



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ANA LUZIA MEDEIROS ARAÚJO DA SILVA

**EFEITO DE OFICINAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONSUMO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES**

Recife

2019

**EFEITO DE OFICINAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONSUMO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Área temática: A Enfermagem nas questões contemporâneas da Saúde Mental e Psiquiatria

Orientadora: Prof^ª. Dra. Iracema da Silva Frazão

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Tatiane Gomes Guedes

Recife

2019

Catálogo na fonte:
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S586e Silva, Ana Luzia Medeiros Araújo da
Efeito de oficinas de educação em saúde no consumo de substâncias psicoativas por adolescentes/ Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva. – Recife, 2019.
101f.; il.

Orientadora: Iracema da Silva Frazão.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Adolescente. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Educação em saúde. 4. Saúde mental. 5. Enfermagem. I. Frazão, Iracema da Silva (orientadora). II. Título.

616.863 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2019 - 293)

ANA LUZIA MEDEIROS ARAÚJO DA SILVA



**EFEITO DE OFICINAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONSUMO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Aprovada em: 31 de maio de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Iracema da Silva Frazão (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Tatiane Gomes Guedes
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Suzana de Oliveira Manguiera
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Selene Cordeiro Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba

Àqueles que me dão os sorrisos mais sinceros e
renovam minha esperança a cada dia.
À Flora e Florêncio, dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades que me foram colocadas durante a vida e que culminaram na concretização de um sonho. Foram anos de dedicação, momentos em que eu duvidei que alcançaria meu maior objetivo acadêmico, mas Ele estava lá, guiando minha jornada para que eu chegasse nesse momento.

À minha família, Simone, Gilson, Arthur, Rodolfo, Heitor, Vó Luzia, Vó Terezinha e Vô Gilberto, que me apoiaram incondicionalmente nos últimos anos, desde quando eu decidi que seguiria esse caminho. Foi a torcida de vocês que me impulsionou, as piadas contadas que fizeram tudo ser mais leve e o amor que me protegeu. Obrigada por serem meus exemplos na vida.

Ao meu jardim, Florêncio e Flora. Foram torcidas, orações, risadas e incertezas compartilhadas que fizeram esse momento ser nosso. Sem dúvidas, Deus os colocou na minha vida para que eu soubesse onde encontrar força, coragem e motivação quando eu precisasse, e assim o foi.

Aos meus sogros, Florêncio e Fátima, e cunhados, Felipe e Fabryna, que me acolheram em sua família e desde o início me apoiaram.

Aos meus amigos, que entenderam minhas ausências e transformaram cada quilômetro de distância em uma boa risada em todos os retornos. Era como se eu nunca tivesse saído de casa. Ana Lígia, Elis, Jaciara, Jefferson, Lívia, Manoel, Raquel, Reinaldo e Tassiana, obrigada pela sua amizade.

Às minhas companheiras de turma pelas experiências compartilhadas, em especial, àquelas que estiveram literalmente ao meu lado durante todo esse percurso. Bruna, Isabella, Marília, Poliana e Vanessa, vocês trouxeram leveza aos meus dias.

À minha orientadora Iracema Frazão, que entrou comigo nessa jornada, sempre me dando o suporte e a liberdade necessários para o desenvolvimento desse estudo. Desde o mestrado, esse era o trabalho que planejei e, sob sua orientação, foi possível realizá-lo. Obrigada por incentivar a busca pelo melhor de mim.

À minha coorientadora, Tatiane Guedes, que aceitou esse desafio, me ajudando com sua calma e firmeza. Obrigada por se fazer presente e me ajudar na conclusão dessa jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, corpo docente e administração, que sempre me acolheu e estiveram dispostos a me auxiliar em todos os momentos que precisei.

Aos Professores Lorena Ximenes e Marcos Venícios dos Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, agradeço a atenção e cuidado durante minha estada naquela instituição, em missão pelo PROCAD.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo suporte para dedicação integral à realização desse trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico -CNPq pelo apoio financeiro para realização das atividades relacionadas a essa tese.

Aos alunos bolsistas e colaboradores dos projetos de PIBIC e PROEXCT que estiveram envolvidos nesse trabalho. Foram momentos de enorme aprendizado tanto para mim quanto para vocês.

Aos gestores, professores e funcionários das escolas onde desenvolvi o estudo e, principalmente, aos alunos. Vocês foram a força motriz desse trabalho e minha maior inspiração para que eu pudesse realizá-lo. Espero, sinceramente, que os momentos divididos entre nós não caiam no esquecimento e que tenham tanto significado para vocês como teve para mim. Muito obrigado.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

(FREIRE, 2000, p. 33)

RESUMO

O uso de Substâncias Psicoativas em qualquer fase do ciclo vital pode gerar danos biológicos, psicológicos e sociais. O consumo dessas substâncias na adolescência aumenta o risco de desenvolvimento desses prejuízos, sendo necessária a compreensão desse fenômeno em seus diversos aspectos. Estima-se que a prevalência do uso de drogas por adolescentes brasileiros é de 3,7%, configurando-se como um problema de saúde pública. As ações de promoção da saúde direcionadas para adolescentes devem abranger essa temática no sentido de ampliar as estratégias voltadas para prevenção do uso, detecção de problemas e tratamento. O ambiente escolar se destaca nesse contexto por ser um espaço onde o adolescente desenvolve a maioria de suas habilidades sociais e intelectuais. A Enfermagem enquanto partícipe do planejamento e execução de ações no âmbito da saúde pública pode intervir nesse cenário e, assim, promover mudanças positivas. Dessa forma, objetivou-se avaliar o efeito de oficinas de educação em saúde no consumo de substâncias psicoativas por adolescentes. Estudo do tipo quase experimental que incluiu alunos matriculados na rede estadual de ensino, do município de Recife, Pernambuco, Brasil. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em três momentos: aplicação do instrumento de coleta de dados para identificação do padrão de consumo de substâncias psicoativas; realização de oficinas de educação em saúde abordando a temática; e reaplicação do instrumento a fim de comparar o padrão de consumo antes e depois da intervenção. Na análise dos dados, as variáveis categóricas foram descritas sob a forma de proporções e as variáveis discretas descritas sob a forma de médias e frequências. Para comparação de proporções, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, e para a comparação de medianas, foram utilizados os testes Mann-Whitney, Kruskal Wallis e McNemmar. O Risco Relativo foi usado para determinar a chance do uso de substâncias psicoativas após a intervenção. O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem seres humanos. A média de idade dos participantes foi de 16 anos ($\pm 1,33$). O percentual de experimentação de tabaco e de substâncias ilícitas foi, respectivamente, 20,0% e 17,0%. Para o álcool, essa experimentação correspondeu a 81,3%, com o primeiro consumo entre 13 e 15 anos, com padrão de uso leve em 25,3% dos casos. No grupo que participou das intervenções propostas, o consumo de álcool diminuiu de 52,9% para 35,3% ($p=0,469$); com relação ao tabaco, a redução foi de 15,7% para 2% ($p=0,016$), para maconha de 9,8% para 7,8% ($p=1,000$) e para outras substâncias ilícitas de 21,6% para 11,8% ($p=0,180$). Os adolescentes que participaram das oficinas educativas têm 15,5% menos chances de usarem álcool e 76,2%

menos chances de usar tabaco. Observou-se diminuição do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes que participaram da intervenção e no grupo controle. No entanto, a diminuição foi estatisticamente significativa com relação ao uso do tabaco no grupo que participou das oficinas educativas, o que evidencia que tais estratégias de educação em saúde potencializaram a diminuição do uso de tabaco entre adolescentes.

Descritores: Adolescente. Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias. Educação em Saúde. Saúde Mental. Enfermagem.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances at any stage of the life cycle can lead to biological, psychological and social harm. The consumption of these substances in adolescence increases the risk of developing these damages, being necessary to understand this phenomenon in its various aspects. It is estimated that the prevalence of drug use by Brazilian adolescents is 3.7%, which is a public health problem. Health promotion actions aimed at adolescents should include this theme in order to broaden strategies aimed at prevention of use, problem detection and treatment. The school is important in this context because it is a space where adolescents develop most of their social and intellectual skills. Nursing, as a participant in the planning and execution of public health actions, can intervene in this scenario and promote positive changes. The objective was to evaluate the effect of health education workshops on the consumption of psychoactive substances by adolescents. A quasi-experimental study that included students enrolled in the state school system of Recife, Pernambuco, Brazil. The research was developed in three moments: application of the data collection instrument to identify the standard of psychoactive substance use; holding health education workshops addressing the theme; and reapplication of the instrument to compare the consumption standard before and after the intervention. In the data analysis, categorical variables were described as proportions and discrete variables as means and frequencies. For comparison of proportions, the chi-square or Fisher's exact test was used, and for the comparison of medians, the Mann-Whitney, Kruskal Wallis and McNemmar tests were used. Relative Risk was used to determine the likelihood of psychoactive substance use after the intervention. The development of the study followed the guidelines of Resolution 466/2012 of the National Health Council, which regulates the rules applied to research involving human beings. The average age of the participants was 16 years (± 1.33), observing in these individuals tobacco experimentation around 20% and 17% for illicit substances. For alcohol, this experiment corresponded to 81.3%, with the first use made between 13 and 15 years, with a mild use pattern in 25.3% of cases. In the group that participated in the proposed interventions, alcohol consumption decreased from 52.9% to 35.3% ($p = 0.469$); for tobacco, the reduction went from 15.7% to 2% ($p = 0.016$), for marijuana from 9.8% to 7.8% ($p = 1,000$) and for other illicit substances from 21.6% to 11.8% ($p = 0.180$). Adolescents who attended educational workshops are 15.5% less likely to use alcohol and 76.2% less likely to use tobacco. There was a decrease in psychoactive substance use in adolescents who participated in the intervention and in the control group. However, the decrease was statistically significant in relation to tobacco use in the group that participated in

educational workshops, which shows that such health education strategies enhanced the decrease in tobacco use among adolescents.

Keywords: Adolescent. Substance-Related Disorders. Health Education. Mental Health. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Distribuição das Regiões Político Administrativas do município de Recife. Recife – PE, 2018	39
Figura 2 – Representação gráfica das etapas do estudo. Recife-PE, 2015.....	47
Figura 3 – Fluxograma de amostra. Recife – PE, 2017.....	51
Figura 4 – Comparativo das DAP do Grupo Intervenção. Recife- PE, 2017.....	58
Figura 5 – Comparativo das DAP do Grupo Controle. Recife- PE, 2017.....	58

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Áreas de investigação do <i>Drug Use Screening Inventory</i> (DUSI)	42
Quadro 2 – Planejamento das Oficinas – Áreas agrupadas do DUSI	45
Quadro 3 – Questões relevantes para elaboração das oficinas de trabalho.....	45

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Caracterização Socioeconômica. Recife – PE, 2017.....	52
Tabela 2 – Dados de consumo de SPA em adolescentes. Recife – PE, 2017.....	53
Tabela 3 – Padrão de Consumo de Álcool entre os adolescentes. Recife – PE, 2017	54
Tabela 4 – Resultados da análise de distribuição das DAP da Fase I do estudo. Recife – PE, 2017.....	55
Tabela 5 – Medianas das Densidades Absolutas dos Problemas – Fase I. Recife – PE, 2017...	55
Tabela 6 – Medianas das Densidades Relativas dos Problemas – Fase I. Recife – PE, 2017...	56
Tabela 7 – Frequências de uso do SPA antes e após as intervenções. Recife – PE, 2017.....	56
Tabela 8 – Dados de uso e não uso de Álcool nos Grupos Intervenção e Controle. Recife – PE, 2017.....	57
Tabela 9 – Dados de uso e não uso de Tabaco nos Grupos Intervenção e Controle. Recife – PE, 2017.....	57
Tabela 10 – Densidade Global dos Problemas entre Grupos e Fases. Recife – PE, 2017.....	59

SUMÁRIO

	Página
1	INTRODUÇÃO..... 17
2	REVISÃO DE LITERATURA..... 23
2.1	Reorientação das práticas em saúde: a Educação em Saúde como estratégia de Promoção da Saúde 23
2.2	Adolescência, Uso de Substâncias Psicoativas e Escola 28
2.3	Operacionalização das ações de Educação em Saúde: Oficinas de Trabalho..... 32
3	PERGUNTA CONDUTORA..... 35
4	HIPÓTESES 36
5	OBJETIVOS..... 37
5.1	OBJETIVO GERAL 37
5.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS 37
6	MÉTODO..... 38
6.1	Tipo de Pesquisa 38
6.2	Local da Pesquisa 38
6.3	População 39
6.4	Amostra 40
6.5	Amostragem 40
6.6	Instrumento de Coleta de Dados 41
6.7	Procedimento de Coleta de Dados 43
6.8	Definição das variáveis 47
6.9	Análise dos dados 48
6.10	Aspectos Éticos – Riscos e Benefícios 49
7	RESULTADOS 51
8	DISCUSSÃO 60
9	CONCLUSÕES 66
	REFERÊNCIAS..... 68
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 74
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... 81

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)	83
APÊNDICE D – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA APLICAÇÃO DO DUSI.....	86
APÊNDICE E – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA REALIZAÇÃO DAS OFICINAS.....	88
APÊNDICE F – AUTORIZAÇÃO DE USO DE BANCO DE DADOS	94
APÊNDICE G – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	95
ANEXO A – DRUG USE SCREENING IVENTORY	96
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	100

1 INTRODUÇÃO

O consumo de drogas está presente em diversos momentos da história da humanidade, ora regulado por normas sociais ora por manobras legais. Os estudos sobre dependência química mostram dados que não necessariamente indicam um aumento do consumo, mas evidenciam a problemática em suas diferentes nuances, e, no campo da saúde, o assunto é visto como um problema de saúde pública. Por definição, o termo “Droga” é utilizado para designar substâncias não produzidas pelo organismo com propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento. Essas substâncias atuam especificamente no Sistema Nervoso Central (SNC), são tidas como Substâncias Psicoativas (SPA) ou Drogas Psicotrópicas (WHO, 1981).

As SPA podem ser classificadas sob diversas formas e uma delas é quanto ao seu modo de comercialização, que pode variar de país a país. No Brasil, as SPA podem ser lícitas ou ilícitas, sendo as primeiras de produção controlada e regulamentada pelos órgãos públicos e são de livre comercialização; já as substâncias ilícitas não passam por esse processo de regulamentação e são consideradas ilegais, inclusive no campo da moral. Salienta-se que no Brasil mesmo as substâncias lícitas (álcool, tabaco e medicações de venda controlada utilizadas para uso recreativo) são consideradas ilícitas quando sua obtenção e consumo são feitos por indivíduos menores de 18 anos de idades (BRASIL, 2006).

O uso de SPA, em qualquer etapa do ciclo vital, sobretudo na adolescência, pode gerar repercussões biológicas, psíquicas e sociais, o que demanda atenção nas suas formas de tratamento, avaliação e prevenção. Uma vez que a adolescência é uma fase do ciclo vital marcada por mudanças em diversos aspectos, a identificação do uso de SPA bem como suas consequências na vida destes indivíduos se faz importante visto que, biologicamente, o cérebro do adolescente é mais vulnerável aos efeitos dessas substâncias (ALMEIDA;MONTEIRO, 2011).

Pelo menos 246 milhões de pessoas no mundo, entre 15 e 64 anos de idade, já consumiram alguma substância ilícita (UNODC, 2015). Em levantamento nacional com estudantes do ensino fundamental e médio, a experimentação de alguma substância ilícita foi relatada por 25,5% dos entrevistados. A experimentação do álcool e do tabaco também foram investigados, correspondendo a 42,4% e 9,6%, respectivamente. No município de Recife, o uso de SPA ilícitas foi de 26,8%, de álcool 56,8% e de tabaco 17,3% (CARLINI et al, 2010). Os alunos participantes dessa pesquisa estavam na faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, a

mesma que caracteriza a fase da adolescência, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 1985).

