da violência e os comportamentos adversos variam de acordo com o testemunho ou com a experiência da violência.

A criança é potencialmente mais vulnerável aos efeitos da violência porque ela pode alterar a trajetória normal de seu desenvolvimento (Boney-McCoy e Finkelhor, 1995). A violência inicialmente pode causar efeitos primários, como ansiedade, depressão, ou sintomas de PTSD, os quais levam a reações secundárias, desestruturando a progressão normal de seu desenvolvimento. Por exemplo, a exposição à violência em crianças pequenas pode resultar em sintomas regressivos, como um aumento na frequência “de xixi na cama”, diminuição da verbalização ou ansiedade de separação (Osofsky, 1995). A experiência das crianças à violência comunitária não é apenas determinada pela natureza do evento violento, mas também pela capacidade da criança de entender a violência, responder ao perigo e obter recursos ambientais que ofereçam proteção e suporte (Finkelhor e Kendall-Tackett, 1997).

Os níveis de criminalidade na América Latina estão entre os mais altos do mundo. No Brasil, durante os anos 90 a cidade de São Paulo possuía uma taxa de homicídios de 50,2 por 100.000 habitantes (Cruz, 1999).

Os adolescentes constituem um grupo de alto risco no que refere à exposição à violência comunitária, em todas suas formas, seja como vítima, testemunha ou agressor.

As taxas de violência interpessoal e vitimização de jovens são extremamente altas nos Estados Unidos. No ano de 1995, aproximadamente 1,8 milhões de adolescentes entre 12 e 17 anos foram abusados sexualmente e 3,9 milhões foram abusados fisicamente. Outros 2,1 milhões foram punidos por abuso físico. Mais freqüente ainda é a vitimização por testemunho da violência com aproximadamente 8,8 milhões de jovens

relatando que já viram alguém ser baleado, assaltado, abusado sexualmente ou fisicamente, ou ameaçado com arma (U.S. Department of Justice, 2003).

Levantamentos em adolescentes americanos sugerem que o uso de álcool está associado ao comportamento sexual de risco e aumento da vulnerabilidade à atividade sexual coercitiva. Universitários usuários pesados de álcool são 2,3 vezes mais propensos que usuários não pesados a vivenciar relacionamento sexual forçado e 2,7 vezes mais propenso a ter ato sexual não espontâneo (Presley e cols., 1997).

Recentemente, Vermeiren e colaboradores (2003) analisaram o uso de drogas relacionando-o com exposição à violência comunitária. Os adolescentes expostos à violência tiveram uma maior prevalência de uso de álcool, tabaco, maconha e drogas pesadas. A exposição à violência, além do dano físico, também pode causar alterações comportamentais e psicológicas graves. Na África do Sul, Morojele e Brook (2005) encontraram resultados semelhantes, indicando que quanto maior o envolvimento do adolescente com o uso de drogas, entre elas o álcool, maior a probabilidade de já ter sido vítima de um ou mais tipos de violência.

A disponibilidade de drogas está associada com múltipla vitimização. Adolescentes que vivem em vizinhança onde as drogas estão facilmente disponíveis e onde o crime é menos combatido, são alvos mais fáceis para vitimização que os de outra vizinhanças. Assistir violência na televisão também foi considerado um fator preditor de vitimização. A violência na televisão pode interferir com o aprendizado, julgamento e processo cognitivo e levar a uma dessensibilização na qual o indivíduo desenvolve

altos níveis de tolerância a formas graves de violência. Isto pode, em último caso, resultar em uma reduzida habilidade de perceber perigos potenciais em seu meio e, conseqüentemente, em aumentar sua exposição à violência (Johnson e cols.,2002).

Este tema visto anteriormente como uma questão exclusivamente de segurança, passou nas últimas décadas a ser debatido no campo da saúde e é atualmente considerado em dos principais problemas de saúde pública (Noto e cols., 2004).

Ao ser analisada uma amostra nacional de adolescentes americanos, observou-se que um terço dos jovens já haviam diretamente experimentado a violência comunitária na forma de assalto (Boney-McCoy e Fink e Lhor, 1995). Foram encontradas grandes diferenças nos sexos, com 35% dos homens reportando vitimização, contra apenas 13% das mulheres (Foy e Goguem, 1998).

A intensidade da violência testemunhada foi proporcional ao uso de álcool, tabaco, maconha e drogas pesadas. A vitimização moderada foi associada ao uso de drogas e, quanto maior o uso, maior a vitimização (Vemeiren e cols, 2003).

Zavaschi e colaboradores (2002) mostraram que 97,7% dos estudantes já foram expostos a algum tipo de violência, sendo 70,9% como vítimas, 8,4% como testemunhas diretas e 99,2% como conhecedores de alguém que havia sido vítima. Este estudo detectou diferenças significativas entre sexos em relação à vitimização ou ao testemunho direto, estando os meninos mais expostos.

3.3 USO DE ÁLCOOL, SEXO E VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA.

Vários estudos concluíram que o sexo tem uma influência significativa no uso do álcool (Weber, 1996; Kuposov *e cols.*, 2002).

Com exceção de abuso sexual e rapto, as pesquisas têm repetidamente demonstrado que garotos estão mais expostos à violência comunitária do que garotas (Fitzpatrick e Boldizar, 1993; Jaycox *e cols.*, 2002; Schwab-Stone *e cols.*, 1995; Singer *e cols.*, 1995; Weist *e cols.*, 2001). Em um grande grupo de estudantes de seis escolas americanas, os rapazes reportaram com maior freqüência terem testemunhado ou recebido um tiro (Singer *e cols.*, 1995). As diferenças entre os gêneros parecem ser maiores para a exposição direta à violência do que para a indireta. Em um estudo feito com crianças imigrantes no distrito escolar de Los Angeles, os meninos foram mais propensos que as meninas a serem vítimas e a reportarem terem testemunhado violência tanto no ano anterior quanto durante a vida; no entanto, as diferenças entre os sexos em relação ao testemunho da violência foram menores em relação às da vitimização (Jaycox *e cols.*, 2002). Schwab-Stone e colaboradores (1995) também encontraram que garotos estão expostos mais freqüentemente à violência do que garotas (14 a 20% foram expostos três ou mais vezes no último ano); porém notaram que as meninas reportaram maior número de situações de insegurança (51 a 54%).

No Brasil, até o ano de 1997, somente no Rio de Janeiro as mulheres tinham um maior uso de drogas (Galduróz *e cols.*, 2004). Segundo De Michele (2004), no Brasil, meninos reportam um consumo significativamente maior de álcool, maconha, cocaína e ecstasy que meninas, bem como uma

maior porcentagem de uso pesado e de maior frequência. Porém, outros estudos indicam que o número de usuários do sexo feminino vem aumentando (Brady & Randall, 1999).

Resultados de estudos epidemiológicos sugerem que a maioria dos usuários de drogas são do sexo masculino (Roth *e cols.*, 2004). O número de estudos clínicos nos quais as diferenças de gênero no abuso de drogas são investigadas está aumentando e taxas recentes de prevalência indicam que o número de abusadores do sexo feminino está crescendo (Brady e Randall, 1999). A literatura clínica tem sugerido que as fêmeas diferem dos machos em suas respostas biológicas e subjetivas a várias drogas de abuso (Lex, 1991; Lex, 1991b).

Essa diferença entre os sexos também foi reportada em Taiwan, onde o uso de álcool é mais comum em garotos (Chiang *e cols.*, 2002). Diferenças culturais desempenham importante papel no uso de álcool em adolescentes, com mulheres mostrando maior autocontrole que homens (Strunin, 1999). As garotas são geralmente educadas por seus pais para usar estratégias protetoras e beber menos (Hawkins *e cols.*, 1997). Os garotos têm um comportamento mais orgulhoso e inseqüente, aceitando melhor a bebida do que as moças. Esse é provavelmente um fator importante que influencia o uso de álcool e seu impacto negativo em adolescentes masculinos (Chiang *e cols.*, 2002; Hsu, 1987; Johnston *e cols.*, 1996; Loveland-Cherry *e cols.*, 1996).

Adolescentes de diferentes gêneros têm diferentes experiências e expectativas, as quais são usadas para formarem suas percepções sobre o uso de álcool (Mei-Ya Yeh *e cols.*, 2005). Por exemplo, adolescentes

masculinos relataram que o uso de álcool aumentava sua coragem, fazia com que se sentissem adultos, dava prazer e facilitava serem aprovados pelos pares (Lee, 1978).

As adolescentes interpretam o uso de álcool de maneira diferente. Têm a expectativa de serem temporariamente transformadas em mulheres mais atraentes, bonitas e femininas, ficando com a personalidade mais forte (Lee, 1978). O abuso de álcool por meninos reflete uma auto-imagem negativa, enquanto garotas usam álcool principalmente para conviver com eventos estressantes como “stress” familiar, emoções reprimidas ou, talvez, para se dissociar do seu estado afetivo interno (King e cols., 2003; Laukkanan e cols., 2001; Pope e cols., 1994). Estudos feitos por Pope e colaboradores (1994) e Callas e colaboradores (2004), mostraram que as mulheres são mais sensíveis à influência do companheiro o que tornaria mais fácil elas desenvolverem problemas como uso de álcool por pressão do par.

As razões para as diferenças no abuso de drogas ainda não são bem conhecidas. É possível que, em humanos, estas diferenças reflitam mudanças nos padrões socioculturais (Brady e Randall, 1999; Lex, 1991; Lex, 1991b). Também foi sugerido que os hormônios ovarianos contribuam para as diferenças observadas em humanos e animais (Lynch e cols., 2002; Mello e Mendelson, 2002). Os modelos animais de auto administração de drogas são importantes na determinação da causa das diferenças sexuais no abuso de drogas, pois provêm ambientes controlados nos quais o indivíduo se auto administra a droga. Esse controle elimina os fatores sociais que podem ocultar as diferenças sexuais em estudos clínicos sobre

o abuso de drogas. Também, conclusões de estudos animais são importantes para determinação de quais fatores são necessários ser investigados em estudos clínicos (Roth *e cols.*, 2004).

Os modelos animais simulam as diferentes fases do abuso de drogas (“aquisição”, manutenção, regulação/desregulação e recaída). É importante recorrer a eles por inúmeras razões. Por exemplo: é praticamente impossível estudar o início do uso de drogas ilícitas em humanos, exceto por estudos retrospectivos e estudos epidemiológicos de longo prazo. Além disso, estudos experimentais do início da auto administração em animais são importantes para investigar fatores que afetam a vulnerabilidade para o início do uso de drogas em humanos (Carroll *e cols.*, 2001).

Segundo Kilpatrick e Sauders (1997), mais de um terço (34,4%) dos meninos que foram vítimas de violência sexual demonstraram uso experimental ou abuso de drogas, índice superior ao dos que não foram vítimas (9%). Um padrão similar aconteceu com as meninas: 27,5% das abusadas sexualmente reportaram uso de drogas ao passo que somente 5,4% daquelas que não sofreram esse tipo de violência fizeram uso desta substância. Esses dados mostram uma clara relação entre a exposição à violência e uso de drogas. Entre meninos que foram testemunhas de violência, 17% utilizou drogas, para 4,4% dos que não testemunharam e fizeram uso dessas substâncias. Entre meninas essas taxas ficam mais evidentes, 17,8% e 3,1% respectivamente.

3.3.1 Estudos clínicos sobre uso de álcool e drogas por sexo

Tradicionalmente o abuso de drogas foi considerado primariamente um problema específico dos homens. Por isso, muitas pesquisas focaram seu

estudo no sexo masculino (Lynch e cols, 2002). O foco recente no abuso de drogas em mulheres atraiu atenção para numerosas diferenças entre os sexos. Evidências encontradas até agora indicam que as respostas biológicas, efeitos a longo prazo e causas e conseqüências podem diferir entre homens e mulheres.

As diferenças entre os sexos relatadas pelo uso de drogas é revelada através de dados epidemiológicos. Por exemplo, em adultos, homens são mais propensos que mulheres para utilizar substâncias ilícitas (7,7 contra 5%) e álcool (53,6 contra 40,2%) (SAMHSA, 2001).

Além disso, homens são aproximadamente quatro vezes mais propensos a terem distúrbios relacionados ao uso de álcool (Brady e Randall, 1999). Incrivelmente, quando as taxas de prevalência são comparadas entre adolescentes, a diferença entre os sexos praticamente desaparece. Número igual de adolescentes masculinos e femininos usam drogas ilícitas (9,8 e 9,5% respectivamente), e ambos os grupos têm taxas comparáveis de uso de álcool (16,2 e 16,5%). No entanto, concordando com a população adulta, adolescentes do sexo masculino reportam taxas mais elevadas de uso pesado e intoxicações se comparado com mulheres (SAMHSA, 2001).

No Brasil, entre adolescentes, o uso de drogas ilícitas foi significativamente maior em rapazes (23,5%) em relação a moças (21,7%). O contrário foi verificado para o uso de álcool, sendo significativamente maior em meninas (66,3 contra 64,5%). (Galduróz, 2004).

Resultados de estudos investigando os efeitos de álcool em homens e mulheres sugerem que as mulheres são mais sensíveis aos efeitos

fisiológicos. Por exemplo, com doses similares de álcool as mulheres atingem uma maior concentração sanguínea e relatam ficar mais intoxicadas do que os homens (Mumenthaler *e cols.*, 1999).

Homens e mulheres também diferem no padrão de uso de álcool. Por exemplo, estudos retrospectivos de alcoólicos revelaram que as mulheres consomem menos e são menos propensas do que os homens ao uso diário ou pesado (Orford e Keeddie, 1985; Crawford e Ryder, 1986; SAMHSA, 2001).

O curso ou progressão à dependência também difere entre os sexos. A literatura sugere que as mulheres tornam-se dependentes mais rapidamente do que os homens (Orford e Keeddie, 1985; Lex, 1991; Brady e Randall, 1999; Randall *e cols.*, 1999).

Tanto os efeitos a longo prazo quanto a curto prazo, podem ter diferentes conseqüências na saúde de homens e mulheres e, inúmeras vezes, as mulheres aparentam ser mais sensíveis aos efeitos das drogas do que os homens. Por exemplo, apesar do consumo menor e de períodos mais curtos de uso de álcool, as mulheres têm mais conseqüências médicas adversas como cirrose hepática (Jarque-Lopez *e cols.*, 2001).

As diferenças sexuais nas conseqüências ao abuso de drogas podem ser devidas a fatores socioculturais ou a diferenças fisiológicas inatas.

3.3.2 Estudos experimentais sobre uso de álcool e drogas por sexo

As diferenças sexuais no início do uso do etanol foram investigadas em dois estudos de laboratório usando primatas não humanos. Pacarinen e colaboradores (1998) examinaram o início da autoadministração de etanol

em macacos rhesus jovens, machos e fêmeas, e não encontraram nenhuma diferença significativa entre os sexos. No entanto, acharam uma interação significativa entre sexo, concentração de etanol e condições de alimentação.

Durante a fase de manutenção da autoadministração em primatas não humanos, as fêmeas consumiram menos etanol em g/kg de peso do corpo em relação aos machos (Vivian *e cols.*, 2001). No entanto, usando testes “home-cage drinking”, Juarez e colaboradores (1993) registraram que as fêmeas têm uma maior frequência de uso de álcool que machos. Em estudos com roedores, ratas fêmeas também apresentaram maior frequência no uso de álcool que machos (Adams, 1995; Blanchard e Glick, 1995; Dess *e cols.*, 1998; Juarez e Barrios Di Tomasi, 1999). Além disso, ratas fêmeas têm uma maior preferência pelo etanol diluído em água (5% de etanol) comparado aos machos, bebe mais etanol (g/kg); e quando o etanol está dobrado em sua concentração (10%) as fêmeas aumentaram os seus consumo, enquanto os machos consumiram a mesma quantidade de quando o etanol 5% estava disponível (Lancaster e Spiegel, 1992).