Quanto mais cedo ocorrer a experimentação de SPA, maior a probabilidade de o adolescente desenvolver algum transtorno relacionado ao uso de drogas. Os indivíduos, na faixa etária de 14 anos de idade ou menos, que fazem uso de alguma SPA, apresentam 6 vezes mais chance de desenvolver algum transtorno, se comparados com aqueles que fizeram o primeiro uso após os 21 anos de idade (CASA, 2007). Pelo menos 25% dos adolescentes que utilizam qualquer substância, que pode levar a dependência, antes dos 18 anos de idade, estão em risco de desenvolver alguma complicação em termos de saúde mental. Esse percentual diminui para apenas 4% em usuários que começam utilização após a idade de 21 anos (CASA, 2011).

Além dos efeitos biológicos relacionados ao consumo de drogas, as questões sociais devem ser consideradas, tais como: o envolvimento em atividades ilícitas e eventos violentos, as repercussões nas atividades laborais e no desempenho escolar. Nos Estados Unidos, 8,2% de adolescentes estudantes do ensino médio já haviam dirigido algum veículo automotor sob o efeito de álcool (EATON et al, 2012) e na África do Sul esse valor sobe para 25,9% (REDDY et al, 2010). No contexto brasileiro, 19,3% dos adolescentes já dirigiram após a ingestão de bebidas alcólicas (SANTOS, 2012).

Em relação ao desempenho escolar, adolescentes que tem algum envolvimento com SPA são menos propensos a terem sucesso acadêmico, apresentam notas mais baixas e problemas na frequência escolar ao serem comparados com seus pares que não utilizam nenhuma substância (GRIFFIN et al, 2011).

A defasagem escolar de adolescentes nordestinos do ensino fundamental e médio chega a ser de 54% naqueles que já fizeram uso de alguma substância psicoativa na vida, ultrapassando o índice de três anos em 30,6% nessa população (CARLINI et al, 2010). Além disso, outros problemas escolares são identificados quando o adolescente faz uso de drogas, tais como: diminuição do rendimento escolar, falta de compromisso com atividades acadêmicas e baixo desempenho intelectual (CASA, 2011).

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a escola é um dos principais cenários no desenvolvimento educacional e social dos adolescentes (BRASIL, 1996), visto também como ambiente de construção do conhecimento formal e de transmissão de conteúdos, mas, também, como um local favorável ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde por ser um ambiente onde os profissionais, da saúde ou da educação, podem identificar vulnerabilidades, fatores de risco ou de proteção à saúde.

No modelo de saúde brasileiro, alguns programas, políticas e estratégias norteiam a prática dos profissionais de saúde, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tomada como reorientadora das práticas de saúde que prevê uma atuação voltada para a assistência integral dos indivíduos, tendo como atribuição básica dos profissionais que nela atuam:

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012, p. 22).

No caso específico do uso de drogas, a Política Nacional Sobre Drogas, em seus pressupostos, considera que as ações preventivas prioritárias devem ser baseadas no modelo de redução de danos a fim de garantir autonomia dos indivíduos em suas escolhas. Essa abordagem deve ser considerada em diversos espaços de promoção da saúde, inclusive na educação formal, incluindo ensino fundamental, médio e superior (BRASIL, 2006).

Outro programa, o Programa Saúde na Escola (PSE), foi criado na tentativa de estreitar os laços entre a educação e a saúde, tendo em vista a multifatorialidade do processo de promover saúde e prevenir doenças, ao considerar a escola espaço propício para explorar tais fatores. O PSE ancora-se no conceito de Escolas Promotoras de Saúde, proposta no início da década de 1990:

Fortalecer a capacidade do setor saúde e de Educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de meninos, meninas, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade. Por meio de suas atividades, a iniciativa incentiva o compromisso dos membros da comunidade com ações dirigidas para melhorar a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento local. [...] A situação socioeconômica da Região da América Latina atual, com o aumento da pobreza e a falta de equidade, exige ações inovadoras e participativas para abordar os problemas de saúde e educação da população escolar. Essa Iniciativa é uma estratégia dirigida a apoiar processos para melhorar a saúde da comunidade educativa e para contribuir com a garantia dos direitos à saúde e educação de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2007, p.19).

O PSE surgiu em 2007 e tem suas atividades desenvolvidas no contexto da Atenção Básica pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (eESF) com o principal objetivo de *“contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino”* (BRASIL, 2015, p. 16). Essas atividades devem ser planejadas juntamente com representantes da Educação Básica, sendo preciso que os profissionais desses setores considerem as

necessidades do alunado, integrando-os ao planejamento pedagógico da escola para garantir a intersetorialidade das ações.

Em 2009, foi realizada a primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), no sentido de instrumentalizar as ações do PSE, servindo como um banco de dados sobre fatores de risco e proteção em relação à saúde dos escolares. Foram abordados diversos temas relacionados aos aspectos socioeconômicos, ao contexto social e familiar, a atividade física, aos hábitos alimentares, a saúde sexual e reprodutiva e ao uso de SPA. Em sua segunda edição, foram acrescentadas perguntas sobre trabalho, hábitos de higiene e uso dos serviços de saúde (IBGE, 2015). A compilação de dados sobre situação de saúde dos escolares facilita a identificação das necessidades de saúde, auxilia na programação das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Assim, essas atividades necessitam abordar não apenas aspectos biológicos, mas contemplar também as vulnerabilidades presentes naquele contexto, priorizando ações de promoção da saúde por meio de atividades de educação em saúde, pois, estas envolvem o aluno, tornando-o protagonista desse processo ao promover sua autonomia e estimular o autocuidado (BRASIL, 2015).

As ações propostas pelo PSE devem ser realizadas, preferencialmente, dentro da escola, dada a abrangência coletiva. São direcionadas de acordo com as fases da formação escolar, adequando-se às necessidades de cada faixa etária. De acordo com o documento regulamentador do PSE, as ações a serem desenvolvidas são categorizadas em três componentes. O componente II, que trata das estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, atribui como um dos temas prioritários a prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas e tem execução prevista a partir do ensino fundamental, considerando que estas séries englobam os adolescentes, uma das principais fases de experimentação de SPA, importante para a construção de conhecimento acerca das repercussões que o uso de drogas pode causar no indivíduo (BRASIL, 2015).

A educação em saúde como estratégia promotora de saúde, supera a ideia da prevenção de doenças, indo além de comportamentos condicionados por protocolos, configura-se como elemento transformador de práticas, uma vez que estas são pensadas, produzidas e avaliadas pelo próprio usuário. Portanto, para exercer seu papel social de modificação, é necessário que estas atividades educativas sejam fundamentadas nas necessidades reais dos indivíduos, que serão identificadas a partir do estabelecimento do diálogo entre os atores envolvidos.

Ao considerar que o uso de SPA se constitui um fenômeno no qual estão envolvidos a substância em si, o indivíduo e seu contexto social, algumas questões são passíveis de discussão

para promover uma melhor aproximação com o tema, tais como os fatores de risco e de proteção (ALMEIDA; MONGTEIRO, 2011).

Os fatores de risco relacionados ao uso de drogas por adolescentes podem ser individuais, a exemplo da predisposição genética, personalidade depressiva; relacionados à comunidade (legislação sobre drogas, disponibilidade, acesso, extrema pobreza); ao contexto familiar (pais que usam drogas, conflito parental e entre pais e filhos); e podem, também, estar presentes no ambiente escolar (atitude dos pares, falta de laços na escola, insucesso escolar) (UNODC, 2015).

Em uma abordagem mais ampla, considerar as vulnerabilidades propõe a superação de um modelo biomédico que tem sua atuação centrada no processo de adoecimento em detrimento das necessidades dos indivíduos. A discussão sobre vulnerabilidade e sua relação com a temática do uso de SPA por adolescentes se faz pertinente à medida em que sua determinação pode ser discutida sob a ótica histórica e social e as repercussões ultrapassam o campo biológico. Nesse sentido, as estratégias e formas de abordagem devem não apenas incluir medidas preventivas voltadas para os fatores de risco e proteção, mas expandirem-se no sentido de promover saúde e, assim, considerar as vulnerabilidades.

O considerar a Enfermagem como uma área na qual seus profissionais atuam em diversos cenários, este ocupa uma posição favorável ao desenvolvimento de ações de prevenção ao uso de drogas uma vez que atuam *“como educador, independentemente do espaço onde atue, promove informação e aconselhamento sobre uso, abuso e dependência de substâncias aos possíveis usuários”* (CARVALHO, 2012).

A Enfermagem ao desempenhar suas ações pautadas na assistência integral ao indivíduo é capaz de não apenas realizar as etapas do processo de enfermagem aplicadas a situações clínicas, mas, também, coordenar e participar das ações de promoção da saúde, bem como acolher a pessoa em suas angústias e utilizar de técnicas para dar suporte nos momentos de crise.

O trabalho coletivo entre a Enfermagem e a Educação, no ambiente escolar, pode facilitar a inserção de temas relacionados à saúde, e permitir maior alcance desses saberes, sobretudo articulado ao conhecimento técnico, o que pode contribuir para identificação de situações complexas relacionadas com o uso de drogas, que exigem intervenções interprofissionais para acompanhamento desses casos, bem como reconhecimento de vulnerabilidades relacionadas com o contexto do adolescente.

Do exposto, o presente trabalho propõe a realização de atividades educativas junto a adolescentes, ao abordar questões referentes ao uso de SPA, ancoradas na vulnerabilidade desse

público diante do uso de drogas bem como nas repercussões que este pode vir a causar nesses indivíduos. O ambiente escolar foi escolhido como lócus de ação por concentrar um grande número de adolescentes e se apresentar como um espaço onde eles vivenciam grande parte das experiências e transformações da idade, o que o torna um local propício ao reconhecimento de necessidades e importante no desenvolvimento dos adolescentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Reorientação das práticas em saúde: a Educação em Saúde como estratégia de Promoção da Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), tem como princípios básicos a universalização do acesso à saúde, a equidade da oferta dos serviços e a integralidade, entendida como norteadora de atendimento às necessidades de saúde do indivíduo em todos os seus níveis de complexidade e considerando-o em sua singularidade. As ações previstas pelo SUS incluem a “promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

O conceito de Promoção da Saúde (PS) é centro de discussões, visto que, ao longo da história, modificações sobre definições adjacentes ao termo e necessárias ao seu entendimento, estão relacionadas às concepções político-ideológicas de seus proponentes (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014). É comum que a expressão seja tida como sinônimo de Prevenção de Agravos e Educação em Saúde, porém, se faz necessária a distinção dos termos. De maneira geral, tem-se que a PS consiste em ações mais amplas que vão além da prevenção de doenças e tem a educação em saúde como principal estratégia de sua efetivação, tendo em vista que se propõe a:

não reproduzir [...] a mesma redução produzida pelo higienismo, que ao responsabilizar o indivíduo pela reversão da sua dinâmica de adoecimento, acaba por culpabilizá-lo, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde-doença (PEREIRA; LIMA, 2006, p. 160).

Nesse sentido, a educação em saúde é apresentada como método de superação de limitações conceituais, porém faz-se necessário o conhecimento do processo de construção desses conceitos, considerando o contexto histórico, político e ideológico, para que haja uma compreensão do que é a promoção da saúde.

O termo “Promoção da Saúde” foi utilizado pela primeira vez por Henry Sigerist, em 1945, em um contexto onde a prática de saúde era predominantemente biomédica, que o trazia em uma lista na qual continha quatro tarefas essenciais para a medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Apesar da hegemonia biomédica da época, essa concepção remete ao modelo chamado de Medicina Social do século XIX, que considerava, além dos fatores biológicos, as condições de vida do indivíduo na determinação de sua saúde, tais como trabalho, educação dentre outras (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

Posteriormente, na década de 1960, a promoção da saúde surge como um nível de prevenção primária de doenças, proposta por Leavell e Clark, que contém mais outras duas fases. Nesse primeiro nível, eles propõem como ações:

Educação sanitária; bom padrão nutricional, ajustado às fases de desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade; moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014, p.52).

No entanto, apesar de se constituir um avanço na forma como a saúde era vista, o modelo proposto por eles abordava de forma superficial a questão ambiental, que compunha a tríade etiológica das doenças, juntamente com o indivíduo (hospedeiro) e agente etiológico.

Em 1974, o documento canadense conhecido como o “Informe Lalonde” trouxe em seu texto reflexões acerca da visão tradicional de saúde e a centralidade da assistência no espaço hospitalar. Nessa perspectiva, alguns dados são mostrados relativos as doenças preveníveis, nas quais as pessoas se colocam em risco e que poderiam não surgir caso houvesse mudança de hábitos de vida (LALONDE, 1974).

Alguns desses agravos são justificados na transição epidemiológica, na qual o adoecimento da população deixa de ser de característica infectocontagiosa e passa a ser de cunho crônico-degenerativo, dadas as mudanças de conformação da sociedade. Dentre os agravos, estão as doenças cardiovasculares, acidentes automobilísticos, uso de drogas e doenças relacionadas à falta de exercícios físicos e alimentação inadequada. Assim, foi proposta a priorização de programas educativos e preventivos visando a mudança de estilos de vida (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

Ainda na mesma década, em 1978, ocorreu em Alma-Ata a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, com a finalidade de discutir conceitos referentes aos cuidados primários e formular recomendações para o desenvolvimento de tais cuidados. O relatório final da conferência trouxe, em seu preâmbulo, a Declaração de Alma-Ata, com dez pontos de destaque sobre proteção e promoção da saúde tendo como mote “Saúde para todos no ano 2000”, dentre eles a definição de cuidados primários:

são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o

primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (UNICEF, 1978, p. 03).

A declaração de Alma-Ata impulsionou, de certa forma, movimentos sociais que lutavam pelo acesso a saúde de forma universal e combatiam o modelo biomédico e hospitalocêntrico. Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, como resposta a necessidade de elaboração de estratégias de promoção da saúde bem como de compreensão de que os modelos de saúde eram distintos nas diferentes partes do mundo e como os determinantes sociais que influenciavam nas condições de saúde da população.

A “Carta de Ottawa” traz a definição de Promoção da Saúde como sendo o:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 01).

Nesse sentido, a saúde passa a ser vista como um processo multifatorial e sua promoção não depende apenas de condições individuais e biológicas, mas de como o Estado se configura para proporcionar condições de saúde à população, tornando-a o principal indicador de desenvolvimento de um país. O documento ainda ressalta a necessidade de ambientes saudáveis e a reorientação dos sistemas de saúde, este último referente à superação do modelo biomédico (BRASIL, 2002).

No mesmo ano, no Brasil, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco para a saúde brasileira pois foi nesse momento em que foram concebidos os princípios e diretrizes hoje norteadores do Sistema Único de Saúde. O relatório final da conferência é consonante com o movimento mundial de reorganização das práticas assistenciais em saúde, voltadas para universalização do acesso à saúde e de ruptura com o modelo curativista. Outro ponto de destaque é a intersetorialidade, que ultrapassa as barreiras dos centros médicos como únicos “promotores de saúde”, ressaltando a importância da articulação com outros setores da sociedade a fim de que as ações de promoção de saúde sejam realmente significativas para os indivíduos (BRASIL, 2002).