Modelos animais de uso de drogas são importantes para guiar o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento em populações clínicas.

A maior parte dos dados disponíveis em relação às diferenças sexuais no uso de drogas foram obtidos usando modelos animais tradicionais. Os resultados obtidos para o uso de álcool sugerem que os padrões de uso de drogas entre animais machos e fêmeas variam entre as diferentes espécies. Por exemplo, resultados de estudos em ratos e *macacos vervet* sobre consumo de álcool revelaram que fêmeas se autoadministram maiores

quantidades de álcool em relação aos machos (Lancaster e Spiegel, 1992; Juarez e cols., 1993; Almeida e cols., 1998; Juarez e Barrios de Tomasi, 1999). Em contraste estudos comparando machos e fêmeas de macacos rhesus revelaram que as fêmeas são menos propensas a manter o consumo (Grant e Johanson, 1998), mas elas se autoadministram quantidades similares de álcool (Pakarinen e cols., 1999; Vivian e cols., 1999). Esses dados pré-clínicos são discrepantes com dados obtidos com humanos, os quais mostram que homens bebem maiores quantidades de álcool quando comparados a mulheres (Orford e Keddie, 1985). Resultados de um estudo com macacos rhesus machos e fêmeas sobre condições de acesso são parecidos aos observados em humanos. Especificamente, Vivian e colaboradores (2001), compararam machos e fêmeas de macacos rhesus na autoadministração de álcool durante sessões diárias de 16 e 22 horas em um período de nove meses. Sob essas condições, as diferenças individuais no consumo de álcool revelaram usuários leves, moderados e pesados. Além do mais, consistente com os achados em humanos, a maioria dos usuários pesados eram machos e beberam mais álcool (g/kg) em média do que as fêmeas. Vistos juntos, esses resultados mostram que as diferenças sexuais no consumo de álcool dependem das espécies e das condições ambientais.

3.3.3 Influência dos hormônios ovarianos na resposta às drogas

Os hormônios ovarianos têm um papel importante nas diferenças entre machos e fêmeas no que diz respeito às respostas de drogas de abuso. O ciclo menstrual humano divide-se em três fases, que são tipicamente estudadas nas pesquisas relacionadas ao abuso de drogas e incluem: fase

folicular (os níveis de estrógeno estão baixos no início e moderados após e a progesterona está baixa), pré-ovulatória (os níveis de estrógeno chegam ao máximo e diminuem e a progesterona começa a aumentar) e lútea (os níveis de estrógeno estão moderados e a progesterona está alta) (Lammers *e cols.*, 1995).

Os efeitos subjetivos do álcool também são comparados durante as diferentes fases do ciclo menstrual das mulheres. Por exemplo, Holdstock e Dewit (2000) compararam mulheres na fase folicular inicial e final e na fase lútea média e final sobre os efeitos subjetivos do álcool e não acharam diferenças entre elas. No entanto, as mulheres participantes do estudo eram usuárias leves de álcool sem alterações pré-menstruais significativas. Mudanças nos efeitos durante as fases do ciclo menstrual foram observadas em outros trabalhos (Sutker *e cols.*, 1983; Harvey e Beckman, 1985; Mello *e cols.*, 1990; Tate e Charette, 1991). Os efeitos subjetivos do álcool relacionados às fases do ciclo menstrual em mulheres alcoólicas ainda não é bem entendido.

3.4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Investing in health research and development. Geneva, World Health Organization, 1996 (document TDR/GEN/96.1).

Adams, N. Sex differences and the effects of tail pinch on ethanol drinking in Maudsley rats. *Alcohol*, v.12, n.5, Sep-Oct, p.463-8. 1995.

Addolorato, G., et al. Influence of alcohol on gastrointestinal motility: lactulose breath hydrogen testing in orocecal transit time in chronic alcoholics, social drinkers and teetotaler subjects. *Hepatogastroenterology*, v.44, n.16, Jul-Aug, p.1076-81. 1997.

Aguilar-Huerta, E. M. et al. Riesgos para la salud en la población adolescente de Guadalajara. *SEMERGEN*, v.25, p.145-151, 1999.

Almeida, O. F., et al. Gender differences in ethanol preference and ingestion in rats. The role of the gonadal steroid environment. *J Clin Invest*, v.101, n.12, Jun 15, p.2677-85. 1998.

Altura, B. M. e B. T. Altura. Association of alcohol in brain injury, headaches, and stroke with brain-tissue and serum levels of ionized magnesium: a review of recent findings and mechanisms of action. *Alcohol*, v.19, n.2, Oct, p.119-30. 1999.

Auba, J. e J. R. Villalbi. [The consumption of alcoholic drinks in adolescence]. *Aten Primaria*, v.11, n.1, Jan, p.26-9, 31. 1993.

Bahr, S. J., et al. Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *J Stud Alcohol*, v.56, n.4, Jul, p.457-69. 1995.

Beckemeier, M. E. e P. S. Bora. Fatty acid ethyl esters: potentially toxic products of myocardial ethanol metabolism. *J Mol Cell Cardiol*, v.30, n.11, Nov, p.2487-94. 1998.

Bell, C. C. e E. J. Jenkins. Community violence and children on Chicago's southside. *Psychiatry*, v.56, n.1, Feb, p.46-54. 1993.

Blanchard, B. A. e S. D. Glick. Sex differences in mesolimbic dopamine responses to ethanol and relationship to ethanol intake in rats. *Recent Dev Alcohol*, v.12, p.231-41. 1995.

Brady, K. T. e C. L. Randall. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*, v.22, n.2, Jun, p.241-52. 1999.

Braunwald, E., ed. *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Saunders, Philadelphia, 1997.

Brook, J. S., et al. Young adult drug use and delinquency: childhood antecedents and adolescent mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.35, n.12, Dec, p.1584-92. 1996.

Buka, S. L., et al. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am J Orthopsychiatry*, v.71, n.3, Jul, p.298-310. 2001.

Bureau of Justice Statistics. Age patterns of victims of serious violent crime (NCJ-162031). Washington DC: US Department of Justice, 1997.

Callas, P. W., et al. Potentially modifiable psychosocial factors associated with alcohol use during early adolescence. *Addict Behav*, v.29, n.8, Nov, p.1503-15. 2004.

Campbell, C. e D. F. Schwarz. Prevalence and impact of exposure to interpersonal violence among suburban and urban middle school students. *Pediatrics*, v.98, n.3 Pt 1, Sep, p.396-402. 1996.

Carlini-Cotrim, B et al. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e Segundo grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. IN: Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 1987. Centro de Documentação, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Série C: Estudos e Projetos 5, 9-84, 1989.

Carroll, M. E. et al. Nondrug incentives to treat drug abuse. In: CARROLL, M. E.; OVERMIER, J. B., eds. Animal research for human health: advancing human welfare through behavioral science. Washington DC: American Psychological Association, p. 1-23, 2001.

Castillo Otí, J. M. Valoración de factores de riesgo Del consumo de alcohol en adolescentes. *Aten Primaria*, 20:376-380, 1997.

Chiang, T. C. et al. Refined factors of alcohol use in junior high school students: Psychosocial and environmental factors. *Journal of Health Education*, v. 17, p. 127-145, 2002.

Christoffel, K. K. Violent death and injury in US children and adolescents. *Am J Dis Child*, v.144, n.6, Jun, p.697-706. 1990.

Clarkson, P. M. e Reichsman, F. The effect of ethanol on exercise-induced muscle damage. *J. Stud. Alcohol*, 51:19-23, 1990.

Collins, G. B., et al. Neuroendocrine, fluid balance, and thirst responses to alcohol in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*, v.16, n.2, Apr, p.228-33. 1992.

Cooley-Quille, M. R., et al. Emotional impact of children's exposure to community violence: a preliminary study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.34, n.10, Oct, p.1362-8. 1995.

Crawford, S. e D. Ryder. A study of sex differences in cognitive impairment in alcoholics using traditional and computer-based tests. *Drug Alcohol Depend*, v.18, n.4, Dec, p.369-75. 1986.

Cruz, J. M. [Victimization by urban violence: incidence and associated factors in cities in Latin America and Spain]. *Rev Panam Salud Publica*, v.5, n.4-5, Apr-May, p.259-67. 1999.

Cruzado Quevedo, J., et al. [Alcohol consumption among 7th grade students of EGB]. *Aten Primaria*, v.13, n.9, May 31, p.495-7. 1994.

De Micheli, D. e M. L. Formigoni. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*, v.99, n.5, May, p.570-8. 2004.

Dess, N. K., et al. Ethanol consumption in rats selectively bred for differential saccharin intake. *Alcohol*, v.16, n.4, Nov, p.275-8. 1998.

DeWitt, D. J. et al. Age at first Alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am. J. Psychiatry*, v. 157, p. 745-750, 2000.

Donovan, J. E. Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors. *J Adolesc Health*, v.35, n.6, Dec, p.529 e7-18. 2004.

Dudley, R. Evolutionary origins of human alcoholism in primate frugivory. *Q Rev Biol*, v.75, n.1, Mar, p.3-15. 2000.

Farrell, A. D. e S. E. Bruce. Impact of exposure to community violence on violent behavior and emotional distress among urban adolescents. *J Clin Child Psychol*, v.26, n.1, Mar, p.2-14. 1997.

Fickert, P. e Zatloukal, K. Pathogenesis of alcoholic liver disease. In: *Handbook of Alcoholism* (Zernig, G. et al, eds.). CRC Press, Boca Raton, FL., p. 317-323, 2000.

Finkelhor, D. & Kendall-Tackett, K. A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse, and violent victimization. In: *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*, S. Toth ed., v. 8, Rochester, NY: University of Rochester Press, 1997.

Fitzpatrick, K. M. & Boldizar, J. P. The prevalence and consequences of exposure to violence among African-American Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 32, p. 424-430, 1993.

Fournet, G. P. et al. Drug and alcohol attitudes and usage among elementary and secondary students. *J. Alcohol Drug Educ.*, v. 335, p. 81-92, 1990.

Foy, D. W & Goguen, C. A. Community violence-related PTSD in children and adolescents. *The National Center for PTSD, Vermont*, v. 9, n. 4, p. 1-8, 1998.

Friedman, A. S., et al. The relationships of substance abuse to illegal and violent behavior, in a community sample of young adult African American men and women (gender differences). *J Subst Abuse*, v.8, n.4, p.379-402. 1996.

Galduróz, J. C. F. et al. III Levantamento Sobre o Uso de Drogas Entre Estudantes de 1° e 2° Graus em 10 Capitais Brasileiras. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 1994.

Galduróz, J. C., et al. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Res*, v.37, n.4, Apr, p.523-31. 2004.

Gillmore, M. R. et al. Substance use and other factors associated with risky sexual behavior in a sample of pregnant adolescents. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Social Work, Seattle, WA, 1991.

Gladstein, J., et al. A comparison of inner-city and upper-middle class youths' exposure to violence. *J Adolesc Health*, v.13, n.4, Jun, p.275-80. 1992.

Grant K. A. & Johanson, C. E. Oral ethanol self-administration in free-feeding rhesus monkeys. *Alcohol Clin Exp Res*, 12:780-784, 1988.

Gruber, E., et al. Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence. *Prev Med*, v.25, n.3, May-Jun, p.293-300. 1996.

Guterman, N. B., et al. Adolescent victimization and subsequent use of mental health counseling services. *J Adolesc Health*, v.30, n.5, May, p.336-45. 2002.

Hansagi, H. et al. Alcohol consumption and stroke mortality. 20-year follow-up of 15,077 men and women. *Stroke*, 26:1768-1773, 1995.

Harper, C. The neuropathology of alcohol-specific brain damage, or does alcohol damage the brain? *J Neuropathol Exp Neurol*, v.57, n.2, Feb, p.101-10. 1998.

Harvey, S. M. e L. J. Beckman. Cyclic fluctuation in alcohol consumption among female social drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*, v.9, n.5, Sep-Oct, p.465-7. 1985.

Hawkins, J. D., et al. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *J Stud Alcohol*, v.58, n.3, May, p.280-90. 1997.

Hawkins, J. D. et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v. 153, p. 226-234, 1999.

Hernandez, J. T. Substance abuse among sexually abused adolescents and their families. *J Adolesc Health*, v.13, n.8, Dec, p.658-62. 1992.

Hoel, S., et al. Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. *Scand J Public Health*, v.32, n.5, p.361-7. 2004.

Holdstock, L. e H. De Wit. Effects of ethanol at four phases of the menstrual cycle. *Psychopharmacology (Berl)*, v.150, n.4, Jul, p.374-82. 2000.

Horowitz, K., et al. PTSD symptoms in urban adolescent girls: compounded community trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.34, n.10, Oct, p.1353-61. 1995.

Hsu, M. Change and adaptation: An Anthropological study of a matrilineal society in Taiwan. *Academia Shica. Taipei, Institute of Ethnology Monograph*, 1987.

Jarque-Lopez, A., et al. Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit. *Alcohol Alcohol*, v.36, n.4, Jul-Aug, p.335-8. 2001.

Jaycox, L. H., et al. Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.41, n.9, Sep, p.1104-10. 2002.

Johnson, J. G., et al. Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood. *Science*, v.295, n.5564, Mar 29, p.2468-71. 2002.

Johnston, L. D. et al. National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1995. Vol I. Secondary school students. National Institute on Drug Abuse, Washington DC: Government Print Office, 1996.

Juarez, J. e E. Barrios De Tomasi. Sex differences in alcohol drinking patterns during forced and voluntary consumption in rats. *Alcohol*, v.19, n.1, Aug, p.15-22. 1999.

Juarez, J., et al. Voluntary alcohol consumption in vervet monkeys: individual, sex, and age differences. *Pharmacol Biochem Behav*, v.46, n.4, Dec, p.985-8. 1993.

Kilpatrick, D. G., et al. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol*, v.68, n.1, Feb, p.19-30. 2000.

King, A. C., et al. Stressful events, personality, and mood disturbance: gender differences in alcoholics and problem drinkers. *Addict Behav*, v.28, n.1, Jan-Feb, p.171-87. 2003.

Klatsky, A. L. Alcohol, coronary disease, and hypertension. *Annu Rev Med*, v.47, p.149-60. 1996.

Kokotailo, P. K., et al. Cigarette, alcohol, and other drug use by school-age pregnant adolescents: prevalence, detection, and associated risk factors. *Pediatrics*, v.90, n.3, Sep, p.328-34. 1992.

Koposov, R. A., et al. Alcohol use in adolescents from northern Russia: the role of the social context. *Alcohol Alcohol*, v.37, n.3, May-Jun, p.297-303. 2002.

Kortelainen, M. L. Hyperthermia deaths in Finland in 1970-86. *Am J Forensic Med Pathol*, v.12, n.2, Jun, p.115-8. 1991.

Kupari, M. e P. Koskinen. Alcohol, cardiac arrhythmias and sudden death. *Novartis Found Symp*, v.216, p.68-79; discussion 79-85. 1998.

Lai, D. W. Violence exposure and mental health of adolescents in small towns: an exploratory study. *Can J Public Health*, v.90, n.3, May-Jun, p.181-5. 1999.

Lammers, S. M., et al. Do alcohol pharmacokinetics in women vary due to the menstrual cycle? *Addiction*, v.90, n.1, Jan, p.23-30. 1995.

Lancaster, F. E. e K. S. Spiegel. Sex differences in pattern of drinking. *Alcohol*, v.9, n.5, Sep-Oct, p.415-20. 1992.