Ainda em âmbito nacional, outras estratégias foram lançadas a fim de aproximar a teoria da prática. As Leis Orgânicas da Saúde (LOS), a 8.080 e a 8.142 de 1990 reafirmaram os

compromissos destacados na 8ª CNS e previstos na Constituição Federal (CF) de 1988 e, em 1991 é lançado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) seguido do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Os dois programas, inseridos na Atenção Básica¹, tiveram como finalidade a reorientação dos modelos assistenciais ambulatoriais, levando as práticas de saúde para dentro das casas das famílias ou, pelo menos, para dentro do seu território (BRASIL, 1990).

Esses programas tiveram como premissa o reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos dentro do seu contexto espacial, social e econômico. Com o passar dos anos, o PSF passou a ser a estratégia principal da atenção básica, que devia ser resolutiva em pelo menos 80% de seus casos sendo, atualmente, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). É nesse cenário onde os principais programas e políticas ministeriais são desenvolvidos a partir da priorização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2002).

No processo de implementação da ESF, algumas portarias foram lançadas a fim de definir metas e conduzir as práticas no âmbito da atenção básica no tocante à promoção da saúde. Dentre elas, destaca-se a Portaria nº 399 de 2006, que institui o Pacto pela Vida, e a nº 687, do mesmo ano, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A primeira, teve como objetivo elaborar e implementar a segunda (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

No que diz respeito ao conceito de Promoção da Saúde, o documento do Pacto traz *“ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo”* (BRASIL, 2006).

Em análise do documento referente a PNPS, observa-se uma certa ampliação do escopo das ações de promoção da saúde, uma vez que o principal objetivo da política é:

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010, p.17).

Apesar de pequenos avanços serem percebidos nesse contexto, há de se refletir acerca da responsabilização excessiva do usuário a respeito da promoção de sua saúde ao mesmo tempo em que o Estado se torna mínimo em todas as suas vertentes mais perversas, ao se retirar do dever de garantir os meios para tal. Essa crítica revela uma clara tendência neoliberal na qual apenas o básico é oferecido, o que faz com que as pessoas histórica e politicamente excluídos permaneçam nas margens da sociedade e sejam negados de seus direitos.

A efetivação da promoção da saúde perpassa diversas questões, desde a ideia concebida do que é promover saúde até o questionamento de quais os melhores recursos e estratégias que podem ser utilizados. Destarte, dentro da prática dos profissionais da saúde, além de proporcionar meios para uma melhor condição para os indivíduos, é necessário incentivar esses indivíduos a se empoderarem de seu papel social, baseados na reflexão e crítica, despertando o resgate de sua autonomia.

O *Empowerment*, ou empoderamento (livre tradução) é um dos conceitos trazidos pela Carta de Ottawa, “*compreendido como o processo de saúde comprometido com a transformação da realidade e a produção de saúde e de sujeitos saudáveis, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde*” (SOUZA et al, 2014). Essa ideia subentende que questões macropolíticas exercem influência no campo da saúde e que os indivíduos devem se posicionar de forma a identificar tais questões no sentido de modificá-las; essa percepção será facilitada à medida em que as informações sejam não apenas entregues, mas problematizadas.

A autonomia precede o empoderamento. O conceito de autonomia, presente na obra de Paulo Freire, utiliza-se da problematização para estimular a reflexão acerca das relações de poderes para promovê-la. Construtos teóricos como diálogo, problematização, ética, humanização, autonomia, liberdade e conscientização estão presentes em suas reflexões, trazidas como bases necessárias a um processo educativo para além da formação institucional e convencional (FREIRE, 2002; MIRANDA; BARROSO, 2004).

Esses construtos no âmbito das práticas de saúde, mais especificamente em sua promoção, são observados em uma estreita relação entre o campo da educação e o da saúde. Ao propor mudança de hábitos de vida a um indivíduo, por exemplo, em algum momento o profissional se assume como o educador, possuidor de conhecimento, e o usuário como aquele que está prestes a recebê-lo, o educando.

Nessa dinâmica, pelo menos duas abordagens podem ser consideradas: a primeira, tradicional, também chamada de bancária, na qual o profissional irá depositar o que sabe no indivíduo, sem considerar seu conhecimento prévio; a segunda, problematizadora, instigadora de reflexão, levará o usuário a repensar suas atitudes e determinar, até que ponto isto pode ser tomado como verdade absoluta. A primeira abordagem trará pouca ou nenhuma mudança, uma vez que aquilo não se fez significativo pois não partiu de sua realidade; a segunda terá mais chances de sucesso ao considerar ouvir o outro, estabelecer diálogo, promover autonomia e garantir a liberdade de escolhas (SOUZA et al, 2014).

Entende-se por diálogo a troca mútua de informações, saberes e experiência, e não apenas dois indivíduos verbalizando conceitos. É na dialogicidade que os saberes são compartilhados e (re)construídos e esses, por sua vez, precedem uma crítica.

A grande tarefa do sujeito que pensa certo não é transferir, depositar, oferecer, doar ao outro, tomado como paciente de seu pensar, a intelegibilidade das coisas, dos fatos, dos conceitos. A tarefa coerente do educador que pensa certo é, exercendo como ser humano a irrecusável prática de entender, desafiar o educando com quem se comunica e a quem comunica, produzir sua compreensão do que vem sendo comunicado. Não há intelegibilidade que não seja comunicação e intercomunicação e que não se funde na dialogicidade. O pensar certo por isso é dialógico e não polêmico (FREIRE, 2002, p. 37).

No campo da prática da saúde, o diálogo deve ser condição *sine qua non* para as ações educativas e, conseqüentemente, de promoção da saúde. Além disso, a valorização da autonomia e a problematização também são válidas nesse contexto. Estratégias de empoderamento utilizadas na promoção da saúde mostrou que propostas de educação em saúde realizadas de forma lúdica e na perspectiva do diálogo tanto individual como comunitário são ações que promovem saúde ao propor, além de mudanças particulares, o fortalecimento da participação social (SOUZA et al, 2014).

Portanto, percebe-se o profissional da saúde não apenas como reprodutor de práticas assistenciais ou executor de técnicas, mas como um facilitador de reflexão, um instrumento ativo dentro de um contexto social capaz de promover, além de saúde, o diálogo e a crítica da mesma, ao considerar a sua construção inserida em um modelo histórico e politicamente determinante.

2.2 Adolescência, Uso de Substâncias Psicoativas e Escola

A adolescência é um período em que o indivíduo experimenta diversas mudanças, sejam elas sociais ou biológicas. Dessa forma, é necessário entender como essas experiências se interligam e como podem afetar determinados comportamentos do adolescente. Nessa fase, é comum ocorrer o primeiro contato do adolescente com substâncias psicoativas de forma instrumental, ou seja, utilizadas como uma ferramenta facilitadora nesse processo de descobertas. Considerando os efeitos que essas substâncias são capazes de causar na vida do adolescente, realizar ações de promoção da saúde que envolvam essa temática podem contribuir para que esse uso seja evitado ou retardado. No entanto, apenas fornecer informações parece não ser suficiente, há de se compreender a adolescência, as dinâmicas dos espaços por eles ocupados e a relação que o adolescente estabelece com a droga. (SANCHEZ et al, 2019).

O reducionismo biológico e social do adolescente remete a uma imagem desse indivíduo imerso em questões que seriam inerentes a uma fase do ciclo vital do indivíduo. Além disso, sua construção social não tem sido devidamente considerada. Orzella (2011), afirma que a construção social do adolescente é *“encarada de forma abstrata e genérica e a influência do meio se torna difusa e descaracterizadas contextualmente, agindo apenas como um pano de fundo no processo de desenvolvimento já previsto no adolescente.”* (OZELLA, 2011, p. 23).

Essa simplificação do que é “ser adolescente” naturaliza e universaliza questões já pré-estabelecidas relacionadas à rebeldia, anarquia, impulsividade e inconsequência, também chamada de “síndrome normal da adolescência”, não se discutindo a real existência de tais comportamentos. Indaga-se se essa conduta é, de fato, presente em todos os que adolecem ou se é construída histórica e socialmente (OZELLA, 2011).

A conformação histórica da adolescência na idade moderna está atrelada aos modos de produção da sociedade que adia a entrada do jovem no mercado de trabalho a fim de qualificá-lo para tal, expandindo sua estada nos muros da escola dificultando, de certa forma, o preparo para a vida adulta nos sentidos mais subjetivos, focando apenas no desenvolvimento de aptidões para o trabalho. Nesse sentido, o jovem é resultado de seu meio e acaba por expressar suas angústias e contradições em atitudes vistas como instáveis, perpetuadas no senso comum como sendo apenas mais uma característica própria daquela fase (OZELLA, 2011). A adolescência ainda é apresentada como uma fase de rebeldia, inconsequência, propícia à reprodução de comportamentos e que se utiliza da experimentação para descobertas.

Com relação ao uso de SPA, há de se questionar se este é um comportamento inerente a esse indivíduo, uma reprodução de comportamentos observados ou um chamamento para outras demandas que necessitam de atenção e cuidado.

Do ponto de vista da epidemiologia, o uso de substâncias psicoativas apresenta fatores de risco e proteção. Desarranjos do ambiente familiar, pais que usam SPA, comportamento agressivo em sala de aula, baixo rendimento escolar, comportamento desvirtuado dos pares e aprovação (ou sentimento) de uso de drogas pela família, amigos ou comunidade, constituem-se em fatores de risco para experimentação e uso de tais substâncias. Como fatores protetores, lista-se o bom engajamento familiar, com definição de regras claras e atitudes da família, sucesso nas atividades escolares, bem como vínculo com escola ou instituição religiosa (DELL´AGLIO; SANTOS, 2011).

No entanto, há de se refletir sobre esses fatores, visto que o uso de SPA por adolescentes apresenta-se como um fenômeno social, para além de dados estatísticos ao se considerar as vulnerabilidades. Ao expandir o debate sobre a dependência química, considera-se não só a

vontade do indivíduo ou fatores de risco e proteção, mas inclui em sua análise o contexto em que este se apresenta e de que forma isso determina seu comportamento diante das SPA. Aqui, entende-se que a vulnerabilidade:

Expressa os potenciais existentes nos processos saúde e doença relacionados à indivíduos e grupos que vivem em um certo conjunto de condições históricas e sociais. Enquanto os fatores de risco indicam probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social (EGRY,1996).

Nesse sentido, adolescentes com situações socioeconômicas mais baixas estão mais sujeitos ao uso de SPA já que esse é um dos principais indicadores da iniquidade social, sendo potencializada por “*fatores como exposição diária à violência, o fracasso escolar, a falta de perspectivas de trabalho e de projetos futuros, além dos incessantes apelos de consumo e lazer veiculados pela mídia*” (DELL’AGLIO; SANTOS, 2011, p. 231).

A escola é um espaço onde há a possibilidade de exploração da ligação entre as SPA e o adolescente, bem como um local onde a saúde de uma forma geral pode ser monitorada além de ser “*um contexto diversificado de desenvolvimento e aprendizado, um local de diversidade cultural, atividades, regras e valores*” (MAHONEY, 2002). Assim, ressalta-se a discussão sobre relevância da escola nas ações de promoção da saúde de forma geral, da saúde mental e, mais especificamente no tocante ao uso de SPA.

Nesse contexto e ampliando-se a reflexão sobre o tema, salienta-se as formas de abordagem utilizadas pelos profissionais da saúde e da educação em relação às drogas. A temática pode ser vista sob dois paradigmas: o primeiro, tradicional e proibicionista; o segundo, baseado na autonomia e na chamada “redução de danos” (SODELLI, 2011).

O proibicionismo do uso de drogas está presente na humanidade da era moderna, se apresentando por meio de legislações e convenções sociais. Destaca-se que esse proibicionismo refere-se às substâncias ilícitas, uma vez que a mídia incentiva o uso de substâncias como o álcool e o tabaco. Nessa perspectiva, o uso de drogas é condenado e as ações de promoção da saúde realizadas por aqueles que se sustentam nessa lógica são feitas de forma acrítica, e se reduzem à recomendação da abstinência e evidenciar os malefícios das substâncias.

A segunda abordagem ancora-se na promoção da saúde em seu sentido mais amplo, priorizando a preservação da autonomia, no respeito às escolhas feitas pelo indivíduo, fornecendo subsídios para que este seja consciente de suas ações. Salienta-se o entendimento de que não se trata de transferir ou dar informações, mas construí-las a partir de uma lógica problematizadora. Nesse sentido, essa abordagem vai além do significado da substância nesse fenômeno, transformando-se numa abordagem preventiva e promotora de saúde mais eficaz. Algumas diretrizes podem ser apontadas como orientadoras dessas ações:

- As drogas não são apontadas a priori como algo danoso ou benéfico, mas procura-se compreendê-las sempre na relação com o homem;
- As ações são desenvolvidas com base no conhecimento científico;
- O trabalho é realizado sistematicamente, com duração de médio ou longo prazo;
- Objetiva promover no público-alvo o fortalecimento da autonomia e o respeito aos direitos humanos. (ALBERTANI, 2011, p. 601).

Ao considerar a escola um espaço promotor de cidadania, trabalhar a temática das drogas na perspectiva da redução de danos pode ser considerada a melhor abordagem a ser utilizada, visto que terá um alcance para além da prevenção do uso de drogas, mas ampliará o entendimento dos múltiplos fatores envolvidos nesse fenômeno.

Dessa forma, as ações da escola frente ao uso de SPA como cenário promotor de saúde, podem ser consideradas em três aspectos norteadores dessa prática: a estrutura da escola, ações implícitas e ações explícitas (ALBERTANI, 2011). A estrutura se refere à potencialização dos fatores de proteção, promovendo um clima afetivo e acolhedor, valorização dos alunos, definindo parâmetros de comportamentos claros e consistentes e promovendo a participação, envolvimento e responsabilidades dos jovens nas tarefas e decisões da escola.

As ações implícitas se relacionam ao estímulo de determinados comportamentos e habilidades, por meio da valorização da autonomia, fortalecimento da autoestima, favorecimento da conversão de conhecimentos em atitudes e estas em comportamentos, capacidade de tomar decisões, desenvolvimento da capacidade de reflexão, estabelecimento de vínculos interpessoais, capacidade de manejar emoções próprias e estimular a construção de um projeto de vida (ALBERTANI, 2011).

Ainda nesse pensamento, as ações explícitas são aquelas que remetem as informações necessárias para uma construção baseada na autonomia, no sentido de oferecer ao aluno o conhecimento para que ele possa elaborar estratégias próprias. Dentre essas ações destacam-se a desmistificação do uso de drogas no que concerne ao estigma da marginalização, informações sobre os tipos de drogas e seus efeitos, informações sobre os padrões de consumo e as diferentes relações com as SPA, reflexões sobre forma de reduzir danos provocados pelo seu consumo, conhecimento sobre legislação e políticas, ampliar a discussão para outras questões tais como sexualidade e uso de drogas, além do reconhecimento dos dispositivos presentes na comunidade que estão aptos ao atendimento do usuário (ALBERTANI, 2011).

Assim, o adolescente/aluno terá subsídios suficientes para que sua decisão em usar ou não SPA seja tomada de forma consciente, elaborada a partir de sua reflexão facilitada por ações educativas e promotoras de saúde. Incluir os profissionais de saúde no contexto da escola

auxilia nesse processo uma vez que estes, dentro de sua prática, principalmente na atenção básica, devem estar aptos a abordarem a temática.

2.3 Operacionalização das ações de Educação em Saúde: Oficinas de Trabalho

Ao utilizar os conceitos de Promoção da Saúde e seus pressupostos teóricos na abordagem a determinados temas, o profissional de saúde dispõe de diversas formas de alcançar seus objetivos. As atividades propostas podem ser individuais, realizadas no consultório, no momento das consultas ou coletiva, por meio de agrupamento de indivíduos com características ou demandas de saúde semelhantes.

O trabalho com grupos é comum na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família pois, estes reúnem os indivíduos a fim de realizar ações de educação em saúde visando uma maior abrangência das informações a serem problematizadas e refletidas acerca do processo saúde-doença como forma de otimização dos resultados de sua prática profissional.

Em saúde, pode-se considerar um grupo “*um conjunto de pessoas que interagem com o intuito de ampliar suas capacidades e alterar comportamentos, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e o enfrentamento das situações que ocasionem sofrimentos evitáveis*” (SANTOS, 2006). A condução do trabalho com grupos deve ser feita de forma a favorecer tais reflexões, considerando sua dinâmica e características. Alguns elementos básicos são destacados de forma a facilitar a compreensão de sua organização e assim auxiliar o trabalho daquele que coordena esse grupo, tais como o contexto social, as razões pelas quais os grupos se formam, as motivações individuais que levaram as pessoas a participarem, a identidade do grupo e os padrões de interação (AFONSO, 2007). Também se faz necessária a presença de um coordenador, responsável por planejar e conduzir esse trabalho.

De acordo com o objetivo do grupo, ele pode ser classificado em *Grupo Focal*, que visa apenas conhecer as ideias dos participantes, coletando informações; *Grupos socioeducativos* ou *psicoeducativos*, que se propõem a conhecer os indivíduos e os conduz ao enfrentamento de uma determinada problemática; *Grupos de Terapia*, que focam os conflitos psíquicos e, por fim, os *Grupos Operativos* tem por objetivo:

conhecer crença, ideias e sentimentos de seus membros visando à reflexão e mudança, estimulando novas aprendizagens em sua realidade, como realidade compartilhada no contexto sociocultural, bem como estimulando a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes (AFONSO, 2002, p.62).

Na dinâmica desse tipo de grupo, além de considerar o processo saúde-doença, discute as necessidades dos indivíduos em seu contexto, formulando estratégias para atender a essas

demandas, transformando-se num método de aprendizagem para além do cognitivo, mas elaborando significados, sentimentos e relações (FOSNECA, 2002).

A oficina é um tipo de grupo operativo na qual o coordenador se coloca como facilitador dessas reflexões acerca de um tema central, apresentando quatro fases de preparação: demanda, pré-análise, foco e enquadre, e planeamento flexível (FONSECA, 2002).

A demanda pressupõe a existência de uma situação multifatorial que requer reflexão por um determinado grupo. Nem sempre essa demanda é explicitada pelos indivíduos, podendo ser sugerida para o grupo e que será trabalhada a partir do acolhimento da proposta por ele. A pré-análise é a fase na qual o coordenador do grupo recolhe informações relevantes para a discussão e para operacionalização da oficina.

O foco e enquadre se referem ao tema geral a ser trabalhado (foco) e em que contexto a oficina será trabalhada, considerando o número de participantes, local, recursos disponíveis, número de encontros, dentre outros (enquadre).

O planeamento flexível diz respeito ao planeamento geral da oficina, determinando os assuntos que serão abordados dentro do tema proposto. Essa programação deverá ser passível de mudanças de acordo com a dinâmica estabelecida pelo grupo durante os encontros e deve, minimamente, contemplar três momentos: momento inicial, no qual o grupo participa de uma atividade de aquecimento ou relaxamento; momento intermediário, que concerne as atividades que propiciam a reflexão e; um momento de síntese e avaliação do trabalho em que o grupo visualiza o produto final da oficina.

A fase de operacionalização da Oficina pode incluir quatro etapas: aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal e síntese. De maneira geral, a execução baseia-se na transformação da realidade e desenvolvimento da consciência crítica. A etapa de aquecimento propicia a maior integração entre os indivíduos do grupo. A reflexão individual e grupal irá favorecer o desenvolvimento de novas ideias em relação a temática abordada. A síntese permite que a construção do grupo seja representativa para aqueles indivíduos (FONSECA, 2002).

A estratégia da oficina configura-se como um método operacionalizador de ações de Educação em Saúde no sentido de promover a problematização e, a partir daí, resgatar e promover a autonomia dos indivíduos em relação aos cuidados com a própria saúde. Para os profissionais da Enfermagem que se inserem nesse contexto, esse tipo de abordagem pode facilitar uma relação horizontal entre profissionais e população – princípio da pedagogia de Paulo Freire, considerando que esse espaço tem como objetivo resgatar os conhecimentos existentes e permitir a manifestação de sentimentos relativos à vivência, facilitar a expressão e comunicação e estimular a discussão de conteúdo (FREIRE, 2011).

Além disso, a oficina pode ser utilizada como estratégia para desenvolvimento de Habilidades Sociais para a Vida, que podem ser entendidas como conhecimentos, habilidades e competências que irão auxiliar o indivíduo a lidar com determinadas situações (TAN, 2018). O desenvolvimento de tais habilidades envolve o aperfeiçoamento de características tais como comunicação, assertividade e expressão de sentimentos positivos, que colaboram com a promoção da autonomia do indivíduo. Quando utilizadas na prevenção do uso de drogas, essas habilidades contribuem com a diminuição do uso, uma vez que possibilitam um maior poder de negociação e conseqüentemente o não uso da substância, sendo o déficit de habilidades sociais um fator de risco para o consumo de drogas (SCHNEIDER, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1994, lançou um guia para que habilidades sociais para a vida fossem trabalhadas no setor da educação, pois este ocupa um lugar fundamental na socialização dos jovens, consegue atingir crianças e adolescentes em larga escala, utilizando o professor como facilitador desse ensino o que possibilita, também, uma avaliação a curto e longo prazo das ações desenvolvidas nesse sentido.

Para a OMS, programas preventivos que trabalham as habilidades sociais:

“promovem o aprendizado de habilidades que contribuem para um comportamento positivo de saúde, relações interpessoais positivas e bem-estar mental. Idealmente, esse aprendizado deve ocorrer em uma idade jovem, antes que padrões negativos de comportamento e interação sejam estabelecidos.” (WHO, 2003, p. 06)

Essas habilidades incluem, tomada de decisão e resolução de problemas; pensamento criativo e pensamento crítico; comunicação e relacionamentos interpessoais; autoconsciência e empatia e; lidar com emoções e estresse. Os métodos que podem ser utilizados no ensino dessas habilidades devem se basear na realidade do jovem, a partir de suas experiências e comportamentos, de forma dinâmica, por meio de jogos, debates, dramatizações, dentre outras estratégias, potencializando o processo de aprendizagem, como proposto por Bandurra (1997) em sua Teoria do Aprendizado Social.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Qual o efeito de oficinas de educação em saúde no padrão de consumo de substâncias psicoativas por adolescentes?

4 HIPÓTESES

H0: O padrão de consumo de SPA dos adolescentes que participarão das oficinas de educação em saúde (grupo intervenção) será igual ao dos adolescentes que não participarão das oficinas (grupo controle).

H1: O padrão de consumo SPA dos adolescentes que participarão das oficinas de educação em saúde (grupo intervenção) será menor do que o dos adolescentes que não participarão das oficinas (grupo controle).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Avaliar o efeito de oficinas de educação em saúde no padrão de consumo de substâncias psicoativas por adolescentes.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar o padrão de consumo de substâncias psicoativas de adolescentes;
- Determinar as densidades globais e relativas (DAP e DRP) das 10 áreas do DUSI: uso de substâncias, comportamento, saúde, desordens psiquiátricas, competência social, sistema familiar, escola, trabalho, relacionamento com amigos e lazer/recreação;
- Comparar o padrão de consumo de substâncias psicoativas de adolescentes antes e após oficina de educação em saúde no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Controle (GC);
- Verificar a repercussão das atividades educativas nas Densidades Absolutas dos Problemas (DAP), Densidade Relativa dos Problemas (DRP) e Densidade Global dos Problemas (DGP), de acordo com o Drug Use Screening Inventory – DUSI.

6 MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo quase experimental, no qual os indivíduos participantes não são aleatorizados. Nesse tipo de desenho, o pesquisador se propõe a realizar uma intervenção para observar o seu efeito na variável desfecho. O que o difere dos estudos experimentais ditos “puros” é a seleção dos grupos, pois, nos estudos quase experimentais os grupos já estão pré-formados antes da realização do experimento (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

No presente estudo, foi realizada a comparação do desfecho nos grupos intervenção e controle, em relação ao padrão de consumo de substâncias psicoativas, antes e depois da realização das oficinas de educação em saúde.

6.2 Local do estudo

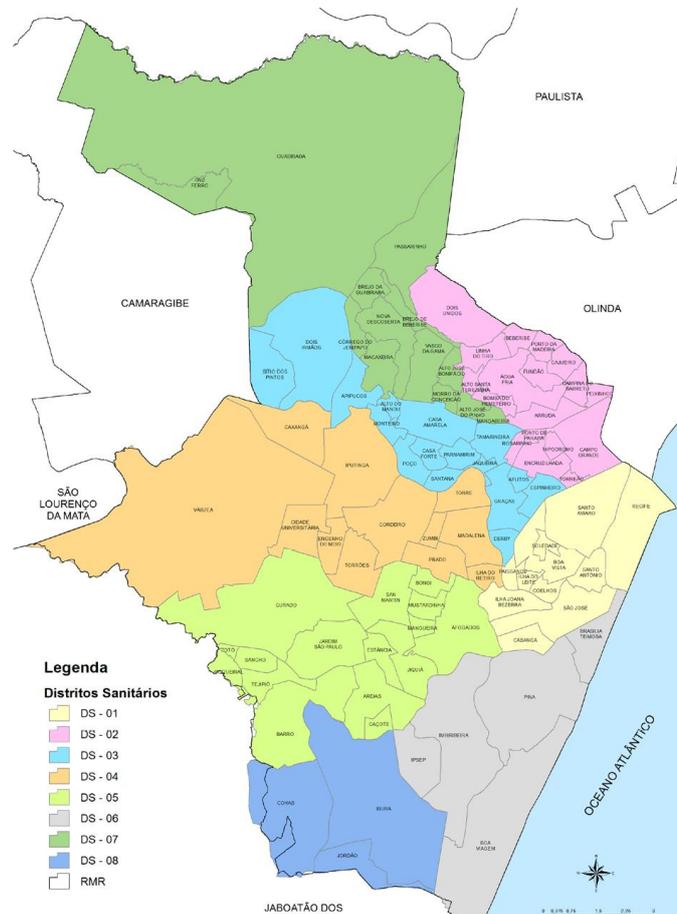
A pesquisa foi realizada em duas escolas da Rede Estadual de Ensino do Estado de Pernambuco. O estado possui uma rede dividida em 17 Gerências Regionais de Educação (GRES), contando com um total de 695 escolas de Ensino Médio e 406.186 alunos matriculados no ano de 2015. Destas, 300 são de funcionamento integral ou semi-integral, chamadas de Escolas de Referências em Ensino Médio (EREM), que oferecem carga horária semanal aos alunos de 45 horas/aula e 35 horas/aula, respectivamente, com cerca de mais de 150 mil estudantes matriculados (SEE PERNAMBUCO, 2015).

A GRES Recife Sul, com sede no bairro Cidade Universitária, conta com 84 escolas, sendo 62 de ensino regular, 2 escolas técnicas e 20 do tipo EREM e com um total de 44 mil alunos matriculados, aproximadamente, sendo esta gerência o local escolhido para realização da pesquisa uma vez que está situada no Distrito Sanitário IV do município de Recife, área de abrangência da UFPE e onde são desenvolvidos diversos projetos propostos pela referida instituição.

O estudo foi realizado em duas escolas distintas. A primeira escola, situada no Bairro da Torre, na Região Político-Administrativa IV (RPA) do Recife, possui 376 alunos matriculados em um quantitativo de 38 educadores, de acordo com dados da Secretaria Estadual de Educação. Funciona em período integral, das 7:30 às 16:30, com um horário de aula livre para estudos ou atividades extras, sendo disponibilizados merenda e refeição durante a permanência do aluno no prédio. No período noturno, funcionam 4 turmas de Ensino de Jovens

e Adultos (EJA). A outra instituição, também pertencente a RPA 4, está no Bairro Engenho do Meio, tem regime integral de ensino, apresenta perfil semelhante a primeira escola, oferecendo as mesmas condições e possui 445 alunos matriculados (1º, 2ª, 3º e EJA) 2015 (SEE PERNAMBUCO, 2015).

Figura 1 – Distribuição das Regiões Político Administrativas do município de Recife. Recife – PE, 2018.



Fonte: Prefeitura Municipal de Recife.

6.3 População

A população foi composta por alunos regularmente matriculados no 1º, 2º e 3º ano do ensino médio nas escolas selecionadas. Como critérios de inclusão, participaram do estudo aqueles alunos regularmente matriculados na escola que tenham até 19 anos idade. Foram excluídos os alunos que não estavam presentes no início da coleta de dados por motivo de doença ou suspensão, menores de 10 anos de idade e maiores de 19 anos. Como critério de

descontinuidade foi considerado o abandono escolar por algum motivo (doença, falecimento, reclusão) ou transferência para outra escola.

6.4. Amostra

Para o cálculo amostral utilizou-se a seguinte fórmula, utilizada para quando a variável desfecho é multinominal.

$$n = \frac{z^2 \cdot \left(\frac{1}{m}\right) \cdot \left(1 - \frac{1}{m}\right)}{d^2}$$

Onde:

z = intervalo de confiança

m = número de categorias da variável desfecho

d = significância

Utilizou-se um intervalo de confiança de 95% ($z=1,96$) e significância de 8% ($d=0,08$) e $m = 4$. Após aplicação da fórmula, chegou-se a um valor de 113 participantes para cada grupo. Foram acrescidos 20% do valor final da amostra para sobrepor eventuais perdas no processo de recrutamento dos alunos, totalizando 125 adolescentes. Durante a realização do estudo, compuseram a amostra 148 adolescentes, no total, sendo 94 do grupo intervenção e 54 do grupo controle.

6.5 Amostragem

A escolha das escolas foi feita por meio de sorteio simples, garantindo que todas tivessem a mesma chance de ser lócus do estudo. Após o sorteio, foi realizado contato telefônico para apresentação da proposta de trabalho. No caso de negativas e falta de interesse dos gestores, outra escola era sorteada. Nesse processo, foram incluídos apenas as EREMs, pois entende-se que estes espaços oferecem uma maior permanência do aluno no ambiente escolar, o que facilitou a realização das oficinas. Optou-se por duas escolas diferentes a fim de diminuir a transferência de informações entre os participantes dos grupos.

A alocação dos alunos foi feita de forma agrupada, ou seja, as duas escolas selecionadas tiveram a mesma chance de receber a intervenção no momento da pesquisa. Considerou-se cada escola uma unidade de randomização para evitar transferência de informações entre os

participantes do GC e GI. O processo de randomização foi realizado por meio de sorteio a fim de garantir aleatoriedade da posterior alocação dos indivíduos. Assim, uma escola foi considerada o Grupo Intervenção e outra o Grupo Controle, determinadas por meio de sorteio simples.

A alocação dos indivíduos nos grupos de intervenção e controle foi feito da seguinte forma:

- a) Seleção das turmas: foram incluídas todas as turmas de 1º, 2º e 3º do Ensino Médio.
- b) Seleção dos adolescentes: os grupos de alunos foram formados com base na lista de frequência fornecida pelas escolas, com o mínimo de 12 e o máximo de 15 participantes, cada. Dessa forma, para as intervenções foram formados 16 grupos.