Laukkanan, E. R. et. al. Heavy drinking associated with more severe psychosocial dysfunction among girl than boy in Finland. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), p. 270-277, 2001.

Lee, E. P. Female adolescent drinking behavior: Potential hazard. *Journal of School Health*, v. 18, n. 3, p. 152-156, 1978.

Leo, M. A. e C. S. Lieber. Alcohol, vitamin A, and beta-carotene: adverse interactions, including hepatotoxicity and carcinogenicity. *Am J Clin Nutr*, v.69, n.6, Jun, p.1071-85. 1999.

Leppaluoto, J., et al. Plasma immunoreactive atrial natriuretic peptide and vasopressin after ethanol intake in man. *Acta Physiol Scand*, v.144, n.2, Feb, p.121-7. 1992.

Lex, B. W. Gender differences and substance abuse. *Adv Subst Abuse*, v. 4, p. 225-296, 1991.

Lex, B. W. Some gender differences in alcohol and polysubstance users. *Health Psychol*, v.10, n.2, p.121-32. 1991.

Lieber, C. S. Alcohol and the liver: 1994 update. *Gastroenterology*, v.106, n.4, Apr, p.1085-105. 1994.

Lieber, C. S. Alcohol and the liver: metabolism of alcohol and its role in hepatic and extrahepatic diseases. *Mt Sinai J Med*, v.67, n.1, Jan, p.84-94. 2000.

Llambrich, A. J. Adolescence, Alcohol, and Primary Care. *Aten Primaria*, v. 36, n. 6, p. 297-305, 2005.

Loveland-Cherry, C. J., et al. Correlates of alcohol use and misuse in fourth-grade children: psychosocial, peer, parental, and family factors. *Health Educ Q*, v.23, n.4, Nov, p.497-511. 1996.

Lynch, W. J., et al. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology (Berl)*, v.164, n.2, Nov, p.121-37. 2002.

Margolin, G. e E. B. Gordis. The effects of family and community violence on children. *Annu Rev Psychol*, v.51, p.445-79. 2000.

Martin, S. L., et al. Survey of exposure to violence among the children of migrant and seasonal farm workers. *Public Health Rep*, v.110, n.3, May-Jun, p.268-76. 1995.

Mello, N. K., et al. Alcohol use and premenstrual symptoms in social drinkers. *Psychopharmacology (Berl)*, v.101, n.4, p.448-55. 1990.

Mello, N. K. & Mendelson, N, J. H. Cocaine, hormones and behavior: clinical and preclinical studies. In: PFAFF, D. W. et al., eds. *Hormones, brain and behavior*. New York, NY: Academic Press, p. 665-745, 2002.

Moreira, L. B., et al. Alcohol intake and blood pressure: the importance of time elapsed since last drink. *J Hypertens*, v.16, n.2, Feb, p.175-80. 1998.

Morojele, N. K. e J. S. Brook. Substance use and multiple victimisation among adolescents in South Africa. *Addict Behav*, v.31, n.7, Jul, p.1163-76. 2006.

Moses, A. Exposure to violence, depression, and hostility in a sample of inner city high school youth. *J Adolesc*, v.22, n.1, Feb, p.21-32. 1999.

Mumenthaler, M. S., et al. Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Res Health*, v.23, n.1, p.55-64. 1999.

O'keefe, M. Adolescents' exposure to community and school violence: prevalence and behavioral correlates. *J Adolesc Health*, v.20, n.5, May, p.368-76. 1997.

Orford, J. e A. Keddie. Gender differences in the functions and effects of moderate and excessive drinking. *Br J Clin Psychol*, v.24 (Pt 4), Nov, p.265-79. 1985.

Osofsky, J. D., et al. Chronic community violence: what is happening to our children? *Psychiatry*, v.56, n.1, Feb, p.36-45. 1993.

Overstreet, S. Exposure to community violence: Defining the problem and understanding the consequences. *Journal of Child and Family Studies*, v. 9, n. 1, p. 7-25, 2000.

Pakarinen, E. D. et al. Food restriction and sex differences on current, oral ethanol and water reinforces in juvenile rhesus monkeys. *Alcohol*, v. 17, p. 35-40, 1998.

Panzak, G., et al. Isometric muscle strength in alcoholic and nonalcoholic liver-transplantation candidates. *Am J Drug Alcohol Abuse*, v.24, n.3, Aug, p.499-512. 1998.

Papa, A., et al. Effect of moderate and heavy alcohol consumption on intestinal transit time. *Panminerva Med*, v.40, n.3, Sep, p.183-5. 1998.

Perula De Torres, L. A., et al. [Alcohol consumption among students in a basic health area in Cordoba]. *Rev Esp Salud Publica*, v.72, n.4, Jul-Aug, p.331-41. 1998.

Peterson, P. L. et al. Disentangling the effects of parental drinking, family management, and parental alcohol norms on current drinking by black and white adolescents. In: BOYD, G. M. et al. *Alcohol Problems Among Adolescents*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, p. 33-57, 1995.

Pope, S. K., et al. Gender differences in rural adolescent drinking patterns. *J Adolesc Health*, v.15, n.5, Jul, p.359-65. 1994.

Preedy, V. R., et al. The deleterious effects of alcohol on the heart: involvement of protein turnover. *Alcohol Alcohol*, v.29, n.2, Mar, p.141-7. 1994.

Presley, C. A. et al. *Alcohol and Drugs on American College Campuses: Issues of Violence and Harrassment: A Report to College Presidents*. The Cre Istitute, Southern Illinois University at Carbondale, p. 5, 1997.

Proano, E. e L. Perbeck. Effect of exposure to heat and intake of ethanol on the skin circulation and temperature in ischaemic limbs. *Clin Physiol*, v.14, n.3, May, p.305-10. 1994.

Qureshi, A. I., et al. Risk factors for multiple intracranial aneurysms. *Neurosurgery*, v.43, n.1, Jul, p.22-6; discussion 26-7. 1998.

Randall, C. L., et al. Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *J Stud Alcohol*, v.60, n.2, Mar, p.252-60. 1999.

Richters, J. E. e P. Martinez. The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, v.56, n.1, Feb, p.7-21. 1993.

Rossinene, J. et al. Effects of acute alcohol infusion on duration and dispersion of QT interval in male patients with coronary artery disease and in healthy controls. *Clin. Cardiol.*, 22:591-594, 1999.

Roth, M. E. & Carroll, M. E. Acquisition of i.v. self-administration of methamphetamine in rats: effects of sex and strogen. *Psychopharmacology*, v. 172, n. 4, p. 443-449, 2004.

Roth, M. E., et al. Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neurosci Biobehav Rev*, v.28, n.6, Oct, p.533-46. 2004.

Salcedo Aguilar, F., et al. [Alcohol consumption in schoolchildren: motivations and attitudes]. *Aten Primaria*, v.15, n.1, Jan, p.8, 10, 12-4. 1995.

Sampson, H. W. Alcohol, osteoporosis, and bone regulating hormones. *Alcohol Clin Exp Res*, v.21, n.3, May, p.400-3. 1997.

Schirmer, M. et al. Immune system. In: *Handbook of Alcoholism* (Zernig, G. et al., eds.). CRC Press, Boca Raton, FL., p. 225-230, 2000.

Schwab-Stone, M., et al. No safe haven. II: The effects of violence exposure on urban youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.38, n.4, Apr, p.359-67. 1999.

Schwab-Stone, M. E., et al. No safe haven: a study of violence exposure in an urban community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.34, n.10, Oct, p.1343-52. 1995.

Seppa, K., et al. High diastolic blood pressure: common among women who are heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*, v.20, n.1, Feb, p.47-51. 1996.

Shakoor, B. H. e D. Chalmers. Co-victimization of African-American children who witness violence: effects on cognitive, emotional, and behavioral development. *J Natl Med Assoc*, v.83, n.3, Mar, p.233-8. 1991.

Sikkinik, J. & Fleming, M. Health effects of alcohol. In: *Addictive Disorders* (Fleming, M. F. e Barry, K. L., eds.). Mosby-Year Book, St. Louis, p. 172-203, 1992.

Singer, M. I., et al. Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Jama*, v.273, n.6, Feb 8, p.477-82. 1995.

Song, L. Y., et al. Violence exposure and emotional trauma as contributors to adolescents' violent behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v.152, n.6, Jun, p.531-6. 1998.

Stein, B. D., et al. Prevalence of child and adolescent exposure to community violence. *Clin Child Fam Psychol Rev*, v.6, n.4, Dec, p.247-64. 2003.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Summary of Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse. Office of Applied Studies, NHSDA Series H-13, DHHS Publications No. (SMA) 01-3549. Rockville, MD, USA.

Sussman, S., et al. Group self-identification as a prospective predictor of drug use and violence in high-risk youth. *Psychol Addict Behav*, v.14, n.2, Jun, p.192-6. 2000.

Sussman, S. et al. The association of current stimulant use with demographic, substance use, violence-related, social and intrapersonal variables among high risk youth. *Addict Behav*, v.24, n.6, Nov-Dec, p.741-8. 1999.

Sutker, P. B., et al. Alcohol use, negative mood states, and menstrual cycle phases. *Alcohol Clin Exp Res*, v.7, n.3, Summer, p.327-31. 1983.

Tate, D. L. e L. Charette. Personality, alcohol consumption, and menstrual distress in young women. *Alcohol Clin Exp Res*, v.15, n.4, Aug, p.647-52. 1991.

Thomas, A. P., et al. Effects of ethanol on the contractile function of the heart: a review. *Alcohol Clin Exp Res*, v.18, n.1, Feb, p.121-31. 1994.

Urbano-Marquez, A., et al. The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men. *Jama*, v.274, n.2, Jul 12, p.149-54. 1995.

Valois, R. F., et al. Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescents. *J Adolesc Health*, v.25, n.5, Nov, p.328-35. 1999.

Vermeiren, R., et al. Violence exposure and substance use in adolescents: findings from three countries. *Pediatrics*, v.111, n.3, Mar, p.535-40. 2003.

Vivian, J. A., et al. Induction and maintenance of ethanol self-administration in cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*): long-term characterization of sex and individual differences. *Alcohol Clin Exp Res*, v.25, n.8, Aug, p.1087-97. 2001.

Weber, T. R. The influence of acculturation on attitudes toward alcohol and alcohol use within the Punjabi community: an exploratory analysis. *Subst Use Misuse*, v.31, n.11-12, Sep-Oct, p.1715-32. 1996.

Weist, M. D., et al. Predictors of violence exposure among inner-city youth. *J Clin Child Psychol*, v.30, n.2, Jun, p.187-98. 2001.

Worner, T. M. e C. S. Lieber. Perivenular fibrosis as precursor lesion of cirrhosis. *Jama*, v.254, n.5, Aug 2, p.627-30. 1985.

Yeh, M. Y., et al. Gender differences in predictors of drinking behavior in adolescents. *Addict Behav*, v.31, n.10, Oct, p.1929-38. 2006.

Zavaschi, M. L., et al. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. *Rev Panam Salud Publica*, v.12, n.5, Nov, p.327-32. 2002.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

**Exposure to violence and associated alcohol abuse: a comparison
between boys and girls.**

**Elisa L. Belmonte¹, Thais C. Moreira¹, Sílvia P. Benetti Ph.D², Maristela Ferigolo Ph.D¹,
Ana R. Noto Ph.D³, Helena MT Barros M.D. Ph.D^{*1}.**

¹ Department of Pharmacology, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de
Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil.

² Department of Psychology, Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo,RS,
Brazil

³ Department of Psychobiology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP,
Brazil

*Correspondence: H.M.T Barros. Rua Sarmento Leite, 245. CEP 90050-170. Porto
Alegre, RS, Brazil.

In the last few years, epidemiological studies have detected significant increases in the use/abuse of alcohol and violence exposure by children and adolescents; however, there are little knowledge on how it affects boys and girls, separate by gender. The main objective of this study was to evaluate the relationship between alcohol use and violence exposure between boys and girls. The epidemiological study was conducted in public schools of Porto Allegre, RS, Brazil, and include youngsters from 10 to 19 years of age. The Brazilian versions of the WHO – Research on the Epidemiology of drug dependence and the Survey of Children’s exposure to community violence was applied in the classroom by trained medical and graduate students without the presence of the class teacher. In a total of 2039 questionnaires, the prevalence of alcohol use in the last month was higher in girls (38% vs. 40%), but the incidence of binge drinking was the same in both genders (12%). Alcohol use was associated, in both sexes, with age, severe psychological victimization but not with severe physical victimization. Binge drinking, otherwise, also showed association with severe psychological victimization and age in both sexes, but was also significantly to with severe physical victimization in boys. The findings suggest that that exposure to violence is related to alcohol use, in both boys and girls, and that they may react different to psychological and physical forms of violence.

Adolescence, Alcohol, Violence Exposure, Victimization, Binge drinking

Introduction

The impact of violence can be seen in different ways. Each year, millions of individuals lose their lives, and many more suffer non-fatal injuries, as a result of many forms of violence. The simple exposure to violence may cause aggressive behavior, negative emotions, symptoms of post-traumatic stress disorder, and difficulties in interpersonal relationships¹.

The World Health Organization (WHO)¹ defines violence as the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person or against a population or community, which either results in or has a high likelihood of resulting in injuries, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation. Community violence is classified as the interpersonal violence category that is the violence between individuals who are unrelated, and who may or may not know each other, generally taken place outside home. Besides, one may categorize the type of violence the individuals are exposed to in a way to facilitate its association with the impact that it causes². It is described as exposure, also known as victimization, if the violence is designated to the individual and indirect exposure, or testimonial, is described as the violence the individual witnesses^{3,4}.

Many studies have shown that violence exposure in children and adolescents may lead to problems not only physical, but also psychological, as depression, stress post-traumatic disorder, and a fatalistic vision of future^{5,6,7,8}. The direct or indirect exposure to violence during childhood or

adolescence can also become a strong predictor to behavior like drug use^{9,10}, increased number of sexual partners¹¹ and violent behavior^{5,12,13}.

The exposure to violence has been also associated to use-abuse of alcohol^{14,15,16} but the relationship between the use of alcohol and violence is complex, and there is no simple, casual and unidirectional relationship¹⁷. Analyzing the violence exposure and its relationship with community violence in three countries: Belgium, Russia and United States, showed increasing severity of witnessing violence, associated with a gradual increase in the use of alcohol, and other drugs. In all countries, witnessing more than two events was strongly related to reported alcohol use with ORs around 2 or more. Also, compared with the not victimized groups, both moderate and severe victimization in some of these countries carried ORs for reported alcohol use around 2¹⁸.

Epidemiological studies usually shows that most of the drug and alcohol users are males¹⁹. The number of studies on the sexual differences in drug use are increasing, and they have shown that there is an increase in numbers of females who abuse alcohol abusers²⁰. In Brazil, the use of illicit drugs in adolescents was significantly higher in boys (23.5%) than in girls (21.7%). The opposite was found for alcohol use, been significantly higher among girls (66.3%) than boys (64.5 %) ²¹. In the United States, a comparable rate of alcohol use between boys and girls (16.2 % and 16.5 %) ²².

With the increasing consumptions of alcohol by girls, researches on female behavior and associations are becoming more frequent. Retrospective studies revealed that women consume less quantity of alcohol and are less likely to abuse alcoholic beverages²².

Methods

Population

The target population consisted of students from the fifth grade on in public schools elementary school and high school. The students in these grades are from 10 to 19 year old. The sampling design adopted had two-stages: sampling was clustered by school and by class, stratified for different neighborhoods and their socio-economic characteristics, as proposed by Kish²³.

Measurements

Data were collected using two questionnaires. One questionnaire was formulated by WHO-Research and Reporting on the Epidemiology of Drug Dependence²⁴ and adapted for use in Brazil by Carlini-Cotrim et al.²⁵. The questionnaire has been used in five National Surveys about drug use in Brazil by CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Brazil), since 1987.

The second questionnaire, Survey of Children's Exposure to Violence, was developed at the National Institute of Mental Health, USA,²⁶ and was translated and adapted for use in Brazil by the Department of Psychology of the University of Vale dos Sinos, Brazil²⁷.

The questionnaires surveyed socio-economic data (gender, age, school grade, socioeconomic level, frequency of school attendance, use of non prescription psychotropics drugs, alcohol, tobacco and illegal drugs. Socio-economic status was measured using the scale of the Brazilian Association of market Survey Institutes, which is based on consumption items and on the

educational level of the head of the house-hold. The scale classifies respondents in classes A to E, with A being the highest and E the lowest socioeconomic category.

The socioeconomic condition of the district was classified analyzing the community structure and the economic conditions of the neighborhood in two categories, middle-class and poor. This classification was made before the study was started and it was used also to select representative samples of school in each school zones.

The questionnaires were anonymously filled out in the classroom without the presence of teachers, after a briefly explanation of the aims of the survey. Students were given the chance not to answer the questionnaires or to hand it blank. A “ballot box” placed in front of the classroom ensured anonymity.

All questionnaires without age or gender or the left blank were excluded. The use of alcohol by the students surveyed was categorized as last month use, if the student reported the use of alcohol at least once in the preceding 30 days life; frequent use: when the subject has drunk alcohol six to nineteen days during the 30 days preceding the study. The binge drinking was defined as getting drunk at least once in the preceding month.

To categorize community violence, seven items of the questionnaire were selected, to create two main classifications. For Severe Psychological Victimization either one of the following items was considered: I was questioned by the police; threatened with physical harm; had someone broking in my home or robbed. The second, Severe Physical Victimization, is

constituted by three items: sexually abused; attacked with a knife; being gun-shot.

Results

The questionnaire was delivered to a total of 2039 students in the 20 randomly selected public schools. Of the 2039 questionnaires, 209 (10%) of them were excluded. In table 1 are the alcohol use, characteristics, and violence exposure of these students according to gender.

In our sample, 712 students (43%) had been exposed to at least one of the situations that we describe as Severe Victimization Psychological Community Violence. About 10% (168) was exposed to severe physical violence, and if we look at the separate items, we will note that 4.1% of the students had already been sexually abused, 2.5% have been shot, and 6.6% have been attacked with a knife.

The bivariate analysis shows that alcohol use increased ($p=0.179$) with age and was no related to the situation of the quarter ($p=-0.26$). Also there is no significant influence of sex ($p=-0.23$) or by the use of alcohol by other member of the family ($p= 0.09$). For binge drinking, there is significant association with age ($p=-0.078$). Both categories of alcohol was associated with violence exposure, last month use ($p= 0.126$) and binge drinking ($p= 0.121$). Age and sex are not intervening factors for the association between alcohol use or binging and psychological or physical victimization.

The teens reported drinking more alcohol than preteen's (OR 5.6 and CI 95% 4.5-7.0). 54% (264) of the teen boys used alcohol, in comparison to only 17% (62) of preteens. For girls, the same figures were seen, with 58% of the teen's girls using alcohol and 19% (86) of preteens. The socioeconomic characteristics of the district showed similarities between the comparisons to both sexes.

Besides that, we find strong relationships between frequent use of alcohol and those with past situations of Severe Physical Victimization 57% (OR: 2.2; IC 95%: 1.6 to 3.1) or Severe Psychological Violence 53% (OR 2.7 IC 95% 2.2 to 3.3). When we look at the victimizations separate by sex, 60% (56) of the boys (OR 2.6 IC 1.7 to 4.0) and 55% (40) of girls (OR 1.8 IC 1.1 to 2.9) described severe Physical victimizations, while 51% (195) of the boys (OR 3.1 IC 2.2 to 4.1) and 54% (174) of the girls (OR 2.5 IC 1.8 to 3.3) have been victims of severe Psychological Violence. The values have been adjusted to eliminate confusion factors by logistic regression, where all substantially comparisons have $p < 0.05$ (table 2). The logistic regression show that factors like age has an important association with alcohol abuse ($p < 0.001$), and that Severe Psychological Victimization has influence in alcohol consume for both boys and girls.

In respect to binge drinking, we see that the teens report more episodes than preteens (OR 4.4 IC 95% 3.1 to 6.2), occurring in 17% (178) of the teens, and only 5% (38) of the preteens. Violence exposure showed a higher risk of binge drinking for those who suffered severe physical victimization (OR 3.2 IC 2.2 to 4.7) or severe psychological victimization (OR 3.0 IC 2.1 to 4.0). The comparison between sexes related to victimization also presents important values, with 32% (30) of boys and 16% (22) of girls report binge drinking and severe physical victimization. The girls that have been victims of severe psychological violence that also have binge drinking was 17% (56) (OR 2.5 IC 1.6 to 3.8) and boys 18% (69) (OR 3.4 IC 2.1 to 2.7).

After logistic regression, the three characteristics more related to binge drinking were: age, severe physical victimization for boys and Severe Psychological Violence for both sexes (Table 3).

Discussion

In this study we explored the relevant factors that could lead to a higher alcohol consumption, taking into consideration age, sex, schooling and violence. The knowledge of these relationships is important for the understanding of hardships and to elaborate plans of prevention and interventions for this population of youngsters.

Alcohol beverages may be consumed by youngsters despite the laws that forbid sales to under aged individuals as seen in other studies ^{28,29} . Teens use and abuse more alcohol than preteens, presenting a linear tendency of increased age and alcohol use. This risk behavior shows the need of set preventive measurements ^{30,31} .

When we compared genders, binge drinking of alcohol in the last month, is similar for boys and girls, as detected with English students¹⁴ and with youngest in social risk²⁹.

The early use of alcohol makes the individuals more vulnerable to abuse and dependence, facilitating the concomitant use of illicit drugs ³² . The damages of alcohol use by preteens and teens are bigger than in adults. In these ages, the perceptions about the problems related to alcohol consumption not necessarily come with the damages ²⁷ .

We analyzed the alcohol use and schooling, and the risks of the increase of alcohol use and violence exposure. The students of high school

consume more alcohol than the others, probably because the ages increase^{4,33}.

No significant difference in alcohol consumption was detected in different city areas. Other studies, showed that the students of peripheral neighborhoods consume less alcohol than those in central areas or private schools³³. One explanation may be that students with better economic situation have more access to buy alcoholic drinks³⁰.

The most important results in this study were the relationship between severe physical or psychological victimization and the increase in alcohol use, as seen in development countries¹⁸. Although other studies have shown a relationship between alcohol use and violence among males^{15,14,34} in this study we also show that not only the boys, but also the girls show a higher use of alcohol and violence exposure.

It is important to note that severe physical victimization is associated with increasing alcohol use. Alcohol, independent of the type of violent behavior, seems to increase the vulnerability to victimization¹⁴. We must remember that the violence and alcohol use does not have a casual and unidirectional relationship¹⁷. Teenagers exposed to violence have higher levels of alcohol, tobacco, and marijuana use¹⁸.

Even though there are little differences for violence effects and abuse of alcohol between sexes, the boys still had higher rates of violence exposure than girls. These findings agree with other observations¹⁵.

The severe physical victimization, which include been sexually abused, attacked with a knife and shoot with a gun were important for binge drinking in boys, but not for girls. There are important differences between sexes¹⁸.

After psychological victimization, the girls seek more consolation in drugs, and have different psychological consequences than boys. These differences have also been shown by Springer & Padgett³⁵ where the teen's girls have more traumas e symptoms of post traumatic stress disorder after direct or indirect exposure to violence than boys.

Enumerating the limitations of the study, we don't investigate the relationship of the students whom have or not a work³¹, low performance in school^{30,33}, domestic violence exposure³⁵, with the alcohol use.

Looking at all these findings, we realize how important are the actions that seek for prevention of violence in the community. To improve the life conditions to youngsters and their families³⁶, and reduce alcohol use and abuse.

Tables

Table 1 Socio-demographic and violence exposure male and female teenagers

| <i>Characteristics</i> | <i>Total n(%)</i> | <i>Male n(%)</i> | <i>Female n(%)</i> |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| Age | | | |
| 10-13 (Preteens) | 818(45) | 367 (43) | 451 (47) |
| 14-19 (Teenagers) | 1012(55) | 495 (57) | 517 (53) |
| Schooling | | | |
| Elementary School/ grades 5/6 | 516 | 243 (49) | 273 (50) |
| Middle School | 363 | 176 (36) | 187 (34) |
| High School | 158 | 70 (14) | 88 (16) |
| Situation of quarter | | | |
| Middle-class | 826(45) | 401 (46) | 425 (44) |
| Poor | 1004(55) | 461 (53) | 543 (56) |
| Use alcohol | | | |
| Alcohol use in last month | 705(39) | 326 (38) | 379 (40) |
| Binge Drinking last month | 214(12) | 100 (12) | 114 (12) |
| Community Violence | | | |
| Severe Psychological Violence | 712(43) | 385 (50) | 327 (37) |
| Severe Physical Violence | 168 (10) | 94(11) | 74(8) |

*No difference was found between males and females.

Table 2. Odds Ratio for alcohol use in last month between students of public school in Porto Alegre, 2003, adjusted analysis*

| <i>Alcohol Use</i> | <i>All Students</i> | | <i>Boys</i> | | <i>Girls</i> | |
|---|---------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| | OR (IC 95%) | P | OR (IC 95%) | P | OR (IC 95%) | P |
| Age | | | | | | |
| Teens | 4,0 (3,0-5,4) | <0,001 | 3,4 (2,2-5,2) | <0,001 | 4,6 (3,1-6,9) | <0,001 |
| Preteens | - | - | - | - | - | - |
| Situation of the Quarter | | | | | | |
| Middle-class | 1,2 (0,9- 1,6) | NS | 1,3 (0,9-1,8) | NS | 1,2 (0,8-1,6) | NS |
| Poor | - | - | - | - | - | - |
| Severe Psychological Victimization | | | | | | |
| Yes | 1,9 (1,5-2,4) | <0,001 | 1,8 (1,3-2,6) | 0,02 | 1,9 (1,4-2,7) | <0,001 |
| No | - | - | - | - | - | - |
| Severe Physical Victimization | | | | | | |
| Yes | 1,2 (0,8-1,7) | NS | 1,3 (0,8-2,2) | NS | - | NS |
| No | - | - | - | - | 1,1 (0,6-1,9) | - |

* Age, Scholarship, situation of the quarter, Severe Psychological and Physical Victimization

Table 3. Odds Ratio for binge drinking in last month between students of public school in Porto Alegre, 2003, adjusted analysis*

| <i>Alcohol Use</i> | <i>All Students</i> | | <i>Boys</i> | | <i>Girls</i> | |
|---|---------------------|--------|------------------|------|------------------|--------|
| | OR (IC 95%) | P | OR (IC 95%) | P | OR (IC 95%) | P |
| Age | | | | | | |
| Teens | 3,4 (2,1-5,6) | <0,001 | 2,4 (1,2-4,8) | 0,02 | 4,6 (2,2-9,2) | <0,001 |
| Preteens | - | - | - | - | - | - |
| Situation of the Quarter | | | | | | |
| Middle-class | 1,1 (0,7-1,4) | NS | 1,3 (0,8-2,2) | NS | 0,8 (0,5-1,3) | NS |
| Poor | - | - | - | - | - | - |
| Severe Psychological Victimization | | | | | | |
| Yes | 1,8 (1,3-2,7) | <0,05 | 2,1 (1,2-3,7) | 0,02 | 1,7 (1,1-2,7) | 0,03 |
| No | - | - | - | - | - | - |
| Severe Physical Victimization | | | | | | |
| Yes | 1,7 (0,1-2,7) | <0,05 | 2,5 (1,3-4,6) | 0,03 | 1,2 (0,6-2,3) | NS |
| No | - | - | - | - | - | - |

* Age, Scholarship, situation of the quarter, Severe Psychological and Physical Victimization

References

- ¹ Krug EG, et al, eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- ² Stein BD, Jaycox LH, Kataoka S, et al. Prevalence of child and adolescent exposure to community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003; 6: 247-264.
- ³ Buka SL, Stichick TL, Birdthistle I, et al. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *The American journal of orthopsychiatry* 2001; 71: 298-310.
- ⁴ Overstreet S. Exposure to community violence: Defining the problem and understanding the consequences. *Journal of Child and Family Studies* 2000; 9: 7-25.
- ⁵ Schab-Stone ME, Ayers TS, KasproW W, et al. No Safe Haven: A study of violence exposure in an urban community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34:1343-1352.
- ⁶ Farrell AD, Bruce SE. Impact of exposure to community violence on violent behavior and emotional distress among urban adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology* 1997; 26: 2-14.
- ⁷ Moses A. Exposure to violence, depression, and hostility in a sample of inner-city high school youth. *Journal Adolescence* 1999;22: 21-32.
- ⁸ Lai DW. Violence exposure and mental health of adolescents in small towns: an exploratory study. *Canadian Journal of Public Health* 1999; 90: 181-185.
- ⁹ Sussman S, Dent CW, Mc Cullar WJ. Group self-identification as a prospective predictor of drug use and violence in high-risk youth. *Psychology*

of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors 2000; 14(2): 192-196.

¹⁰ Sussman S, Dent CW, Stacy AW. The association of current stimulant use with demographic, substance use, violence-related, social, and intrapersonal variables among high risk youth. Addictive Behaviors 1999; 24(6): 741-748.

¹¹ Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, et al. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000; 68(1):19-30.

¹² O'Keefe M. Adolescents' exposure to community and school violence: prevalence and behavioral correlates. J Adolescent Health 1997; 20 (5):368-376.

¹³ Song LY, Singer MY, Anglin TM, et al. Violence exposure and emotional trauma as contributors to adolescents' violent behaviors. Archives of Pediatric & Adolescence Medicine 1998; 152(6):531-536.

¹⁴ Shepherd JP, Sutherland I, Newcombe RG. Relations between alcohol, violence and victimization in adolescence. Journal of Adolescence 2006; 29(4): 539-553.

¹⁵ Morojele NK; Brook JS. Substance use and multiple victimization among adolescents in South Africa. Addictive Behaviors 2006; 31(7): 163-176.

¹⁶ Thommasen HV, Hanlon N, Thommasen C, et al. Alcohol drinking habits and community perspectives on alcohol abuse in the Bella Coola Valley. Canadian Journal of Rural Medicine 2006; 11(1):15-22.

¹⁷ Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005; 365(9458): 519-530.

¹⁸ Vermeiren R, Schwab-Stone M, Deboutte D, et al. Violence Exposure and Substance Abuse in Adolescents: Findings From Three Countries. *Pediatrics* 2003; 111(3): 535-540.

¹⁹ Roth ME, Cosgrove KP, Carroll ME. Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2004; 28(6): 533-546.

²⁰ Brady K. & Randall CI. Gender differences in substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America* 1999; 22(2): 241-252.

²¹ Galduroz JC; Noto AR; Fonseca AM, et al. V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil, 2004.

²² SUBSTANCE Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Summary of Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse. Office of Applied Studies, NHSDA Series H-13, DHHS Publications No. (SMA) 01-3549. Rockville, MD, USA.

²³ Kish L. Survey Sample, Washington, John Wiley & Sons Inc., 1967.

²⁴ Smart RG, Hughes PH, Jonhston LD, et al. A methodology for student drug-use surveys. Geneva, World Health Organization, 1980.