Não houve cegamento dos grupos de intervenção e controle, uma vez que é necessário que o pesquisador conheça a qual grupo os participantes pertencem. O não cegamento é uma alternativa válida “*em estudos de intervenção, devido à natureza das intervenções utilizadas em Saúde Pública, nem sempre passíveis de cegamento, a exemplo de mudanças de hábitos de vida, programas educacionais ou de atividade física, dentre outros*” (PEREIRA, 2008). Dessa forma, foi necessário identificar qual escola receberia a intervenção (GI) para que as ações pudessem ser realizadas.

6.6 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos (Apêndice A): 1. Roteiro com caracterização socioeconômica dos participantes, bem como histórico do uso de substâncias e outras questões relacionadas às condições de saúde, elaborado a partir do instrumento de coleta de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2012); e 2. *Drug Use Screening Inventory* (DUSI) (Anexo A).

O referido inventário foi desenvolvido nos Estados Unidos, traduzido e validado para uso com adolescentes brasileiros (DEMICHELLI; FORMIGONI, 2004). O DUSI investiga a frequência do uso de 13 substâncias, auxilia na classificação do padrão de consumo, e possui 149 perguntas (mais 10 que compõem a escala de mentira) que abordam a intensidade de problemas referentes ao uso de drogas em 10 diferentes áreas (Quadro 2). As questões são dicotômicas e autorrespondidas, levando cerca de 20 a 30 minutos para preenchimento completo do instrumento.

Quadro 1 - Áreas de investigação do *Drug Use Screening Inventory* (DUSI)

Tabela 1 - Uso de álcool e outras drogas	Investiga a frequência do uso de 13 substâncias no último mês, drogas de preferência e problemas em decorrência do uso.
Área 1 - Uso de substâncias (15 questões)	Investiga o uso de substâncias nos últimos 12 meses e a intensidade do envolvimento com substâncias.
Área 2 - Comportamento (20 questões)	Investiga o isolamento social e problemas de comportamento.
Área 3 – Saúde (10 questões)	Investiga acidentes, prejuízos e doenças.
Área 4 – Desordens Psiquiátricas (20 questões)	Investiga ansiedade, depressão e comportamento antissocial.
Área 5 – Competência Social (14 questões)	Investiga as habilidades e interações sociais
Área 6 – Sistema Familiar (14 questões)	Investiga conflitos familiares, supervisão dos pais e qualidade dos relacionamentos.
Área 7 – Escola (20 questões)	Investiga o desempenho acadêmico
Área 8 – Trabalho (10 questões)	Investiga a motivação para o trabalho.
Área 9 – Relacionamento com Amigos (14 questões)	Investiga a rede social, o envolvimento em “gangs” e a qualidade do relacionamento com amigos
Área 10 – Lazer/Recreação (12 questões)	Investiga a qualidade das atividades durante o tempo de lazer.

Fonte: BRASIL, 2014.

O DUSI permite a identificação da frequência de uso de 13 SPA nos últimos 30 dias que antecedem a entrevista, com as seguintes opções: não usei; usei de 1 a 2 vezes; usei de 3 a 9 vezes; usei de 10 a 20 vezes; usei mais de 20 vezes. Ainda existe a opção de o entrevistado declarar se já tem problemas pelo uso dessas substâncias ou ainda destacar que aquela é sua droga predileta (BRASIL, 2014).

Além da frequência, esse instrumento permite ao pesquisador realizar o cálculo de três tipos de densidade que facilitam a percepção de prejuízos causado pelo uso de drogas nas áreas investigadas. As respostas aos cálculos das densidades são dadas em forma de percentual. A Densidade Absoluta dos Problemas (DAP) refere-se à intensidade de problemas em cada área de forma isolada. Seu cálculo é feito da seguinte forma:

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{de respostas afirmativas em cada área}}{\text{n}^{\circ} \text{de questões da área}} \times 100$$

A Densidade Relativa dos Problemas (DRP) indica a contribuição percentual de cada área no total de problemas. O cálculo segue a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{valordadensidadeabsolutadecadaárea}}{\sum \text{dasdensidadesabsolutasdetodasasáreas}} \times 100$$

Já a Densidade Global dos Problemas (DGP) indica a intensidade geral dos problemas. Essa densidade é conseguida por meio do seguinte cálculo:

$$\frac{\sum \text{dasrespostasafirmativasdetodasasáreas}}{149(\text{n}^{\circ} \text{totaldequestões})} \times 100$$

Outro aspecto relevante do DUSI é a Escala de Mentira (EM), composta de 10 questões, que correspondem as últimas de cada área. Essa escala garante a confiabilidade das respostas pois, se 5 ou mais foram respondidas de forma negativa, o instrumento foi desconsiderado, pois não apresenta representatividade epidemiológica.

6.7 Procedimento de Coleta de Dados

O presente estudo se configura como a continuação do projeto “Consumo de Substâncias Psicoativas e Rendimento Escolar: Perfil de Adolescentes do Ensino Médio”, com início em 2015, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE com CAE nº 51117815.6.0000.5208, sendo realizados nas mesmas escolas do estudo anterior (ANEXO B).

O projeto foi apresentado previamente aos diretores das escolas selecionadas e após a aprovação pelo CEP, também exposto aos pais e responsáveis dos potenciais participantes da pesquisa em reunião de pais e mestres, no início do ano letivo por esse ser o momento de maior comparecimento deles.

Por se tratar de um tema ainda controverso e destinado a um público considerado vulnerável, foi realizada uma etapa prévia ao estudo, na qual os pesquisadores participaram de atividades da escola como convidados para tornar a presença da equipe de pesquisa familiar aos adolescentes. Em seguida, após a criação de vínculos com os alunos, a proposta foi apresentada em todas as turmas antes de iniciar a coleta, especificando todos os momentos do processo de coleta.

No estudo atual, utilizou-se banco de dados construído pelo trabalho anteriormente referido, que se constituiu como a primeira etapa de coleta de dados (construção do banco de dados). Na ocasião, foram compostas duas equipes, a primeira sendo responsável pela aplicação do instrumento de coleta e a segunda inserida na realização das intervenções. A continuação da coleta de dados foi realizada em dois momentos subsequentes, descritas como se segue:

Momento Zero (M0) – Construção do Banco de Dados: Antes das oficinas educativas entre os meses de fevereiro e março de 2016, foram entregues aos adolescentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice B) a serem assinados pelos pais ou responsáveis e devolvidos em prazo determinado. No momento do preenchimento do instrumento de coleta de dados, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE – Apêndice C) pelo adolescente participante do estudo. Por determinação dos gestores da escola, os instrumentos de coleta de dados foram respondidos por todos os alunos, independente da autorização dos pais/responsáveis, pois o retorno dessa autorização foi muito baixo e retirar da sala apenas os alunos que efetivamente participariam do estudo poderia causar algum tipo de desordem no ambiente escolar. No entanto, salienta-se que neste estudo foram analisados somente os instrumentos cujos pais autorizaram os adolescentes a participarem da pesquisa. Os demais foram excluídos da pesquisa.

Para aplicação dos instrumentos, a equipe de coleta de dados, previamente capacitada para tal atividade (Apêndice D – POP de treinamento), solicitou o TCLE e o TALE dos alunos, assinados pelos pais/responsáveis. O preenchimento foi realizado de forma individual e auto respondida, em local reservado (sala de aula), sem a presença de professores, contando apenas com a equipe de coleta no momento para o esclarecimento de possíveis dúvidas. A pesquisadora responsável não estava no mesmo ambiente para evitar possíveis constrangimentos na etapa posterior. A aplicação dos instrumentos foi realizada em sessão única, sendo o grupo intervenção avisado sobre as datas e horários das oficinas.

Momento 1 (M1) – Intervenção: Após a construção do banco de dados inicial, foram realizadas as oficinas de educação em saúde para os alunos que compuseram o GI, entre os meses de abril e outubro de 2016, abordando as SPA (tipos, efeitos, repercussões na saúde, família, escola e relações interpessoais), de forma que contemplasse as 10 áreas investigadas pelo DUSI. Destaca-se que o instrumento considera o uso de SPA um fenômeno com diversas repercussões na vida dos indivíduos que o fazem, por isso as áreas que são investigadas pelo DUSI serviram como base para o planejamento das oficinas. As atividades estão descritas no quadro 2, contendo a sequência de realização. No grupo controle essa fase não foi prevista no

decorrer da pesquisa, no entanto as mesmas atividades foram realizadas após o término de todas as fases, garantindo o benefício ético.

Quadro 2 – Planejamento das Oficinas – Áreas agrupadas do DUSI.

Oficina	Tema	Áreas do DUSI
1	Relacionamento e Comportamento	II, V, VI, IX
2	Saúde	III, IV, X
3	Escola e Trabalho	VII, VIII
4	Substâncias Psicoativas	I

Fonte: Elaboração Própria.

As oficinas de educação em saúde foram planejadas e executadas por meio de metodologias ativas, seguindo os pressupostos de Fonseca (2002), que recomenda pelo menos quatro fases de operacionalização de uma oficina: aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal e síntese (FONSECA, 2002).

É relevante ressaltar que, embora se tenha proposto trabalhar todas as áreas investigadas pelo DUSI, apenas alguns tópicos de cada área foram utilizados como temas iniciais das oficinas. A escolha foi feita com base nas questões do DUSI que apresentaram maior correlação estatística com o uso de risco identificado em adolescentes brasileiros (DEMICHELLI; FORMIGONI, 2004) apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 3 - Questões relevantes para elaboração das oficinas de educação em saúde

Área	Questões	Área	Questões
I	1, 4, 6, 9, 15 (Desejo pela droga, percepção de dependências, envolvimento em atividades ilícitas ou acidentes sob efeito de drogas, sintomas de abstinência)	VI	4, 8, 12 (Conflitos com os pais, relacionamento não protetor)
II	9, 11 (Temperamento e ameaça a outros)	VII	4, 17, 18, 19 (Comportamento inadequado na escola, problemas em cumprir compromissos escolares)
III	1 (Danificação da propriedade de terceiros)	VIII	7 (Consumo de droga no trabalho)
IV	8 (Relações sexuais com usuários de drogas injetáveis)	IX	1, 2, 9 (Amigos que usam, vendem ou facilitam o acesso a drogas)
V	8	X	2, 9

	(Relacionamento com pares mais velhos)		(Diversão associada ao uso de drogas)
--	--	--	---------------------------------------

Fonte: De Micheli; Formigoni, 2004.

Assim, as oficinas estão descritas de forma detalhada no Apêndice E, em que cada tema possui um Procedimento Operacional Padrão – POP, incluindo os objetivos, duração, número de participantes e dinâmicas/atividades a serem utilizadas. Os POPs foram submetidos a validação simples de clareza e relevância por três expertises na área da dependência química e/ou educação em saúde, no momento da qualificação do projeto.

Em seguida, a equipe de intervenção, composta por colaboradores diferentes daqueles que aplicaram o questionário na fase anterior, foi capacitada para execução das oficinas. A escolha de membros diferentes se justifica na minimização de vieses que podem ocorrer devido a algum tipo de indução. Na sequência, foi realizado teste piloto, para ajustes no planejamento inicial, em uma terceira escola não participante da pesquisa.

Após o teste piloto, as oficinas de educação em saúde foram realizadas, semanalmente, e de forma consecutiva, em local reservado, com dimensões adequadas de forma a comportar confortavelmente os participantes. Os 16 grupos de alunos participaram de quatro oficinas educativas, totalizando 64 oficinas ao final do trabalho. A cada semana, foi discutido um tema diferente. Os horários das oficinas se adequaram à rotina da escola. Por se tratar de escolas de referência e de horário integral e semi-integral, existia um espaço disponível na grade de horários para que os alunos desenvolvessem atividades complementares, sendo este horário utilizado pela equipe de pesquisa, a fim de não comprometer o aproveitamento escolar desses alunos.

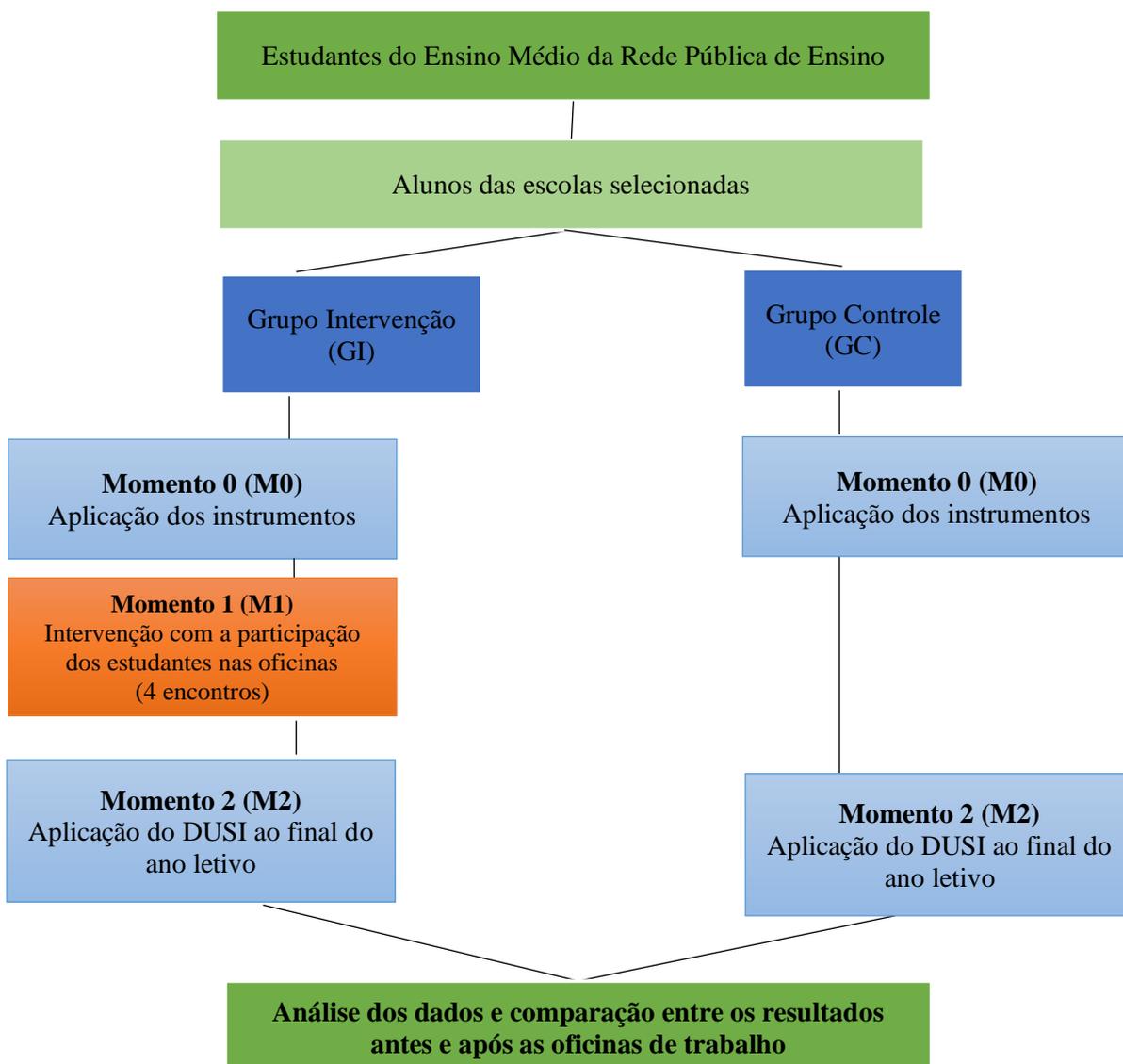
Salienta-se que as oficinas foram feitas em formato de projeto de extensão, aprovado em edital específico, intitulado “*Cuidando do futuro: prevenção de uso de drogas para adolescentes do ensino médio*”, aprovado pelo edital 2016-05-PROExC- PIBEX TEMÁTICO. Tal ação assume esse formato a fim de incluir alunos da graduação no processo, fortalecendo o compromisso da formação acadêmica baseada em ensino, pesquisa e extensão.