²⁵ Carlini-Cotrim EA, Carlini-Cotrim B, Silva-Filho AR, et al. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e Segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. IN: Consumo de Drogas Psicotrópicas no

Brasil em 1987. Centro de Documentação, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Série C: Estudos e Projetos 5, 9-84, 1989.

²⁶ Richters JE, Martinez P. Screening survey of children's' exposure to community violence. Bethesda: National Institute of Mental Health; 1993.

²⁷ Zavaschi ML, Benetti S, Polanczyk GV, et al. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. Pan American journal of Public Health 2002; 12(5): 327-332.

²⁸ Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Revista Brasileira Psiquiatria 2004; 26 (I): 14-17.

²⁹ Ferigolo M, Barbosa FS, Arbo E, et al. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. Revista Brasileira de Psiquiatria 2004; 26(1): 10-16.

³⁰ Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Revista Saúde Pública 2001; 35 (2): 150-158.

³¹ Souza DP, Areco KN, Filho DXS. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. Revista Saúde Pública 2005; 39(4): 585-592.

³² Hingson R, Heeren T, Zakocs R. Age of drinking onset and involvement in physical fights after drinking. Pediatrics 2001;108(4): 872-877.

³³ Soldera M, Dalgalarrodo P, Filho HRC, et al. Uso pesado de álcool por estudantes de ensino fundamental e médio das escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. Revista Brasileira Psiquiatria 2004; 26(3): 174-179.

³⁴Noto AR, Fonseca AM, Silva EA, et al. Violência Domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: Um levantamento no Estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Dependência Química* 2004; 5(1): 9-17.

³⁵ Springer C, Padgett DK. Gender Differences in Young Adolescent's Exposure to Violence and Rates of PTSD Symptomatology. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000; 70(3):370-379.

³⁶ Minayo MC, Deslandes SF. A Complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(1): 35-42.

5 ANEXOS

5.1 GUIA PARA AUTORES – JOURNAL OF ADOLESCENCE HEALTH



<http://www.elsevier.com>

JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH

Official Publication of the Society for Adolescent Medicine
SAM members can access full-text articles on *JAH Online* at <http://jahonline.org>.

Guide for Authors

The *Journal of Adolescent Health* is a multidisciplinary scientific Journal, which seeks to publish new research findings in the field of Adolescent Medicine and Health ranging from the basic biological and behavioral sciences to public health and policy. We seek original manuscripts, review articles, letters to the editor, commentaries and clinical observations from our colleagues in Anthropology, Dentistry and Oral Health, Education, Health Services Research, International Health, Law, Medicine, Mental Health, Nursing, Nutrition, Psychology, Public Health and Policy, Social Work, Sociology, Youth Development, and other disciplines that work with or are committed to improving the lives of adolescents and young adults.

The *Journal* is the official publication of the Society for Adolescent Medicine (SAM), a multidisciplinary organization committed to improving the health and well-being of adolescents. One of the Society's primary goals is the development, synthesis, and dissemination of scientific and scholarly knowledge unique to the health needs of adolescents. To meet this goal, the Society established the *Journal of Adolescent Health* in 1980.

The Editorial Process

Manuscripts submitted to *The Journal of Adolescent Health* will receive a timely review and authors will be notified within six weeks of receipt of manuscript whether their work is accepted, rejected, or requires revision. Manuscripts will be reviewed by internationally recognized experts on the subject. When relevant, a biostatistician consultant will also review the manuscript. The reviewers will be blinded to the names of the authors and the institution from which the manuscripts have been sent.

Accepted manuscripts will be published within one year of the date of final acceptance (except where noted otherwise) provided all production materials have been delivered to the Editorial Office. Submit manuscripts to the *Journal of Adolescent Health's* Editorial Office via the Elsevier Editorial system (EES) website for this journal; go to <http://journals.elsevierhealth.com/periodicals/JAH> and select "Submit Manuscript." All correspondence regarding submitted manuscripts will be handled via e-mail through EES. Send all other correspondence to:

Charles E. Irwin, Jr., M.D.
Editor-in-Chief
Editorial Office, *Journal of Adolescent Health*
University of California, San Francisco
Research and Policy Center for Childhood & Adolescence
3333 California Street, Suite 245
San Francisco, California 94118-6210
USA
e-mail: jahlth@ucsf.edu
Phone: 415-502-2067
Fax: 415-476-6106

The Journal of Adolescent Health publishes the following types of articles:

Original Articles: Scientific reports which are the result of original research. Text is limited to 3500 words with an abstract, 5 tables/figures, 2 illustrations and 40 references.

Review articles: The Editor-in-Chief and/or one of the Associate Editors usually solicit these articles. Prior to writing a review article for this section, authors are required to submit a proposal letter and an outline to the Editor-in-Chief by e-mail at jahlth@ucsf.edu. Authors need to identify the content area for the review article that they are submitting: Behavioral/Psychosocial Sciences, Clinical/Health Sciences, Public Policy/Public Health, International Health, or Youth Development. The proposal will be reviewed by one of our Associate Editors and he/she will advise the authors on proceeding to a full manuscript. This review of the proposal will take place within four weeks of receipt of the outline. The final format of the article should include the introduction, review of the relevant literature, discussion, summary and implications section. Each review article must have a 50-word summary abstract. Review articles will be limited to 4500 words, 5 tables/figures and 2 illustrations and an unlimited number of references.

Adolescent Health Briefs: Scientific reports of original research that represent preliminary findings, small samples and newly described associations in unique populations. Articles in this format are limited to 1000 words or less with a brief abstract of 50 words or less. A combined total of 2 figures, tables and illustrations and a maximum of 10 references will be accepted.

Clinical Observations: These observations represent rare and new observations in the clinical arena. Papers in this format are limited to 1000 words and should include an

introduction, concise discussion of the clinical observation, and discussion. A combined total of 1 figure, table or illustration and 10 references will be accepted.

Editorial Correspondence: Letters regarding articles published in the *Journal* within the proceeding 6 months or to related topics should not exceed 400 words. This correspondence is published at the discretion of the Editor-in-chief and the Associate Editors.

Fast Tracking for Critical Issues in Adolescent Health and Medicine: The fast tracking system has been developed by the *Journal* in order to facilitate and encourage the submission of manuscripts to the *Journal* that are of very high quality, have documented findings that may change the content of clinical practice, have findings that may assist with the national and/or international dialogue about critical issues affecting adolescents and young adults and most importantly cannot wait for our regular review and publication process. When authors identify their submitted manuscript as a fast-track article, it is forwarded to one of our Associate Editors for an internal review and identification to determine if the manuscript warrants and expedited review. A determination is made within 3 days of submission. There are three possible outcomes: (1) Fast Tracking, (2) Regular review process and (3) Rejection. If the article is fast tracked, it is immediately forwarded to two reviewers from our Editorial Board, who are given two weeks to conduct the review. We shall notify the authors within three weeks from the time of submission about the outcome of the review. If the review is favorable with revisions, we shall need the revisions within two weeks. Fast tracking is a rare event and should not be viewed as a mechanism to obtain an expedited review. The article should be prepared in the same manner as an Original Article.

Manuscript Preparation:

Manuscripts must be submitted via the Elsevier Editorial System (EES) website for this journal, go to <http://journals.elsevierhealth.com/periodicals/JAH> and select "Submit Manuscript." You will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files and data. Once the uploading is done, the system automatically generates an electronic (PDF) proof, which is then used for reviewing. All correspondence regarding submitted manuscripts will be handled via e-mail through EES.

For the purposes of EES, a manuscript submission consists of a minimum of four distinct files: a Cover Letter; the Abstract; a Title page including acknowledgements, if any; and the Manuscript itself. EES accepts files from a broad range of word processing applications. All four files must be typed in **12-point type, double-spaced with one-inch margins (with all pages numbered consecutively)**. **The file should follow the general instructions on style/arrangement, and, in particular, the reference style.** The file should use the wrap-around end-of-line feature, i.e., returns at the end of paragraphs only. Place two returns after every element, such as title, headings, paragraph.

In addition, Tables and Figures should be included as separate, individual files.

If Electronic submission is not possible, please contact Mr. Tor Berg, the managing editor at tor.berg@ucsf.edu, or by phone at 415-502-1373 or by mail at Editorial Office, Journal of Adolescent Health, University of California, San Francisco, Research and

Policy Center for Childhood and Adolescence, 3333 California Street, Suite 245, San Francisco, California 94118.

Manuscripts

Cover Letter: The Cover Letter should explicitly state the title of the manuscript being submitted; the study's IRB status, the authors' knowledge of and compliance with the Journal's Conflict of Interest policy (see below); and the corresponding author's name, mailing address, e-mail address, and phone number. The Cover Letter should list all of the manuscript's co-authors and a statement that all are aware that the manuscript is being submitted to the Journal.

Title Page/Acknowledgements: The title page should contain a concise but informative title; a short running head or footline of no more than 45 characters, including spaces, identified and placed at the bottom of the title page; first name, middle initial, and last name of each author with the highest academic degree(s) of each; name of the department(s) and institution(s) to which the work should be attributed: name, address, telephone number, and fax number of author to whom requests for reprints and correspondence should be addressed; the source(s) of support such as grants, equipment, or drugs; and any acknowledgements of persons who have made a substantive contribution to the study.

Authors should obtain written permission from anyone that they wish to list in the Acknowledgement section. The corresponding author must also affirm that he or she has listed everyone who contributed significantly to the work in the Acknowledgements.

Manuscripts are distributed to reviewers "blind," therefore, the title page should be the only page to identify the authors. **The Title Page/Acknowledgements should be submitted as an individual document separate from the manuscript itself.**

Abstract and Key Words: The third file of your manuscript submission should be an abstract of not more than 250 words. The abstract should be provided in a structured table format with the following bolded headings: Purpose, Methods, Results and Conclusions. Emphasis should be placed on new and important aspects of the study or observations. Only approved abbreviations are acceptable. Three to 10 key words or short phrases should be identified and placed below the abstract. These key words will be used to assist indexers in cross-indexing the article and will be published with the abstract. For this, terms from the Medical Subject Headings list in the Index Medicus should be used whenever possible.

Blind Manuscript: The Manuscript itself should be submitted as its own separate file. The document should not include any author identifiers whatsoever and should include a copy of the abstract at the beginning. References should be included at the end of the document.

The text of original observational and experimental articles and brief scientific reports should usually--but not necessarily--be divided into the following sections: introduction, methods, results, and discussion.

The Introduction should clearly state the purpose(s) of the article and summarize the

rationale for the study of observation. Only pertinent references should be used. Note that when reporting experiments utilizing human subjects, approval of the protocol by the sponsoring Institution's Committee on Human Subjects or its equivalent must be stated explicitly within the body of the manuscript. In addition, the protocol of obtaining informed consent should be briefly described.

The selection of observational or experimental subjects (patients or experimental animals, including controls) should be clearly described in the Methods section. The methods, apparatus, and procedures used should be described in enough detail to allow other workers to reproduce the results. References should be provided for established methods, including statistical methods. Methods that are not well known should be concisely described with appropriate references. Any new or substantially modified method(s) should be carefully described, reasons given for its use, and an evaluation made of its known or potential limitations. All drugs and chemicals used should be identified by generic name(s), dosage(s), and route(s) of administration. The numbers of observations and the statistical significance of findings should be included when appropriate. Patients' names, initials, or hospital numbers should not be used.

Results should be presented in a logical sequence in the text, table(s), and illustration(s). Only critical data from the table(s) and/or illustrations(s) should be repeated in the text.

Emphasis in the Discussion section should be placed on the new and important aspects of the study and the conclusions that can be drawn. Detailed data from the results section should not be repeated in the discussion. The discussion should include the implications and limitations of the findings and should relate the observations to other relevant studies. The link between the conclusion(s) and the goal(s) of the study should be carefully stated, avoiding unqualified statements and conclusions not completely supported by the data. The author(s) should avoid claiming priority and alluding to work that has not yet been completed. New hypotheses, when stated, should be clearly identified as such. Recommendations, when appropriate, may be included.

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. References in the text, tables, and legends should be identified by Arabic numerals in square brackets. References cited only in tables or legends to figures should be numbered in accordance with their first identification in the text of a particular table or illustration.

The style and punctuation of the references should follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (prepared by the International Committee of Medical Journal Editors, and published in *Ann Intern Med* 1982; 96:766-71; reprints available upon request), as shown in the following examples:

Journal

1. *Standard journal article:*

Reference should list all authors when three or fewer; when four or more, only the first three should be listed, followed by et al.

Ford CA, Jaccard J, Millstein SG, et al. Young Adults' Attitudes, Beliefs, and Feelings About Testing for Curable STDs Outside of Clinic Settings. *J Adolesc Health* 2004;34:266-269.

2. *Corporate Author:*

Center for Health Promotion and Education: Guidelines for effective school health education to prevent the spread of AIDS. *J Sch Health* 1988;58:142-8.

Books and Monographs

1. *Personal Author(s):*

Romer D, ed. *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. Thousand Oaks, California, Sage Publications, 2003.

2. *Editor(s) Compiler(s), Chairman as Author(s):*

Rosen DS, Rich M, eds. *The Adolescent Male. Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. Vol 14. Philadelphia, Hanley & Belfus, 2003:3.

3. *Chapter in a Book:*

Marcell AV, Irwin CE Jr. Adolescent Substance Use and Abuse. In: Finberg L, Kleinman RE, eds. *Saunders Manual of Pediatric Practice*, 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders, 2002:127-139.

4. *Agency Publication: America's Children: Key National Indicators of Well-Being* 2003. Washington, DC: Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 2003.

Web site

Bearman PS, Jones J, Udry JR. *The National Longitudinal Study of Adolescent Health: Research design* [Online]. Available at: <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth/design.html>. Accessed February 14, 2000.

An effort should be made to avoid using abstracts as references. Unpublished observations and personal communications are not acceptable as references, although references to written, not verbal, communications may be inserted into the text in parentheses. References to manuscripts accepted but not yet published should designate the journal followed by (in press). Information from manuscripts submitted but not yet accepted for publication may be cited in the text as (unpublished observations). All references must be verified by the authors against the original documents.

Tables: Any tables should be submitted as separate and individual files. Tables should be numbered consecutively, in order of citation in the text. Each table should be given a brief title; explanatory matter should be placed in a table footnote. Any nonstandard abbreviation should be explained in a table footnote. Tables should not rely on vertical

lines for clarity or coherence and should contain as few horizontal lines as possible. Statistical measures should be identified as measures of variation such as S.D. or S.E.M. If data from another published or unpublished source are used, permission must be obtained and the source fully acknowledged. EES will accept files from a wide variety of table-creation software.

Illustrations: Any figures should be submitted as separate and individual files. Letters, and symbols should be clear and even throughout and of sufficient size that when figures are reduced for publication (to approximately 3 inches wide), each item will still be legible. Figures should be numbered consecutively, in order of citation in text. Each figure must have a legend typed in a separate document that you will upload to EES immediately after the illustration that it references. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, each should be identified and clearly explained in the legend.

The cost of color illustrations must be borne by the author(s).

If photomicrographs are to be submitted, the requirements for their presentation should be obtained from the Editor-in-Chief prior to submission.

If photographs of persons are used, either the subjects must not be identifiable or their pictures must be accompanied by written permission to publish the photograph.

If an illustration has been published, the original source must be acknowledged and accompanied by written permission from the copyright holder to reproduce the material. Permission is required regardless of authorship or publisher except for documents in the public domain.

Guidelines for submitting your illustrations in an electronic format can be found by clicking on Artwork Guidelines at <http://www.ees.elsevier.com/JAH/>.

Contributions and Responsibility of Authors:

Papers are submitted for review with the understanding that they are being submitted only to the *Journal of Adolescent Health*. The Journal will not consider for review any paper that has been published elsewhere (with the exception of a published abstract of 500 words or less for a scientific meeting). If the submitted paper contains data that has been previously published, is in press or currently under review by another publication in any format, the authors are required to submit a reprint, a copy of the manuscript to the Editor-in-Chief with a clarification of the overlap and justification for consideration of the current submitted manuscript.

The Corresponding Author must submit individual contributions of each author in a single brief statement.

Conflict of Interest Policy

Authors are required to disclose commercial or similar relationships to products or companies mentioned in or related to the subject matter of the article being submitted. Sources of funding for the article should be acknowledged in a footnote on the title page. Affiliations of authors should include corporate appointments relating to or in connection with products or companies mentioned in the article, or otherwise bearing on the subject matter thereof. Other pertinent financial relationships, such as

consultancies, stock ownership or other equity interests or patent-licensing arrangements, should be disclosed to the Editor-in-Chief in the cover letter at the time of submission. Such relationships may be disclosed in the Journal at the discretion of the Editor-in-Chief in footnotes appearing on the title page. Questions about this policy should be directed to the Editor-in-Chief.

Institutional Review Board Requirements

All scientific research papers need to document that approval was received from the appropriate institutional review board. When reporting experiments utilizing human subjects, it must be stated in writing, in the paper, that the Institution's Committee on Human Subjects or its equivalent has approved the protocol. The protocol of obtaining informed consent should be briefly stated in the manuscript. The Editor-in-Chief may require additional information to clarify the safeguards about the procedures used to obtain informed consent. Within the United States, the authors should verify compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) prior to submission. When reporting experiments on animal subjects, it must be stated that the institution's animal care and use committee has approved the protocol.

Authors must immediately disclose to the *Journal of Adolescent Health* in writing the existence of any investigation or claim related to the manuscript with respect to the use of human or animal subjects that may be initiated by an institutional, regulatory, or official body at any time, including investigations or claims arising subsequent to manuscript submission, approval or publication.

Acceptance for Publications

All manuscripts accepted for publication will require a written assignment of the copyright from the author(s) to the Society for Adolescent Medicine. Elsevier Inc. will maintain all records of the copyright for the Society for Adolescent Medicine. No part of the published material may be reproduced elsewhere without written permission from the publisher. If your manuscript is accepted, the editorial office reserves the right to decide whether the final article is published in the print or the online version of the *Journal*.

Reprints

Reprints may be ordered prior to publication by using the special reprint order form that accompanies proofs.

Release to Media

Authors will be informed of the date that their manuscript will be available on the *Journal of Adolescent Health's* website. Until the time of publication on the website, it is a violation of the copyright agreement to disclose the findings of an accepted manuscript to the media or the public before publication in the *Journal of Adolescent Health*.

5.2 MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo populacional, observacional, com a utilização de questionários autoaplicáveis. Este estudo é parte do V Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio em 26 capitais e Distrito Federal, havendo autorização específica do grupo coordenador para a utilização dos dados de Porto Alegre para o desenvolvimento de estudos locais.

População

Todos os estudantes de 5^a a 8^a séries do primeiro grau e 1^o, 2^o e 3^o anos do segundo grau, alunos de escolas públicas do Município de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul.

Crítérios de elegibilidade dos participantes

Crítérios de inclusão: alunos de 5a a 8a séries do primeiro grau e 1^o, 2^o e 3^o anos do segundo grau, de escolas municipais e estaduais do Município de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul.

Crítérios de exclusão: foram excluídos indivíduos que:

- não responderam um ou ambos os questionários
- não preencheram os itens sexo e idade
- tiveram mais de 4 questões anuladas nos questionários
- responderam afirmativamente a respeito do uso de drogas fictícias

Definição das variáveis em estudo

Variáveis dependentes: uso de álcool.

Variáveis independentes: violência (testemunho e vitimização), sexo, idade, nível socioeconômico, escolaridade.

Amostragem

O tipo de amostragem utilizada foi a de conglomerados em dois estágios, estratificada, considerando a turma como unidade amostral. As escolas (conglomerados) foram divididas em várias subpopulações homogêneas (estratos). Assim, foram sorteadas as escolas e, posteriormente, as turmas.

Cadastro Básico

Foi feito um cadastramento de todas as escolas públicas de Porto Alegre. Este cadastro é constituído por todas as escolas da rede municipal e estadual, com seus respectivos números e turnos das turmas e foi fornecida pelo Ministério da Educação.

Estratificação

Foi feita uma amostragem em dois estágios, no primeiro foram sorteadas as escolas e, no segundo as turmas.

Para o sorteio das escolas foram definidos estratos através da existência do turno noturno, de um segundo grau e da região de localização da escola (situação econômica do bairro). Os 4 tipos de estratos são:

Estrato 1- Escolas da região de melhor nível socioeconômico, somente Ensino Fundamental;

Estrato 2- Escolas da região de pior nível socioeconômico, somente Ensino Fundamental;

Estrato 3- Escolas da região de melhor nível socioeconômico, com ensino médio e/ou Turno Noturno;

Estrato 4- Escolas da região de pior nível socioeconômico, com ensino médio e/ou Turno Noturno.

Definição do Tamanho da Amostra

A determinação do número de turmas sorteado em cada escola foi feita através da aplicação de uma fórmula que relaciona o custo da pesquisa nas unidades de primeiro e segundo estágio e o coeficiente de homogeneidade (Kich, 1967) onde:

$$b = v \cdot ca \cdot (1 - roh) / c \cdot roh$$

Em que b = número de turmas sorteadas;

ca = custo da pesquisa por escola;

roh = coeficiente de homogeneidade;

c = custo da pesquisa por turma;

ca/c = relação entre o custo por escola e o custo por turma.

Para escolher o número de turmas sorteadas, aplicou-se fórmula para diversas combinações de ca/c (número de vezes em que o custo da pesquisa por escola é mais caro do que na turma) e roh (coeficiente de homogeneidade).

Foi estimado um tamanho da amostra ideal entre 1500 e 2500 questionários, distribuídos entre 15 a 20 escolas. Seriam estudadas no mínimo quatro turmas por escola.

O Sorteio das Escolas

O número sorteado em cada estrato foi determinado proporcionalmente ao número total de escolas existentes. Para garantir que todos os estudantes daquele estrato tiveram a mesma chance de pertencer

à amostra, levou-se em consideração o tamanho da escola, com um sorteio proporcional ao número de turmas. O sorteio foi sistemático, a partir do cálculo da fração de expansão (Carlini-Cotrim & Barbosa, 1993).

Após a seleção das escolas, foi feito um contato adicional para confirmar e/ou atualizar o número de turmas.

O Sorteio das Turmas

Para este sorteio, elaborou-se uma lista das turmas ordenadas por série, garantindo a proporcionabilidade da amostra por série e turno. O sorteio foi sistemático, a partir do cálculo da fração de expansão, determinada mediante a divisão do número de turmas existentes pelo número de turmas a serem sorteadas.

Instrumentos utilizados

Foram utilizados dois questionários fechados, autoaplicáveis e sem identificação pessoal do aluno.

Questionário Sobre o Uso de Drogas

O questionário utilizado é uma adaptação do instrumento proposto pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e desenvolvido pela WHO – Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence (Smart et al, 1980). No Brasil, foi adaptado por Carlini-Cotrim e colaboradores (1989) e já foi utilizado em quatro Levantamentos sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1^oe 2^o graus. Por meio do questionário podem-se identificar os dados sociodemográficos (sexo, idade, série escolar, níveis socioeconômico), frequência do aluno na escola, padrão de uso não médico de psicotrópicos (tabaco, maconha, cocaína, anfetamínicos, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, álcool, opiáceos,

alucinógenos, orexígenos e anabolizantes), questões relativas ao uso injetável de drogas, questões relativas ao consumo de álcool, relacionamento do aluno com os pais e a prática de esportes, religião e trabalho. Este questionário conta com uma questão relacionada a uma droga fictícia para validação interna (vide anexo 3.2).

Questionário Triagem de Exposição de Crianças à Violência na Comunidade

O questionário foi desenvolvido no “National Institute of Mental Health”, EUA, com o objetivo de identificar crianças e adolescentes que foram expostos a situações de violência na comunidade. Trata-se de um questionário autoaplicável, com 49 questões que englobam violência física, sexual e intrafamiliar e exposição a drogas, além de uma questão aberta para que situações não relacionadas sejam identificadas. Cada situação deve ser considerada verdadeira ou falsa, caso tenha sido vivenciada ou não como vítima, como testemunha ou como conhecedora de uma pessoa que tenha sido vítima de determinado incidente. É solicitada aos entrevistados que não considerem situação de violência observada pela mídia.

Este instrumento foi traduzido e validado para levantamentos anteriores pelo grupo do Departamento de Psicologia da Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil (Benneti, 2003). A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor encontrado foi de 0,89, (vide anexo 5.3).

Implementação do estudo

Entrevistadores

Foram selecionados três acadêmicos de graduação e três de pós-graduação da FFFCMPA (Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre), os quais foram supervisionados por um coordenador designado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas).

Treinamento na Aplicação do Instrumento

A equipe de seis aplicadores, incluindo a autora principal (Elisa Leal Belmonte) e acadêmicos de graduação e pós-graduação da FFFCMPA, participou de um treinamento conforme o Manual do Aplicador elaborado pelo CEBRID (vide anexo 5.4). A aplicação dos questionários foi feita coletivamente, nas salas de aula das escolas, por um pesquisador da equipe, na ausência do professor. Não foi obrigatório o preenchimento dos questionários, dando-se aos estudantes a liberdade de devolvê-lo em branco. Para a devolução dos questionários foi colocada uma urna à frente da sala de aula, garantindo-se assim o anonimato.

Acesso às Escolas

O primeiro contato entre o pesquisador e a escola se deu no momento da ligação para atualização do número de turmas da escola. A escola, neste momento, já havia recebido, pelo correio, autorização por escrito da Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul acompanhadas de um ofício do CEBRID explicando o objetivo da pesquisa (vide anexo 5.5), ofícios de apoio de instituições federais, SENAD (Secretaria Nacional Anti Drogas) e Ministério da Educação (vide anexos 5.6 e 5.7), visando garantir o máximo de legitimidade para o trabalho.

O segundo momento de contato com as escolas aconteceu com as turmas já sorteadas e visou à marcação de um horário para a coleta dos dados. Foi solicitado que os alunos não fossem previamente informados sobre a pesquisa, e que a data marcada estivesse fora do período de provas ou de viagens de excursão, isto é, que houvesse disponibilidade para o preenchimento dos questionários.

Coleta de Dados

Os aplicadores levaram consigo os seguintes documentos: Ficha da Escola, Boletim de Ocorrência (BO), Apresentação do CEBRID (vide anexo 5.8), Apresentação dos Pesquisadores, Termo de consentimento (vide anexo 5.9), Atestado de participação (declaração) (vide anexo 5.10) e segunda cópia dos documentos previamente enviados por correio.

Na ficha da escola foram anotadas as informações necessárias para a coleta de dados, a qual foi fornecida preenchida pelos aplicadores . O atestado de participação da escola visou obter uma garantia oficial de que a

coleta de dados foi efetivamente realizada. Este foi assinado pela diretoria da escola ao final dos trabalhos. O BO destinava-se a registrar algum contratempo digno de nota que poderia ocorrer no momento da coleta de dados.

Quando uma turma sorteada não pode responder ao questionário, foi substituída conforme critério pré-estabelecido. Para cada unidade amostral sorteada existe sua substituta natural, que normalmente era a unidade vizinha.

Equipe da pesquisa

Coleta e digitação dos dados: foram criadas três equipes com dois aplicadores cada, um estudante de graduação assessorado por um de pós-graduação. Os aplicadores foram constantemente supervisionados pelo coordenador designado pelo CEBRID e pela autora. A digitação dos dados se deu da mesma forma.

Crítica e análise dos dados: foi realizada pela autora e sua orientadora.

Planejamento da crítica e da análise de dados

A Crítica

Entrada de dados: foram definidos procedimentos para orientar os digitadores de maneira uniforme. A digitação dos dados foi feita com dupla conferência e foi reconferida uma amostra aleatória de 5% dos

questionários para a verificação da porcentagem de erro. Foi encontrado um erro menor que 0,5%.

O Questionário Sobre o Uso de Drogas foi avaliado conforme descrito nas críticas quantitativas, qualitativas e análise das drogas, enquanto o Questionário Triagem de Exposição de Crianças à Violência na Comunidade foi avaliado somente quantitativamente.

Na crítica quantitativa foram elaborados intervalos de valores válidos para cada resposta, identificando prováveis erros de digitação. Esta fase foi realizada no momento da entrada de dados (crítica “on line”). A crítica qualitativa verificou erros de negligência ou erros de interpretação. A partir da definição de incoerências, foi listado todo o questionário incoerente para sua verificação. Se a incoerência não tivesse sido causada por erro de digitação, a questão seria anulada, a não ser quando três pesquisadores, em separado, interpretassem em consenso a intenção do respondente e, considerassem correta a anulação parcial ou mesmo a alteração da resposta.

A análise crítica das drogas avaliou o dado obtido no item E de cada questão, que é relativo ao nome da última substância utilizada. Isso permitiu a identificação de algumas confusões referentes à classificação da droga. Quando o respondente relatava o nome de uma droga em outra categoria foi feita à inversão de respostas.

Os questionários que tiveram mais de quatro questões anuladas foram descartados, bem como aqueles que responderam afirmativamente ao uso de drogas fictícias.

A Análise

O banco de dados foi construído a partir das questões dos questionários e os dados foram digitados inicialmente no programa Excel. A análise foi conduzida pelo programa Statistical Package for the Social Sciences versão 12.0 (SPSS, FFFCMPA, Porto Alegre, RS, Brasil).

Levando em conta o estudo da violência como fator independente para o uso de álcool, e para controlar os outros fatores que levam ao seu uso, realizou-se inicialmente uma análise descritiva univariada (onde dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão e, dados qualitativos, por frequência). Esta seria seguida de uma análise bivariada, onde a comparação das variáveis categóricas foi realizada através do teste do Qui-quadrado. A análise multivariada foi realizada por regressão logística. O valor de p a ser aceito foi de 0,05.

5.3 Questionário Sobre o uso de Drogas

Questionário sobre o uso de droga

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Este questionário sobre o uso de drogas será aplicado em estudantes de 27 capitais do Brasil e servirá para que médicos e especialistas conheçam melhor esse problema.

- ✓ Você não deve colocar seu nome no questionário, pois ele é anônimo. Ou seja, não poderemos saber quem respondeu cada questionário depois que ele nos for devolvido.
- ✓ É muito importante que você seja sincero e só responda depois de ler com bastante atenção as perguntas e as alternativas dadas. Basta marcar um X na resposta que você achar mais certa.
- ✓ Caso não queira participar da pesquisa, deixe seu questionário em branco.