Momento 2 (M2) – Pós-Teste: A última etapa da coleta de dados foi realizada após a finalização das oficinas educativas, entre os meses de dezembro de 2016 e fevereiro de 2017², com a reaplicação do DUSI, a fim de comparar a frequência de consumo de SPA bem como as

² Em 2016, ano da coleta de dados, houve um movimento estudantil nacional, em que as escolas foram ocupadas pelos estudantes, caracterizado pela luta e resistência a diversos cortes orçamentários e pela melhoria nas políticas educacionais brasileiras. Na ocasião, as aulas foram paralisadas por um período e ano letivo de 2016 foi concluído no início de 2017.

10 áreas investigadas por ele. A escolha do período se justifica no corte temporal do instrumento trabalhado, uma vez que suas questões abordam os acontecimentos dos últimos 12 meses.

Figura 2 - Representação gráfica das etapas do estudo. Recife-PE, 2015.



Fonte: Elaboração Própria.

6.8 Definição das variáveis

A variável dependente considerada é a Frequência de uso de SPA nos últimos 30 dias, identificadas a partir da Tabela 1 do DUSI. A frequência foi classificada da seguinte forma (DE MICHELI, FORMIGONI, 2004):

- Não uso: Não utilizou SPA nos últimos 30 dias

- Uso Ocasional: Uso de 1 a 2 vezes nos últimos 30 dias
- Uso Frequente: De 3 a 20 vezes nos últimos 30 dias
- Uso Pesado: Mais de 20 vezes nos últimos 30 dias

As variáveis independentes estão relacionadas às características socioeconômicas, situação de saúde e histórico do consumo de SPA.

Variáveis socioeconômicas: sexo (feminino/masculino), cor (branca, parda, amarela, preta, indígena), coabitantes residenciais (pai/mãe/outros), grau de instrução educacional dos pais, ocupação/situação laboral, acesso à internet e religião.

Variáveis relacionadas à situação de saúde: uso dos serviços de saúde (acesso aos serviços, atendimentos em serviços de saúde), alimentação (consumo de feijão, frituras, legumes, verduras e produtos industrializados), saúde sexual e reprodutiva (início da atividade sexual, número de parceiros, prevenção de DSTs, proteção contra gravidez), saúde mental e situação na escola (interação com colegas, situações de bullying)

Variáveis sobre histórico de uso de SPA: início do uso de SPA, frequência do uso nos últimos 30 dias e 12 meses (início do uso de drogas, comportamento, saúde, desordens psiquiátricas, competência social, sistema familiar, escola, trabalho, relacionamento com amigos e lazer/recreação).

6.9 Análise dos dados

O banco de dados foi construído com *software* EpiInfo 3.5.2, com dupla entrada para validação dele. Para análise dos dados será utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences - SPSSR 20.0 for Windows*.

Na análise estatística, as variáveis categóricas foram descritas sob a forma de proporções e as variáveis discretas foram descritas sob a forma de médias, medianas e frequências. Foi realizada a verificação da normalidade da distribuição das variáveis por meio do teste de *Kolmogorov – Smirnov*. Para comparação de proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou Exato de *Fisher*. Quanto à comparação dos padrões de uso, foram utilizados os testes, *Mann-Whitney*, *Kruskal Wallis* e *McNemmar*.

O Risco Relativo (RR) foi utilizado para determinar o risco do uso de SPA após a intervenção, uma vez que este expressa a força de associação entre dois eventos: O Risco Relativo é dado pela relação entre o coeficiente de incidência no grupo exposto e o coeficiente de incidência do grupo não exposto (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013). Nesse caso, o RR

foi medido pela comparação da frequência de consumo de SPA após as intervenções educativas nos grupos selecionados.

6.10 Aspectos Éticos – Riscos e Benefícios

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos. Por se tratar de estudo com menores de idade, foi solicitada a autorização dos pais ou responsáveis legais para garantir a participação dos alunos na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além deste, foi solicitada ao aluno participante a assinatura de um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), uma vez que o estudo contará com a participação de indivíduos capazes de discernimento sobre tal questão (BRASIL, 2012).

Antes da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, foi solicitada às escolas participantes uma carta de anuência para autorização da realização da pesquisa nas dependências da escola. Foi utilizado o banco de dados construído em um projeto anterior, utilizando o mesmo instrumento de coleta, a fim de constituir parâmetro para comparação ao final do ano letivo. Para isso, foi solicitada Autorização de uso de Banco de Dados (Apêndice F).

O projeto de pesquisa, contendo o Instrumento de coleta de dados e Termo de Compromisso e Confidencialidade (Apêndice G), foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco obtendo aprovação para realização sob o CAAE n 60159316.5.0000.5208.

Os riscos gerados pela participação na pesquisa podem estar relacionados a algum desconforto no momento da coleta de dados. A participação nas atividades não é obrigatória. Com relação aos benefícios diretos, os adolescentes tiveram a oportunidade de aprender um pouco mais sobre a sua saúde, dispor de um espaço para tirar dúvidas em relação ao uso de drogas ou outras temáticas de seu interesse. Indiretamente, os benefícios gerados se referem a contribuição científica para que outros adolescentes se beneficiem das mesmas estratégias, caso seja comprovado seu efeito positivo

Por se tratar de estudo de intervenção com grupo controle, para que não haja prejuízo aos participantes desse grupo, as oficinas educativas foram realizadas ao final da coleta de dados, no ano de 2017, entre os meses de agosto e outubro.

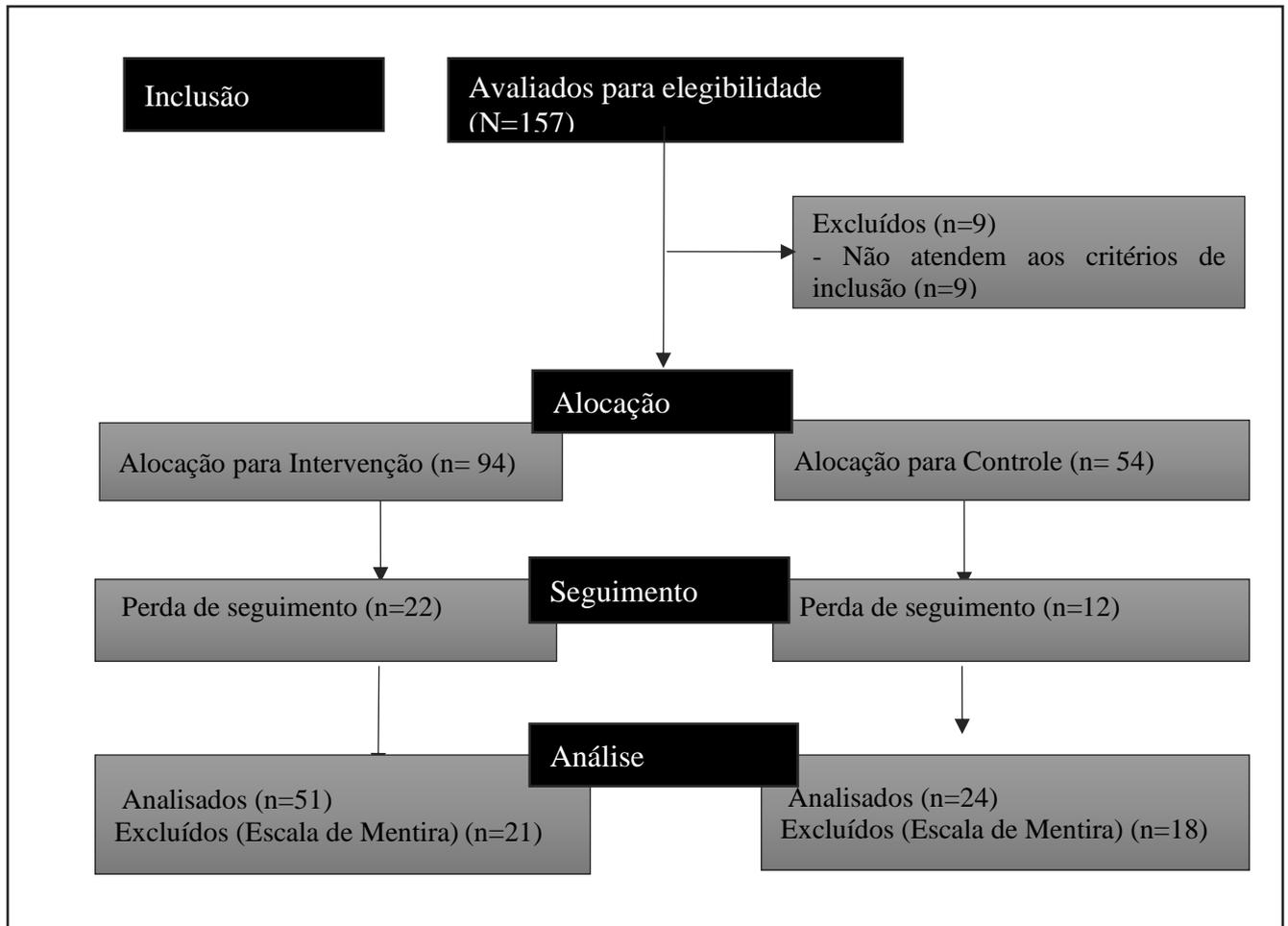
São garantidos o sigilo de informações e o anonimato em qualquer forma de divulgação dos resultados. Para dar cumprimento a esse requisito, os instrumentos e imagens ficarão sob a

guarda da pesquisadora responsável, em local seguro, onde permanecerão por um período de cinco anos, após a finalização do estudo, sendo destruídos e deletados em seguida. Para garantia do anonimato, não será revelada a identidade dos informantes.

7 RESULTADOS

Participaram 75 adolescentes, dos quais 51 compuseram o GI e 24 o CG. Ressalta-se que a baixa devolução dos TCLE, pelos pais ou responsáveis, impediu o alcance da amostra inicial do estudo. A figura 3 detalha as perdas e discontinuidades da amostra final.

Figura 3 - Fluxograma de amostra. Recife – PE, 2017.



Fonte: Adaptado do CONSORT (2010).

Os adolescentes apresentaram média de 16,8 anos de idade ($DP \pm 1,33$), sendo 50,7% do sexo masculino e 49,3% do sexo feminino, predominantemente pardos (62,6%). A maioria mora com a mãe (85,3%), apenas, 42,7% residem com o pai. Com relação a religião, 38,7% afirmam não praticarem nenhuma, 21,3% são evangélicos, 14,7% católicos e 9,3% seguem outras doutrinas. No tocante a exercerem alguma atividade laboral remunerada, apenas 9,3% responderam de forma afirmativa.

Sobre o acesso à internet, 94,7% dos adolescentes possuem celular com acesso à internet e 97,3% acessam a internet em casa, além dos *smartphones*, por meio de outros dispositivos,

tais como tablets ou computadores, sendo esses aparelhos presentes em 72% das casas dos adolescentes estudados (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização Socioeconômica dos adolescentes. Recife – PE, 2017

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	22	43,1	15	37,5	37	49,3
Masculino	29	56,9	9	62,5	38	50,7
Cor						
Parda	31	60,8	16	66,7	47	62,6
Negra	11	21,6	3	12,5	14	18,7
Branco	5	9,8	3	12,5	8	10,7
Indígena	4	7,8	2	8,3	6	8,0
Moram com a mãe						
Sim	42	82,4	22	91,7	64	85,3
Não	9	17,6	2	8,3	11	14,7
Moram com o pai						
Sim	21	41,2	11	45,8	32	42,7
Não	30	58,8	13	54,2	43	57,3
Religião						
Nenhuma	22	51,2	7	35,0	29	38,7
Evangélica	9	20,9	7	35,0	16	21,3
Católica	9	20,9	2	10,0	11	14,7
Outras	3	7,0	4	20,0	7	9,3
Trabalho remunerado						
Sim	5	9,8	2	8,3	7	9,3
Não	46	90,2	22	91,7	68	90,7
Celular com acesso à internet						
Sim	48	94,1	23	95,8	71	94,7
Não	3	5,9	1	4,2	4	5,3
Possui computador em casa						
Sim	39	76,5	15	62,5	54	72,0
Não	12	23,5	9	37,5	21	28,0
Tem acesso à internet em casa						
Sim	50	98,0	23	95,8	73	97,3
Não	1	2,0	1	4,2	2	2,7

Fonte: dados da pesquisa

O consumo de SPA por adolescentes foi avaliado tanto em sua frequência como em relação ao início do uso e forma de obtenção. A tabela 2 mostra dados referentes a experimentação e início do uso. Quanto ao tabaco, 20,0% já haviam experimentado, principalmente entre os 13 e 17 anos de idade. Além disso, 67,6% deles referiram ter pessoas próximas que fumam em sua presença (pais, amigos, tios, vizinhos).

Em relação ao álcool, pelo menos 81,3% dos adolescentes já experimentaram tal substância, com primeiro uso entre 13 e 15 anos. Quando questionados ao estado de

embriaguez, 20,7% se embriagaram pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam o preenchimento do questionário inicial (fase I), tendo obtido a substância em lojas, bares ou supermercados (16,4%).

Sobre as substâncias ilícitas, 17,3% já experimentaram alguma droga (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxi, entre outras), com idade de início entre 16 e 18 anos (8,2%).

Tabela 2 - Dados de consumo de SPA em adolescentes. Recife – PE, 2017 (continua)

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Total*	
	n	%	n	%	n	%
Experimentação de Tabaco						
Sim	10	19,6	5	20,8	15	20,0
Não	41	80,4	19	79,2	60	80,0
Idade de Experimentação do Tabaco						
Nunca experimentou	41	80,4	19	79,2	60	82,2
8 a 12	3	5,9	2	8,3	5	6,8
13 a 17	6	11,8	2	8,3	8	11,0
Tem pessoas próximas que fumam						
Sim	42	82,4	8	34,8	50	67,6
Não	9	17,6	15	65,2	24	32,4
Experimentação de álcool						
Sim	44	86,3	17	70,8	61	81,3
Não	7	13,7	7	29,2	14	18,7
Idade de Experimentação do Álcool						
Nunca experimentou	7	15,6	7	29,2	14	20,3
6 a 12	7	15,6	1	4,2	8	11,6
13 a 15	18	40,0	8	33,3	26	37,7
16 a 18	8	17,8	5	20,8	13	18,8
Não chegou a tomar uma dose	5	11,1	3	12,5	8	11,6
Quantas vezes se embriagou **						
Nunca experimentou	7	15,9	7	36,8	14	22,2
Uma vez	6	13,6	1	5,3	7	11,1
Duas ou mais	5	11,4	1	5,3	6	9,
Não ingeriu nos últimos 30 dias	21	47,7	7	36,8	28	44,4
Não chegou a tomar uma dose	5	11,4	3	15,8	8	12,7
Forma de obtenção do álcool						
Nunca experimentou	7	14,6	7	36,8	14	20,9
Comprou no mercado, loja, bar ou supermercado	9	18,8	2	10,5	11	16,4
Conseguiu de uma outra forma	6	12,5	-	-	6	9,0
Não ingeriu nos últimos 30 dias	21	43,8	7	36,8	28	41,8
Não chegou a tomar uma dose	5	10,4	3	15,8	8	11,9

Tabela 2 - Dados de consumo de SPA em adolescentes. Recife – PE, 2017 (Conclusão)

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Total*	
	n	%	n	%	n	%
Experimentação de drogas ilícitas						
Sim	12	23,5	1	4,2	13	17,3
Não	39	76,5	23	95,8	62	82,7
Idade de Experimentação de drogas ilícitas						
Nunca experimentou	39	79,6	23	95,8	62	84,9
12 a 15	5	10,2	-	-	5	6,9
16 a 18	5	10,2	1	4,2	6	8,2

* Não foram considerados no total aqueles que deixaram respostas em branco, podendo haver variação no valor de n.

** Referente aos últimos 30 dias que antecedem o preenchimento do questionário na Fase I.

Fonte: dados da pesquisa

Além da frequência de consumo, é necessário observar comportamentos de riscos relacionados ao uso, tais como relações sexuais sob efeito de alguma SPA, verificado em 7,7% dos adolescentes.

O álcool sendo a substância mais utilizada entre os adolescentes, determinou-se o padrão de consumo referente aos últimos 30 dias, utilizando o quadro I do DUSI, caracterizando em: não uso; uso leve (1 a 2 vezes), moderado (3 a 9 vezes) e pesado (mais de 10 vezes). Como referência, utilizou-se a Fase I do estudo, uma vez que nenhum dos grupos do estudo havia passado por intervenção educativa sobre o tema, possibilitando uma caracterização mais fidedigna da realidade, como descrito na Tabela 3, onde observa-se que pelo menos 14,7% dos adolescentes fizeram uso do álcool de forma pesada.

Tabela 3 - Padrão de Consumo de Álcool entre os adolescentes. Recife – PE, 2017

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Total*	
	n	%	n	%	n	%
Uso de Álcool						
Não usou	24	47,1	12	50,0	36	48,0
Leve	12	23,5	7	29,2	19	25,3
Moderado	8	15,7	1	4,2	9	12,0
Pesado	7	13,7	4	16,7	11	14,7

* Dados referentes à Fase I do estudo.

(1) Através do teste Exato de Fisher

Fonte: dados da pesquisa

Para determinar o efeito das oficinas educativas, utilizou-se como parâmetro as DAP e DRP para cada área investigada pelo DUSI referentes à Fase I do estudo. Não foi verificada normalidade na distribuição dessas variáveis ($p < 0,05$), dessa forma, utilizou-se a mediana para finalidades de comparação entre os dados.

Tabela 4 - Resultados da análise de distribuição das DAP da Fase I do estudo. Recife – PE, 2017

DAP (Fase I)	Kolmogorov-Smirnov (p-valor)
DAP Área I – Uso de SPA	0,000
DAP Área II – Comportamento	0,043
DAP Área III – Saúde	0,004
DAP Área IV – Desordens Psiquiátricas	0,002
DAP Área V – Competência Social	0,000
DAP Área VI – Sistema Familiar	0,000
DAP Área VII – Escola	0,007
DAP Área VIII – Trabalho	0,000
DAP Área IX – Relacionamento com Amigos	0,000
DAP Área X – Lazer/Recreação	0,023

Fonte: dados da pesquisa

Observa-se, na Tabela 5, as medianas das DAP de cada área de forma isolada. As áreas que apresentam mais respostas positivas, conseqüentemente as mais comprometidas, são as que se referem ao comportamento, competência social e lazer/recreação (áreas II, V e X, respectivamente). Por outro lado, as áreas menos afetadas são as que correspondem ao uso de substâncias e trabalho (áreas I e VIII, respectivamente).

Tabela 5 - Medianas das Densidades Absolutas dos Problemas – Fase I. Recife – PE, 2017

Variável	Grupo Intervenção Mediana	Grupo Controle Mediana	p-valor ⁽¹⁾
DAP Área I – Uso de SPA	0,00	0,00	p = 0,181
DAP Área II – Comportamento	30,00	22,50	p = 0,161
DAP Área III – Saúde	30,00	20,00	p = 0,282
DAP Área IV – Desordens Psiquiátricas	25,00	15,00	p = 0,048*
DAP Área V – Competência Social	28,57	21,43	p = 0,075
DAP Área VI – Sistema Familiar	21,43	21,43	p = 0,656
DAP Área VII – Escola	25,00	20,00	p = 0,314
DAP Área VIII – Trabalho	0,00	0,00	p = 0,152
DAP Área IX – Relacionamento com Amigos	21,43	14,29	p = 0,218
DAP Área X – Lazer/Recreação	33,33	33,33	p = 0,544

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Mann-Whitney.

Fonte: dados da pesquisa

A tabela 6 mostra as medianas das DRP, ou seja, o quanto cada área contribui para o total dos problemas. Os resultados se apresentam de forma semelhante à tabela anterior, diferindo, apenas, na Área III, que se refere à Saúde, sendo uma das mais comprometidas no Grupo Controle (13,10%).

Tabela 6 - Medianas das Densidades Relativas dos Problemas – Fase I. Recife – PE, 2017

Variável	Grupo Intervenção Mediana	Grupo Controle Mediana	p-valor ⁽¹⁾
DRP Área I – Uso de SPA	0,00	0,00	p = 0,136
DRP Área II – Comportamento	14,20	12,25	p = 0,215
DRP Área III – Saúde	20,00	11,36	p = 0,433
DRP Área IV – Desordens Psiquiátricas	11,62	9,21	p = 0,054
DRP Área V – Competência Social	13,64	13,07	p = 0,427
DRP Área VI – Sistema Familiar	9,02	9,12	p = 0,551
DRP Área VII – Escola	9,99	9,63	p = 0,995
DRP Área VIII – Trabalho	0,00	0,00	p = 0,160
DRP Área IX – Relacionamento com Amigos	9,10	9,52	p = 0,772
DRP Área X – Lazer/Recreação	13,00	17,77	p = 0,129

(1) Através do teste Mann-Whitney

Fonte: dados da pesquisa

O consumo de SPA entre os adolescentes que participaram das oficinas de educação em saúde diminuiu em termos absolutos e relativos. Com relação ao uso de álcool, antes da intervenção 52,9% deles faziam uso, diminuindo para 35,3% após as atividades. O grupo controle, também, apresentou diminuição passando de 50% para 41,7%. Para o uso de tabaco, as oficinas foram efetivas, reduzindo o uso de 15,7% para 2,0% (p-valor = 0,016). As substâncias ilícitas tiveram seu uso reduzido, passando de 21,6% para 11,6% no grupo que recebeu a intervenção.

Tabela 7 - Frequências de uso do SPA antes e após as intervenções. Recife – PE, 2017

Variável/Fase do estudo	Grupo Intervenção	Grupo Controle
Álcool		
Fase I	52,9%	50,0%
Fase II	35,3%	41,7%
p-valor	p ⁽²⁾ = 0,469	p ⁽²⁾ = 0,405
Tabaco		
Fase I	15,7%	12,5%
Fase II	2,0%	8,3%
p-valor	p ⁽²⁾ = 0,016*	p ⁽²⁾ = 1,000
Maconha		
Fase I	9,8%	4,2%
Fase II	7,8%	-
p-valor	p ⁽²⁾ = 1,000	**
Uso de outras drogas ilícitas		
Fase I	21,6%	12,5%
Fase II	11,8%	-
p-valor	p ⁽²⁾ = 0,180	**

(*) Diferença significativa ao nível e 5,0%.

(**) Não foi possível determinar devido a diferença no número de categorias entre as fases.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(2) Através do teste McNemar.

Fonte: dados da pesquisa

Para avaliar o efeito da intervenção proposta utilizou-se o Risco Relativo (RR), calculado para o álcool e tabaco, separadamente, utilizando-se os valores obtidos no pós-teste.

Não foi possível determinar para outras substâncias uma vez que alguns resultados foram iguais a zero na tabela de contingência.

As Tabelas 8 e 9 mostram os dados utilizados para se determinar o RR para o uso de álcool e tabaco, respectivamente, entre GI e GC.

Tabela 8 - Dados de uso e não uso de Álcool nos Grupos Intervenção e Controle. Recife – PE, 2017

Exposição	Desfecho		Total
	Usou	Não Usou	
Grupo Intervenção	18	33	51
Grupo Controle	10	14	24
Total	28	47	75

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 9 - Dados de uso e não uso de Tabaco nos Grupos Intervenção e Controle. Recife – PE, 2017

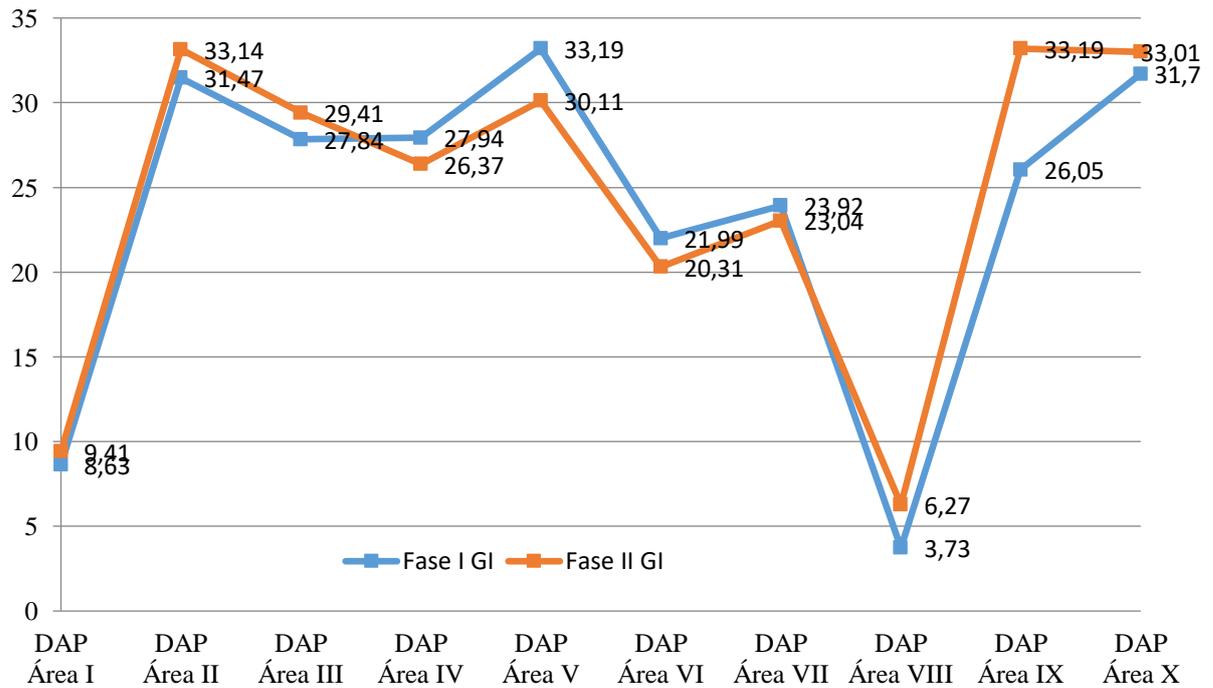
Exposição	Desfecho		Total
	Usou	Não Usou	
Grupo Intervenção	1	50	51
Grupo Controle	2	22	24
Total	3	72	75

Fonte: dados da pesquisa

O RR para uso de Álcool foi de 0,85 (0,46 a 1,55) e para o Tabaco de 0,24 (0,02 a 2,47). Em termos epidemiológicos, o RR deve ser analisado em conjunto com outros resultados, no entanto de maneira geral quando o RR é menor que 1 diz-se que o risco do grupo que foi exposto a intervenção desenvolver o desfecho é menor do que no grupo controle. Do exposto, há uma chance 15,5% menor de uso de álcool naqueles que participaram das oficinas quando comparadas com o grupo que não participou. Para o tabaco, a chance do adolescente não usar tabaco é 76,2% menor naqueles que participaram das oficinas educativas.

A figura 4 mostra a comparação entre as médias das DAP nas fases I e II (pré e pós teste) do estudo no Grupo Intervenção. Nota-se diminuição dos problemas nas áreas IV, V, VI e VII.

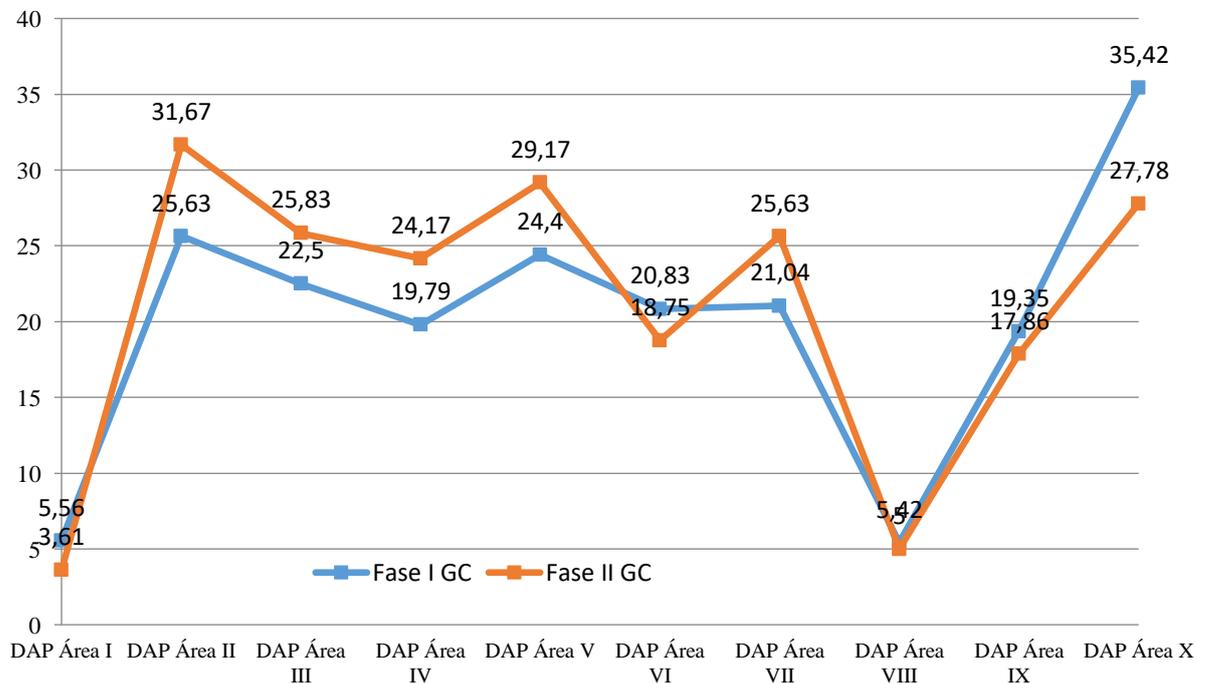
Figura 4 - Comparativo das DAP do Grupo Intervenção. Recife- PE, 2017



Fonte: dados da pesquisa

As DAP do GC também sofreram alterações, porém apresentando aumento nos problemas, principalmente nas áreas II, V e VII, que correspondem à avaliação do Comportamento, Competência Social e Escola.

Figura 5 - Comparativo das DAP do Grupo Controle. Recife- PE, 2017



Fonte: dados da pesquisa

Ao considerar a Densidade Global dos Problemas entre os GC e GI e entre as fases, tem-se que a intervenção contribuiu para a melhoria desse dado, como mostra a tabela 10, abaixo.

Tabela 10 - Densidade Global dos Problemas entre Grupos e Fases. Recife – PE, 2017

Grupo	Fase I (Mediana)	Fase II (Mediana)
Grupo Intervenção	24,16	22,83*
Grupo Controle	20,47	24,16

* Através do teste *Mann-Whitney* para dados pareados.