Universidade Federal de São Paulo
UNIFESP

EXEMPLOS
 Veja como duas passagens diferentes responderiam
 este questionário

| | |
|---|--|
| A. Você já tomou algum refrigerante? (Exemplos: Guarani, Soda Limonada) | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| B. De que ano para até você tomou refri- gerante? | 1 <input type="checkbox"/> Quase 2 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não |
| C. De que mês para até você tomou refri- gerante? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, entre de 1 a 5 dias 3 <input type="checkbox"/> Sim, entre de 6 a 15 dias 4 <input type="checkbox"/> Sim, entre de 16 a 30 dias ou mais |
| D. Que idade você tinha quando tomou refrigerante pela primeira vez? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca tomou refrigerante 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha anos 3 <input type="checkbox"/> Não lembro |
| E. Se você já tomou refrigerante, escreva o nome do refrigerante por último. | 1 <input type="checkbox"/> Nunca tomou refrigerante 2 <input type="checkbox"/> Nome é anos |

2

EXEMPLOS
 Veja como duas passagens diferentes
 responderiam este questionário

| | |
|--|--|
| A. Você já tomou cigarro? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| B. De que ano para até você tomou ci- garro? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| C. De que mês para até você tomou algum cigarro? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, entre de 1 a 5 dias 3 <input type="checkbox"/> Sim, entre de 6 a 15 dias 4 <input type="checkbox"/> Sim, entre de 16 a 30 dias ou mais |
| D. Que idade você tinha quando tomou cigarro pela primeira vez? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca fumou 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha anos 3 <input type="checkbox"/> Não lembro |
| E. 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 |

3

4

| | |
|--|--|
| A. Você já usou alguma medicação, medicina, remédio ou produto para tratar a sua condição (ligado ao seu histórico médico)? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| B. Com um ano para cá você usou comida, medicamento, mel, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| C. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 vezes 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 15 vezes 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei em 20 dias ou mais |
| D. Você usou alguma dessas coisas para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca usei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ... anos |
| E. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| F. Há um ano para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| G. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 dias 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 15 dias 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei em 20 dias ou mais |
| H. Você usou alguma dessas coisas para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca usei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ... anos |
| I. Quantas vezes geralmente você usou em cada ocasião? | 1 <input type="checkbox"/> Há vez ou outra 2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes |
| J. Você já usou algum remédio para evitar ficar acordado (ligado ao seu histórico médico)? (Klonopin, Valproate, Xanax, Gabapentin, Ambien, Desferal, Restactiva, Peridol, Oxyrin, Xanax, Mid, Keonarin, Dulcolax, Prevacid, Nida, Val Z, ADDICARE, Nida, CIVIL) | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |

5

| | |
|---|--|
| A. Você já usou algum produto para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| B. Há um ano para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| C. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 vezes 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 15 vezes 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei em 20 dias ou mais |
| D. Você usou alguma dessas coisas para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca usei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ... anos |
| E. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| F. Há um ano para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| G. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 vezes 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 15 vezes 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei em 20 dias ou mais |
| H. Você usou alguma dessas coisas para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca usei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ... anos |
| I. Quantas vezes geralmente você usou em cada ocasião? | 1 <input type="checkbox"/> Há vez ou outra 2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes |
| J. Você já usou algum produto para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| K. Há um ano para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| L. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 vezes 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 15 vezes 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei em 20 dias ou mais |
| M. Você usou alguma dessas coisas para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca usei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ... anos |
| N. Quantas vezes geralmente você usou em cada ocasião? | 1 <input type="checkbox"/> Há vez ou outra 2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes |
| O. Você já usou algum produto para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| P. Há um ano para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| Q. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 vezes 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 15 vezes 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei em 20 dias ou mais |
| R. Você usou alguma dessas coisas para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca usei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ... anos |
| S. Quantas vezes geralmente você usou em cada ocasião? | 1 <input type="checkbox"/> Há vez ou outra 2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes |
| T. Você já usou algum produto para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| U. Há um ano para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| V. Há um mês para cá você usou comida, bebida ou pasta de dente? | 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 1 a 5 vezes 3 <input type="checkbox"/> Sim, usei de 6 a 15 vezes 4 <input type="checkbox"/> Sim, usei em 20 dias ou mais |
| W. Você usou alguma dessas coisas para mascarar o nome do que usou por algum tempo? | 1 <input type="checkbox"/> Nunca usei 2 <input type="checkbox"/> Eu tinha ... anos |
| X. Quantas vezes geralmente você usou em cada ocasião? | 1 <input type="checkbox"/> Há vez ou outra 2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes |

- G. Onde você estava quando usou algum desses produtos pela primeira vez?
- 1 Nunca cheirei
 - 2 Em minha casa
 - 3 Bar/sdanceterias/boates
 - 4 Casa de amigos/conhecidos
 - 5 Não lembro

7. A. Você já tomou algum tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antídótico **sem receita médica**? (Exemplos: Diazepam, Diempax, Lorium, Valium, Librium, Lorax, Rohypnol, Psicosedin, Sonallium, Lexotan, Rivotril)
- 1 Não
 - 2 Sim

- B. De um ano para cá você tomou algum tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antídótico **sem receita médica**?
- 1 Não
 - 2 Sim

- C. De um mês para cá você tomou algum tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antídótico **sem receita médica**?
- 1 Não
 - 2 Sim, tomei de 1 a 5 dias
 - 3 Sim, tomei de 6 a 19 dias
 - 4 Sim, tomei em 20 dias ou mais

- D. Que idade você tinha quando tomou algum tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antídótico **sem receita médica** pela primeira vez?
- 1 Nunca tomei
 - 2 Eu tinha anos
 - 3 Não lembro

- E. Se você já tomou algum tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antídótico **sem receita médica**, escreva o nome do que tomou por último.
- 1 Nunca tomei
 - 2 O nome é

8. A. Você já tomou Artane, Asmoterona, Bently, Akineton ou chá de lírio (sala-branca, véu-de-noiva, trombetaira, zabumba, cartucho) para sentir algum "barato"?
- 1 Não
 - 2 Sim

- B. De um ano para cá você tomou Artane, Asmoterona, Bently, Akineton ou chá de lírio para sentir algum "barato"?
- 1 Não
 - 2 Sim

- C. De um mês para cá você tomou Artane, Asmoterona, Bently, Akineton ou chá de lírio para sentir algum "barato"?
- 1 Não
 - 2 Sim, tomei de 1 a 5 dias
 - 3 Sim, tomei de 6 a 19 dias
 - 4 Sim, tomei em 20 dias ou mais

- D. Que idade você tinha quando tomou pela primeira vez Artane, Asmoterona, Bently, Akineton ou chá de lírio para sentir algum "barato"?
- 1 Nunca tomei
 - 2 Eu tinha anos
 - 3 Não lembro

- E. Se você já tomou Artane, Asmoterona, Bently, Akineton ou chá de lírio para sentir algum "barato", escreva o nome do que tomou por último.
- 1 Nunca tomei
 - 2 O nome é

9. A. Você já tomou algum sedativo ou barbitúrico **sem receita médica**? (Exemplos: Opalidon, Fiorinal, Gardenal, Toppan, Nembutal, Comital, Pentotal)
- 1 Não
 - 2 Sim

- B. De um ano para cá você tomou algum sedativo ou barbitúrico **sem receita médica**?
- 1 Não
 - 2 Sim

- C. De um mês para cá você tomou algum sedativo ou barbitúrico **sem receita médica**?
- 1 Não
 - 2 Sim, tomei de 1 a 5 dias
 - 3 Sim, tomei de 6 a 19 dias
 - 4 Sim, tomei em 20 dias ou mais

- D. Que idade você tinha quando tomou pela primeira vez algum sedativo ou barbitúrico **sem receita médica**?
- 1 Nunca tomei
 - 2 Eu tinha anos
 - 3 Não lembro

- E. Se você já usou algum sedativo ou barbitúrico **sem receita médica**, escreva o nome do que você tomou por último.
- 1 Nunca tomei
 - 2 O nome é

10. A. Você já tomou alguma bebida alcoólica? (Cerveja, chopp, vinho, pinga, "capirinha", aperitivos, sidra, outros)
- 1 Não
 - 2 Sim

- B. De um ano para cá você tomou alguma bebida alcoólica?
- 1 Não
 - 2 Sim

- C. De um mês para cá você tomou alguma bebida alcoólica?
- 1 Não
 - 2 Sim, tomei de 1 a 5 dias
 - 3 Sim, tomei de 6 a 19 dias
 - 4 Sim, tomei em 20 dias ou mais

- D. Que idade você tinha quando tomou pela primeira vez uma bebida alcoólica?
- 1 Nunca tomei
 - 2 Eu tinha anos
 - 3 Não lembro

E. Qual o tipo de bebida alcoólica que você tomou por último?

- 1 Nunca tomei
2 Cerveja ou chopp
3 Pinga ou uísque ou vodca ou conhaque
4 Licor
5 Sidra ou champanhe
6 Vinho
7 Outros

F. Quantos copos você tomou nessa última vez?

- 1 Nunca tomei
2 Só um gole
3 Menos de um copo
4 copo(s)

11 Você já usou Sildor, Dolantina, Tramal (Tramadol), Meperidina, Tergesic, Demerol, Algañan, Tylen, heroína, morfina ou opio para sentir algum "barato"?

- 1 Não
2 Sim. Qual?

12 Você já usou xaropes para sentir algum "barato"? (Exemplos: Pambenyl, Setux, Tussiflex, Gotas Binelli, Silentos, Balacodid, Ertos)

- 1 Não
2 Sim. Qual?

13 Você já usou LSD (ácido), chá de cogumelo, mescalina, ecstasy, ketamina para sentir algum "barato"?

- 1 Não
2 Sim. Qual?

14 Você já tomou Holoten, Carpinol ou Medavane para sentir algum "barato"?

- 1 Não
2 Sim. Qual?

15 Você já usou alguns dos remédios abaixo para sentir algum "barato"?
Peratin, Peravita, Cobavital, Budina, Vibazina, Apetivít, Protol e Nutrimaz.

- 1 Não
2 Sim. Qual?

8

16 Você já usou alguma bebida energética misturada com álcool para sentir algum "barato"? (Red Bull, Flash Power, Flying Horse, Bad Boy, Blue Energy, Online, Viper)

- 1 Não
2 Sim. Qual?

17 Você já usou ou usa agora medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força? (Androlone, Anabolix, Durabolín, Equipoise, Androviron, Primobolan, Decadurabolín, Durateston, Parabolan)

- 1 Não
2 Sim. Qual?

18 Quem lhe aconselhou a usar esse anabolizante?

- 1 Nunca usei
2 Amigo da escola
3 Amigo da academia de ginástica
4 Parente
5 Não me lembro

19 Em que lugar você comprou ou conseguiu o anabolizante?

- 1 Nunca usei
2 Farmácia
3 Em academia
4 Amigo/parente
5 Não me lembro

20 Das drogas citadas neste questionário, você já usou alguma injetando na veia ou no músculo?

- 1 Não
2 Sim. Qual?

21 Você conhece alguém que injeta drogas?

- 1 Não
2 Sim

22 Você já ouviu falar de outras drogas não citadas neste questionário e que as pessoas usam para sentir algum "barato"?

- 1 Não
2 Sim, os nomes dessas drogas são:

9

Gostaríamos que você nos respondesse mais estas questões:

23 Até que grau seu pai (ou responsável) estudou?

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

24 Na sua casa tem:

A. Televisão? (Não vale quebrada)

- 1 Não
- 2 Sim. Quantas?

B. Rádio? (Não vale quebrado)

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

C. Aspirador de pó? (Não vale quebrado)

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

D. Máquina de lavar roupa? (Não vale quebrada)

- 1 Não
- 2 Sim. Quantas?

E. Automóvel?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

F. Empregado(a) que recebe salário e trabalha todo dia?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

G. Banheiro com água encanada?

- 1 Não
- 2 Sim. Quantos?

25 Quantos dias você não veio à escola nos últimos 30 dias?

- 1 Vim todos os dias
- 2 1 a 3 dias
- 3 4 a 8 dias
- 4 9 ou mais dias

10

Pedimos sua colaboração para responder mais estas questões sobre bebidas alcoólicas:

26 Você já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar ("porre")?

- 1 Não
- 2 Sim

27 De um mês para cá, você tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar ("porre")?

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

28 Onde você estava quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

- 1 Nunca bebi
- 2 Em casa
- 3 Bar/danceteria/boate
- 4 Casa de amigos/conhecidos
- 5 Não lembro

29 Quem lhe ofereceu bebida alcoólica pela primeira vez?

- 1 Nunca bebi
- 2 Familiares
- 3 Amigos
- 4 Comprei sozinho
- 5 Outros
- 6 Não lembro

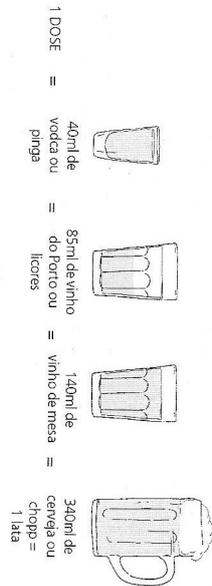
30 Qual a bebida alcoólica que você costuma tomar com mais frequência? (ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- 1 Não costumo beber
- 2 Cerveja ou chopp
- 3 Pinga
- 4 Uísque
- 5 Vodka
- 6 Conhaque
- 7 Licor
- 8 Sidra ou champagne
- 9 Vinho
- 10 Outros

11

- 31 Quantas doses você costuma beber cada vez? 1 Não bebo
2 doses

(Considere cada uma das figuras abaixo como sendo uma dose)



- 32 Onde você costuma tomar bebidas alcoólicas com mais frequência? 1 Nunca bebi
2 Em casa
3 Bares/danceterias/boates
4 Casa de amigos/conhecidos
5 Outros

- 33 Com quem você costuma tomar bebidas alcoólicas com mais frequência? 1 Não costumo beber
2 Familiares
3 Amigos
4 Sozinho
5 Outros

- 34 Você já comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica? 1 Não
2 Sim. Onde?
3 Já tentei, mas não consegui

12

- 35 Você acha que alguém na sua família bebe demais? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) 1 Não
2 Pai
3 Mãe
4 Irmãos
5 Outros

- 36 Depois de beber você já: (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) 1 Nada aconteceu
2 Brigou
3 Sofreu acidentes (atropelamentos, quedas, etc.)
4 Dirigiu
5 Fez ou fez algo de errado
6 Fez ou fez algo de bom
7 Outros (especificar)

Por fim, por favor, responda mais estas últimas questões:

- 37 Como é o seu relacionamento com seu pai? 1 Não tenho pai
2 Bom
3 Regular
4 Ruim
5 Não tenho contato com meu pai

- 38 Como é o seu relacionamento com sua mãe? 1 Não tenho mãe
2 Bom
3 Regular
4 Ruim
5 Não tenho contato com minha mãe

- 39 Como é o relacionamento entre seus pais? 1 Bom
2 Regular
3 Ruim
4 Não vivem juntos

13

5.4 Questionário Triagem de Exposição de Crianças à Violência na Comunidade



Ainda gostaríamos sua última colaboração a respeito de percepção de violência.

Estão listados abaixo diversos tipos de violência e fatos relacionados à violência que você pode ter experimentado, visto ou ouvido falar, até o dia de hoje. Gostaríamos de saber quais das situações abaixo já aconteceram com você, ou você viu acontecer com alguém, ou você ouviu falar.

NÃO INCLUA NAS SUAS RESPOSTAS COISAS QUE VOCÊ PODE TER VISTO OU OUVIDO FALAR NA TV, RÁDIO, JORNAL OU CINEMA.

Indique a sua resposta fazendo um "X" em Verdadeiro ou em Falso para cada frase.

| | |
|---|---------------------------------|
| 1. Eu fui perseguido por gangues ou por crianças mais velhas. | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 2. Eu vi uma pessoa ser perseguida por gangues ou por crianças mais velhas | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 3. Eu conheço uma pessoa que foi perseguida por gangues ou por crianças mais velhas | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 4. Me ofereceram drogas ilegais para usar, vender ou ajudar a distribuir | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 5. Eu vi oferecerem drogas ilegais para outras pessoas usarem, venderem, ou ajudarem a distribuir | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 6. Eu conheço uma pessoa para quem foram oferecidas drogas ilegais para que ela usasse, vendesse, ou ajudasse a distribuir | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 7. Eu vi outras pessoas usarem, venderem ou ajudarem a distribuir drogas ilegais | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 8. Eu sofri um acidente grave onde eu pensei que alguém ficaria gravemente ferido ou morreria | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 9. Eu vi uma pessoa sofrer um acidente grave onde eu pensei que alguém ficaria gravemente ferido ou morreria | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 10. Eu conheço uma pessoa que sofreu um acidente grave onde ele/ela pensou que alguém ficaria gravemente ferido ou morreria | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 11. Eu estava em casa quando alguém invadiu ou tentou invadir a minha casa/apartamento | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 12. Eu vi alguém tentando invadir a casa/apartamento de outra pessoa | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |

| | |
|---|---------------------------------|
| 13. Eu conheço uma pessoa que teve a sua casa/apartamento invadido. | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 14. Eu fui apanhado, detido ou levado pela polícia | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 15. Eu vi uma pessoa ser apanhada, detida ou levada pela polícia | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 16. Eu conheço uma pessoa que foi apanhada, detida ou levada pela polícia | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 17. Eu fui ameaçado com dano físico grave por alguém | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 18. Eu vi uma pessoa ser ameaçada com dano físico grave por alguém | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 19. Eu conheço uma pessoa que foi ameaçada com dano físico por alguém | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 20. Eu recebi tapas, socos ou apanhei de algum membro da minha família | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 21. Eu vi uma pessoa receber tapas, socos ou apanhar de algum membro da sua família | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 22. Eu conheço uma pessoa que recebeu tapas, socos ou apanhou de algum membro da sua família | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 23. Eu recebi tapas, socos ou apanhei de alguém que não é membro da minha família | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 24. Eu vi uma pessoa receber tapas, socos ou apanhar de alguém que não é membro da sua família | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 25. Eu conheço uma pessoa que recebeu tapas, socos ou apanhou de alguém que não é membro da sua família | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 26. Eu apanhei ou fui assaltado | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 27. Eu vi uma pessoa apanhar ou ser assaltada | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |

| | |
|---|---------------------------------|
| 28. Eu conheço uma pessoa que apanhou ou foi assaltada | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 29. Eu fui sexualmente atacado, molestado ou estupro | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 30. Eu vi uma pessoa ser sexualmente atacada, molestada ou estuprada | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 31. Eu conheço uma pessoa que foi sexualmente atacada, molestada ou estuprada | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 32. Eu vi uma pessoa portando ou que possui um revólver ou faca (não inclui policiais, militares ou seguranças) | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 33. Eu conheço uma pessoa que porta ou possui um revólver ou faca (não inclui policiais, militares ou seguranças) | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 34. Eu fui atacado ou apunhalado com uma faca | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 35. Eu vi uma pessoa ser atacada ou apunhalada com uma faca | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 36. Eu conheço uma pessoa que foi atacada ou apunhalada com uma faca | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 37. Eu fui gravemente ferido após um incidente de violência | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 38. Eu vi uma pessoa gravemente ferida após um incidente de violência | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 39. Eu conheço uma pessoa que foi gravemente ferida após um incidente de violência | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 40. Eu vi ou ouvi um revólver ser disparado enquanto eu estava em casa. | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |

| | |
|---|---------------------------------|
| 41. Eu recebi um tiro de revólver | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 42. Eu vi uma pessoa receber um tiro de revólver | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 43. Eu conheço uma pessoa que recebeu um tiro de revólver | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 44. Eu vi uma pessoa morta em algum lugar na comunidade (não incluir velórios e funerais) | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 45. Eu ouvi sobre uma pessoa morta em algum lugar na comunidade (não incluir velórios e funerais) | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 46. Eu vi uma pessoa cometendo suicídio | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 47. Eu conheço uma pessoa que cometeu suicídio | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 48. Eu vi uma pessoa ser morta por outra pessoa | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 49. Eu conheço uma pessoa que foi morta por outra pessoa | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |
| 50. Eu estive em uma situação não descrita na qual fiquei extremamente assustado ou pensei que seria gravemente ferido ou morreria. Se verdadeiro: Por favor, descreva esta situação: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | 1 () Falso 2 () Verdadeiro |

5.5 Manual do Aplicador

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – UNIFESP
AFIP - Associação Fundo de Incentivo a Psicofarmacologia
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas – Governo Federal

APOSTILA DE TREINAMENTO

LEVANTAMENTO SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE
ESTUDANTES DE 1º E 2º GRAUS NAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS-
2004

Março - 2004

Este material foi produzido pelo CEBRID para ser utilizado exclusivamente durante o treinamento dos entrevistadores do Projeto

LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE DROGAS
PSICOTRÓPICAS

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DOS
QUESTIONÁRIOS

1. Inicialmente o aplicador deverá telefonar para a escola marcando um horário para a aplicação dos questionários. Enfatizar para o funcionário que **os alunos não devem saber previamente** sobre a pesquisa que será realizada naquela escola.

2. Levar para cada escola:

- Ofício da SENAD
- Ofício do Ministério da Educação
- Ofício do CEBRID
- Autorização da Secretaria de Educação
- Ficha da Escola (em geral são 4 fichas por escola)
- Termo de Consentimento de Participação
- Boletim de Ocorrência (1 para cada turma)
- Questionários (pelo menos 40/turma)

3. Ao chegar à Escola procurar o funcionário constante da FICHA DA ESCOLA

Não aceitar sugestões de diretores, professores, funcionários, etc. para trocar de sala de aula.

**ISTO É FUNDAMENTAL PARA O BOM ANDAMENTO
DA PESQUISA.**

Situações para substituir uma turma:

A classe fez parede! (não veio ninguém)

A classe está em prova.

Os alunos estão em atividades fora da sala, mesmo que apenas uma parte deles.

NA SALA DE AULA:

1. Aguardar a saída do professor, pedindo a ele que espere a solicitação da volta à sala.
2. Apresentar-se aos alunos como membro de pesquisadores da USP (ou FFFCMPA). Esclarecer que se trata de uma pesquisa sobre hábitos de uso de certas substâncias como, por exemplo, álcool e cigarros e outras drogas. “Fazer script”
3. Deixar claro que é uma pesquisa anônima e sigilosa, ou seja, ninguém saberá o que a pessoa respondeu individualmente.
4. Só responde ao questionário quem quiser. NÃO É OBRIGATÓRIO. Todos irão receber o questionário e aquele que não quiser responder devolverá em branco.
5. NÃO COLOCAR O NOME NO QUESTIONÁRIO. APÓS O PREENCHIMENTO SERÁ DEVOLVIDO, EM QUALQUER ORDEM E DEPOSITÁ-LO NO ENVELOPE PARDO.
6. Todas as perguntas deverão ser respondidas com um **X** e se necessário poderá ser completada escrevendo. Não deixe nenhuma questão em branco.
7. Ressalte a importância da pesquisa na questão da prevenção ao uso de drogas, e que a pesquisa está sendo feita no Brasil todo.

8. Distribuir o questionário e prestar atenção para que nenhum aluno receba mais que um. Atenção para que todos os alunos devolvam os questionários.
9. **ESCREVER NA LOUSA O CÓDIGO QUE ESTÁ NA FICHA DA ESCOLA, CORRESPONDENTE ÀQUELA TURMA.**
10. Ler em voz alta os exemplos que há no questionário.
11. Enfatizar que nas perguntas sobre medicamento só vale colocar se já usou para *sentir um barato*. **SEM RECEITA MÉDICA.** Esclarecer o que é barato: sensações diferentes.
12. Sobre o uso de inalantes também só vale assinalar se foi para *sentir um barato*. Não vale se apenas sentiu o cheiro enquanto o pai abastecia o carro ou durante passar o esmalte.
13. Isto não vale nota, não é um teste. Não vale copiar as respostas do colega. Caso alguém tenha alguma dúvida deverá levantar o braço e os esclarecimentos serão dados apenas para o aluno. Se alguém perguntar sobre uma droga específica, não se deve informar nada. Pedir que ele esclareça a questão com o professor de ciências. (SISP – 3227-3745)
14. Ao final agradecer a colaboração de todos e solicitar a algum aluno que chame o professor. Não sair da sala enquanto o professor não voltar. **NÃO É PERMITIDA A SAÍDA DA SALA DE AULA DE NENHUM ALUNO ENQUANTO O PROFESSOR NÃO VOLTAR.** Naturalmente que para os do colegial e no período da noite esta regra deve ser flexibilizada.
15. **LEMBRE-SE: VOCÊ É A AUTORIDADE MÁXIMA ENQUANTO ESTIVER NA SALA DE AULA**
16. Lacrar cada envelope para impedir que se misturem questionários diferentes

LEMBRETES:

- Estar atento para em nenhum momento de nosso contato com os alunos deixar transparecer uma posição contra ou a favor das drogas.

- Lembrar que não estamos participando de programas de prevenção ou combate às drogas e sim um Levantamento. Portanto, informações sobre drogas, mesmo que mediante perguntas, *não* deverão ser dadas por 2 motivos básicos:

a) elas podem enviesar os dados;

b) uma informação quando não acompanhada de uma proposta mais ampla de trabalho com os alunos, pode ser uma faca de dois gumes - pode ajudar a prevenir o abuso, mas também pode incentivá-lo.

- A RECEPTIVIDADE A ESTE TIPO DE PESQUISA EM GERAL É MUITO BOA. EM TODO CASO, POSSÍVEIS ALUNOS AGRESSIVOS DEVEM SER TRATADOS COM NEUTRALIDADE, SEMPRE RESSALTANDO QUE ELE NÃO É OBRIGADO A PARTICIPAR DA PESQUISA CASO NÃO QUEIRA.

5.6 Ofício do CEBRID



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Departamento de
Psicobiologia

CEBRID
Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

São Paulo, 01 de Abril de 2004

Prezado(a) Diretor(a),

O CEBRID tem o prazer de comunicar a realização do V *Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras*, na rede pública de ensino.

Em cada capital serão sorteadas, em média, 15 escolas onde será aplicado um questionário de autopreenchimento em algumas turmas, que também serão sorteadas.

Portanto, a sua colaboração a esta pesquisa, autorizando nossos pesquisadores a realizarem o estudo, é de fundamental importância para se conhecer a realidade do uso de drogas no Brasil. Cabe lembrar que as escolas sorteadas jamais serão identificadas na divulgação dos resultados.

Este estudo é financiado pela SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Em anexo segue ofício do Ministério da Educação e da SENAD apoiando a pesquisa.

Para qualquer informação adicional contatar José Carlos F. Galduróz, coordenador geral da pesquisa: Fone (0XX) 11 553-90155 Ramal 113 ou galduroz@psicobio.epm.br

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Dr. E. A. Carlini
Diretor do CEBRID

5.7 Ofício da SENAD**Presidência da República
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional Antidrogas**

Brasília, 17 de dezembro de 2003.

Prezado (a) Senhor (a),

A Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD tem a honra de cumprimentar Vossa Senhoria e informar que o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, órgão vinculado ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, está iniciando contatos com a finalidade de realizar o V Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio em 26 capitais e Distrito Federal – 2004.

A importância e dimensão de uma pesquisa deste gênero se dá pela sua contribuição na produção de conhecimentos e no fornecimento de dados obtidos à população em geral. A realização deste Levantamento permitirá a atualização de um diagnóstico e do perfil do uso de drogas psicotrópicas entre estudantes.

Outrossim, trata-se de trabalho de grande relevância para a estruturação de políticas públicas adequadas à realidade brasileira. Sua efetivação dependerá, em parte, do apoio e colaboração de órgãos públicos e privados.

Neste sentido, solicito a cooperação de Vossa Senhoria para a consecução dos objetivos ora propostos no referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'YOG'.

PAULO ROBERTO YOG DE MIRANDA UCHÔA
Secretário Nacional Antidrogas

5.8 Apresentação do CEBRID



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Infantil e Fundamental
Esplanada dos Ministérios, Bloco "L" – Sala 500 CEP: 70.047-900
Fone: (61) 410-8657 / Fax: (61) 410-9269

Brasília, 13 de janeiro de 2004.

Prezado Senhor(a)

Assunto: Apresentação do CEBRID

A Secretaria de Educação Infantil e Fundamental vem por meio deste instrumento informar que o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, órgão vinculado ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, com apoio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), realizará, ao longo deste ano, o **V Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 27 capitais brasileiras**.

Para a consecução deste levantamento, que visa constatar as principais tendências quanto ao uso de substâncias psicotrópicas entre a população estudantil e, assim, subsidiar a elaboração de políticas públicas pertinentes, é fundamental o apoio e colaboração das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação das 27 capitais brasileiras, uma vez que todas fazem parte do escopo da pesquisa.

Assim sendo, solicito a cooperação de Vossa Senhoria para a efetivação do relevante estudo acima mencionado.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria José V. Féres', written over a circular stamp.

MARIA JOSÉ VIEIRA FÉRES
Secretária de Educação Infantil e Fundamental

5.9 Termo de consentimento

5.9. Termo de consentimento

Projeto: LEVANTAMENTO SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES DE 1o. E 2o. GRAUS EM 27 CAPITAIS BRASILEIRAS.

Objetivo: O presente projeto tem por objetivo avaliar a prevalência do consumo de drogas entre estudantes de 1o. e 2o. graus no Brasil, a fim de subsidiar programas de prevenção. Para tanto, serão entrevistados jovens, entre 12 e 20 anos, estudantes da rede pública de ensino das 27 capitais brasileiras.

Procedimentos: A participação no projeto envolve a aplicação de um questionário de auto-preenchimento e anônimo envolvendo perguntas sobre características demográficas, consumo de drogas e conceitos 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 distribuído e discutido entre os profissionais da área, visando a elaboração de práticas públicas adequadas e voltadas para a prevenção.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. Cumpre ressaltar que a participação não envolve benefício algum, sendo gratuito, 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 José Carlos E. Galduroz e Ana Regina Nob, que podem ser encontrados no CEBRID (Rua Botucatu, 572 1º andar – tel 55390155 ramal 113). O responsável pela pesquisa em sua capital é _____ (tel _____). 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 C.I. 14 – tel 5571 1082 – fax 5539 7182 – e-mail cepunifesp@epm.br)

= [

5.10 Declaração

DECLARAÇÃO

Eu, _____
acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa sobre "o consumo de drogas entre estudantes", discuti com o(a) pesquisador(a) _____ sobre a minha decisão em autorizar a participação dos jovens 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.

_____, _____ de _____ de 2004.

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/supervisor do estudo na capital

5.12 Avaliação do Comitê de ética da USP



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

São Paulo, 18 de julho de 2003

CEP Nº 0718/03

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a): JOSÉ CARLOS FERNANDES GALDURÓZ

Disciplina/Departamento: Psicobiologia

Patrocínio: Secretaria Nacional Antodrogas - Pres. Repúb

Ref.: PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

Projeto de Pesquisa:

V levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus: 27 capitais brasileiras

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo analisou e aprovou o projeto acima.

Para tal aprovação foram seguidas as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e 251/97, relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos. No presente Projeto foram devidamente enfatizados itens que correspondem aos objetivos do Estudo e seu racional; antecedentes científicos justificáveis; adequação dos materiais e métodos; análise criteriosa dos riscos e benefícios; referência bibliográfica pertinente; responsabilidade do pesquisador na condução do Estudo, bem como a possibilidade de interrupção do estudo nos casos em que se verifiquem riscos aos voluntários.

Também foi analisado e considerado **APROVADO** o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que o mesmo segue os padrões normativos, apresentando linguagem acessível ao voluntário do Estudo.

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo. Solicitamos que este CEP seja informado quando da inclusão do primeiro paciente.

Atenciosamente,

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

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)