Fonte: dados da pesquisa

8 DISCUSSÃO

Observa-se que o perfil sociodemográfico dos adolescentes participantes do estudo é semelhante aquele encontrado em levantamentos nacionais sobre o tema, composto principalmente por indivíduos pardos, com baixas condições econômicas, laços parentais frágeis com a mãe sendo a principal provedora da família (IBGE, 2015; CARLINI et al, 2012). Além disso, há uma alta incidência do uso de substâncias psicoativas, sendo o álcool e tabaco os mais utilizados (IBGE, 2015; CARLINI et al, 2010). O perfil aqui encontrado é condizente com as características sociodemográficas dos bairros onde a pesquisa foi realizada, com a maioria parda, sendo as mulheres responsáveis pelo domicílio (RECIFE, 2018).

O vínculo dos adolescentes com os pais é um dos fatores que podem influenciar positiva ou negativamente na forma com que este estabelece uma relação com as SPA, principalmente no tocante a monitorização das atividades do mesmo, uma vez que favorecem a criação de laços de confiança e diálogo entre esses e de terem efeito protetor em relação aos hábitos de fumar, beber, usar drogas ou iniciação sexual precoce (IBGE, 2015). Nesse caso, a ausência de um dos pais no convívio diário pode representar um risco para a experimentação e uso prejudicial de alguma substância psicoativa (PAIVA, 2011).

Da mesma forma, as atitudes e os hábitos dos pais exercem influência no consumo de SPA pelos adolescentes, sendo o monitoramento dos pais, qualidade do relacionamento entre pais e filhos, apoio e envolvimento destes fatores de proteção para a experimentação e uso prejudicial de álcool, por exemplo (YAP et al, 2017). Os programas de prevenção ao uso de drogas que envolvem o incentivo à melhoria da comunicação entre pais e filhos e suas relações são mais bem-sucedidos quanto ao alcance de seus objetivos (KUNTSCHE; KUNTSCHE, 2016; PAIVA, 2011). No presente estudo, foi realizada atividade específica para reflexão sobre os laços familiares e de como esses podem afetar a percepção dos adolescentes frente ao uso de substâncias, resultando em uma diminuição dos problemas da área VI investigada pelo instrumento utilizado, que corresponde a avaliação do sistema familiar.

O monitoramento pelos pais inclui não apenas o conhecimento das atividades em que o adolescente está envolvido, mas também a qualidade delas. O alto índice de acesso à internet pelos adolescentes participantes da pesquisa chama atenção, pois esta pode ser uma ferramenta útil na prevenção do uso de drogas e promoção da saúde como um todo, desde que seu uso seja orientado para tal, tanto pelos pais como por outros agentes que estejam envolvidos nesse propósito, a exemplo de professores e profissionais de saúde que atuem diretamente com adolescentes.

De acordo com dados do Comitê Gestor da Internet no Brasil, pelo menos 61% dos adolescentes maiores de 10 anos tem acesso à internet e, em geral, utilizam para conectar-se a redes sociais ou a aplicativos de trocas de mensagens (CGIBR, 2017). Ainda, de acordo com o CGIBR, 81% das escolas públicas possuem laboratórios de informática, porém apenas 59% são utilizados, 31% dos professores afirmam utilizar esse espaço em suas aulas e 31% dos alunos afirmaram utilizar o celular como ferramenta pedagógica (CGIBR, 2017). Nesse sentido, o Programa Nacional de Tecnologia Educacional (ProInfo) objetiva “*promover o uso pedagógico das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na rede pública dos Ensinos Fundamental e Médio*”, modernizando as práticas pedagógicas, melhorando o processo de aprendizagem por meio de maior engajamento baseado nos interesses dos alunos.

Dessa forma, utilizar esses dispositivos pode viabilizar atividades de promoção da saúde e prevenção do uso de drogas no ambiente escolar a partir da colaboração entre professores, alunos e profissionais de saúde. Há de se questionar, porém, a qualidade da rede fornecida nesses espaços, pois observa-se uma baixa velocidade de conexão, o que pode interferir também no planejamento e desenvolvimento dessas atividades (SILVA; LIMA, 2017).

Para a realização de ações de educação em saúde é necessário que, além de possuir recursos e tecnologias, se conheça a realidade e as demandas de saúde daquela população. Na presente pesquisa foram identificadas questões relacionadas ao consumo de SPA, na qual pode-se observar que a prevalência de experimentação do álcool é maior do que a média nacional e da região nordeste, que foi de 61,4% e 52,5% em último levantamento, respectivamente. Com relação ao uso nos últimos 30 dias, o consumo da amostra desse estudo foi duas vezes maior do que a média nacional, que foi de 29,3%. O estado de embriaguez foi semelhante a prevalência nacional, que foi de 27,2% (IBGE, 2015).

A experimentação de tabaco pelos adolescentes do estudo está pouco abaixo da média nacional, que é de 22,9%, porém acima da média para a região Nordeste, que é de 17,8%. Sobre o uso no mês, o estudo revelou um alto consumo de cigarro quando comparada com a média nacional, com uma prevalência de 14,7% contra 6,6% no Brasil. Esses indivíduos também estão mais expostos a presença de pessoas próximas que fumam em relação à média nacional, que foi de 50,7% (IBGE, 2015)

Para as substâncias ilícitas, as prevalências foram semelhantes aos índices nacionais (12,0%) porém, quase duas vezes maior do que a média nordestina (9,0%). Além disso, o consumo dessas substâncias no mês foi três vezes maior do que a prevalência no país, sendo de 18,7% contra 5,4%. Sendo a maconha a substância ilícitas mais utilizada, tem-se que a prevalência desse estudo foi duas vezes maior do que a prevalência da Região Nordeste (3,6%).

O consumo de substâncias psicoativas na adolescência é um fenômeno que demanda uma análise ampla devido as diversas questões envolvidas, desde os aspectos físicos e biológicos como também os sociais. Do ponto de vista clínico, sabe-se que as chances de um adolescente desenvolver danos à saúde são maiores quando a experimentação ocorre mais cedo em sua vida, bem como um maior risco desse uso desencadear dependência em alguma substância, seja ela lícita ou ilícita (NEWTON et al, 2017; MOSS et al, 2014; KENDER et al, 2013).

Em outra abordagem, as substâncias lícitas podem se configurar como “porta de entrada” para outras drogas que, além apresentarem um maior potencial de gerar dependência podem associar o adolescente a comportamentos prejudiciais de ordem psíquica e social, como atividades ilícitas, baixa autoestima, depressão, comportamento anti-social, rebeldia, agressividade, evasão escolar e baixo desempenho escolar. (MOSS et al, 2014; KENDER et al, 2013).

Nesse sentido, verifica-se que não apenas a saúde física dos adolescentes pode ser lesada pelo SPA, mas também aspectos de sua vida em sociedade. Observou-se que áreas como comportamento, competência social e lazer/recreação foram as mais comprometidas no início do estudo. A falta de espaços para socialização, seja no âmbito doméstico como escolar, pode ser um fator que predispõe esse uso uma vez que *“as evidências apontam para a importância da relação entre a prevenção [do uso de drogas] e o processo de socialização de crianças e adolescentes”* (ONU, 2016)

Assim, o uso de abordagens que envolvam o desenvolvimento de habilidades sociais são fundamentais na prevenção do uso de drogas visto que apenas o fornecimento de informações não é eficaz nesse contexto. As Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas de 2018, lançada pela UNODC, apontam que prevenir é sobre promover saúde e garantir um bom desenvolvimento das crianças e adolescentes. Ao avaliar programas e ações que objetivavam a prevenção do uso de SPA, concluiu-se que quando são trabalhadas as habilidades sociais há mais chances de o adolescente não consumir tais substâncias, destacando o desenvolvimento da capacidade do adolescente resistir às pressões provocadas por pares se destaca. Além disso trabalhar tais habilidades *“oferece a oportunidade de discutir as diferentes normas sociais, atitudes e expectativas positivas e negativas associados ao uso de substâncias, incluindo as consequências do uso de substâncias”* (UNODC, 2018, p. 26)

Além das recomendações de órgãos internacionais, no tocante à prevenção do uso de drogas focarem em uma abordagem mais ampla do problema, evidências científicas vêm corroborando com tais propostas visto que estudos que objetivam a prevenção do uso de drogas,

que trabalham com metodologias ativas e são baseadas na melhoria de habilidades sociais apresentam maior efeito na redução do consumo de SPA. Esse tipo de estratégia favorece interação e troca de ideias levando ao aprendizado, proporcionando um fortalecimento da autonomia do indivíduo para suas escolhas e melhorando a capacidade de recusa do adolescente para experimentação e/ou uso problemático de drogas (MALMBERG et al, 2014; CUIJPERS, 2002).

Nessa perspectiva, algumas características são fundamentais para o sucesso dos programas e ações que visam prevenir o uso de drogas: uso de métodos interativos, realizadas em sessões, de preferência semanais e reforços ao longo do tempo, realizados por profissionais treinados, envolvendo tomada de decisão e propiciando o aprendizado e prática sobre as consequências do uso de drogas. Estratégias como palestras, atividades meramente informativas, que abordem apenas valores éticos e morais e que utilizem de testemunhos de ex usuário não são eficazes na prevenção do uso de drogas (UNODC, 2018).

Assim, diversos programas vem trabalhando ao longo dos anos com o treinamento de habilidades para prevenção do uso de drogas por adolescentes a exemplo do *Life Skills Training*, um programa voltado para prevenção do uso de drogas para adolescentes do ensino médio sendo um dos mais bem avaliados e eficazes para esse fim, reduzindo em até 50% o uso de substâncias psicoativas. O programa é composto por três componentes básicos, incluindo habilidades pessoais de autogerenciamento, habilidades sociais e informações e habilidades específicas sobre drogas, com a finalidade de aumentar a competência social e promover atitudes protetoras do uso (BOTVIN; GRIFFIN, 2004).

Nesse estudo, a utilização de oficinas de educação em saúde favorece o desenvolvimento dessas habilidades ao promover diversas atividades que incluem principalmente a reflexão sobre o uso de drogas e temas adjacentes. Foram utilizadas estratégias não apenas focadas nas substâncias psicoativas, mas abrangendo diversas variáveis que podem comprometer e serem comprometidas na vida do adolescente no tocante ao uso de SPA. As oficinas realizadas incluíram atividades lúdicas baseadas em questões problematizadoras a fim de abordar questões-chaves relacionadas ao uso problemático de drogas por adolescentes, principalmente no que se refere às competências sociais, sistema familiar, ambiente escolar e planejamento para o futuro além de trabalhar algumas informações sobre as SPA em si. Pode-se perceber que áreas que apresentaram maiores DAP e DRP antes das oficinas eram relacionadas a comportamento, competência social e lazer/recreação foram as que tiveram redução dos índices ao serem avaliadas após a intervenção, contribuindo, assim, para a redução do uso de drogas pelos adolescentes.

O trabalho com habilidades sociais para adolescentes e jovens vem sendo desenvolvido em diversos espaços sendo a escola um ambiente preferencial, principalmente no tocante a atividades de educação em saúde (NASHEEDA et al, 2018). A Educação Baseada em Habilidades para a Vida (*Life Skills Based Education – LSBE*) é uma estratégia que visa ensinar conteúdos específicos a fim de atingir uma meta por meio de experiências abrangentes que trabalharão não apenas o tema em questão mas também objetivam desenvolver atitudes e habilidades necessárias para que aquele adolescente tenha os recursos necessários na tomada de decisões (UNICEF, 2003).

A LSBE favorece o desenvolvimento de comportamentos de crianças, adolescentes e jovens para situações relativas as decisões para sua saúde usando abordagens diversas como, por exemplo, a imersão, que permite que atividades preventivas sejam incluídas nos currículos acadêmicos e os temas relacionados à saúde sejam trabalhados por diferentes professores em várias disciplinas. Dessa forma, os alunos transferem para a vida diária as informações que aprenderam na escola, incorporando comportamentos de promoção de saúde e não só de prevenção de agravos (NASHEEDA et al, 2018; SMITH et al., 2004).

Vale salientar que no ambiente escolar, essas ações devem envolver não só os alunos, mas também professores, funcionários e pais. No tocante a prevenção do uso de substâncias, deve-se atentar para o fato de que as atividades não podem apenas priorizar informações sobre a substância e sim ser feita uma abordagem ampla da situação, oferecendo suporte e aconselhamento ao invés de punição.

Um outro tópico a ser discutido nesse contexto é a sensação de pertencimento do adolescente a grupos e identificação com seus pares, o que pode levar o mesmo a apresentar determinados comportamentos que comprometam sua saúde mental. Dentre eles, está a necessidade de encaixe nos padrões de beleza impostos pela sociedade e incentivados pela mídia, o que pode levar a distúrbios de autoimagem e conseqüente baixa autoestima, o que pode levar a repercussões psíquicas (COSTA, 2014).

A baixa autoestima é apontada como um dos fatores de risco para o uso de drogas (MARQUES; CRUZ, 2000), portanto, realizar atividades que estimulem a recuperação e manutenção da autoestima podem contribuir para o não uso ou redução do consumo de SPA. Dessa forma, trabalhar a questão do corpo em sua integralidade levam ao autoconhecimento do adolescente em relação a saúde tanto física como mental.

Essas atividades devem estimular o diálogo, a autonomia e o conhecimento de si enquanto pessoa dentro de uma sociedade em que as relações estabelecidas são determinantes para um modo de viver harmonioso. Assim, estratégias que focam não apenas no uso de

substâncias psicoativas em si mas que propiciam a exposição de ideias, anseios e dúvidas melhoram não só a resposta positiva do adolescente no tocante a prevenção do uso de drogas mas também contribuem para o desenvolvimento saudável do indivíduo na esfera social incluindo, dentre outros espaços, o ambiente escolar.

Os programas de prevenção para o uso de drogas realizados nas escolas e que utilizam de metodologias ativas têm maior efeito quando comparados com aqueles que tratam apenas de fornecer informações e gerar um ambiente ameaçador (FAGGIANO et al, 2014). O adolescente passa a se reconhecer como importante no espaço escolar ao perceber que há espaço para que suas opiniões sejam ouvidas e seja participante dos diálogos propostos melhorando, dessa forma, o seu comprometimento com as atividades escolares. Esse comprometimento é um dos principais fatores de proteção para experimentação e uso de SPA.

No entanto, há de se compreender que essas ações sejam longitudinais, ou seja, realizadas de forma contínua e prolongada para que o efeito seja perceptível, além de incluir todos os atores presentes no espaço escolar: alunos, professores, funcionários, pais e comunidade, uma vez que intervenções pontuais e feitas por pessoas estranhas àquele espaço apresentam pouco ou nenhum efeito no tocante a prevenção do uso de drogas (CARNEY et al 2016).

9 CONCLUSÃO

As oficinas de educação em saúde contribuíram para a redução do padrão de consumo de SPA por adolescentes que participaram da intervenção em comparação com aqueles que não participaram (GC). Os adolescentes do GI apresentaram menores índices de uso de álcool e substâncias ilícitas, além de uma menor DGP. As oficinas educativas foram estatisticamente efetivas na redução do consumo de tabaco no GI.

As atividades propostas auxiliaram não apenas na redução do consumo de SPA, mas, também, na melhoria de outras áreas da vida do adolescente que podem estar relacionadas ao uso dessas substâncias, sobretudo nas competências sociais que estão relacionadas com aquisição de habilidades e autonomia na tomada de decisões. Observou-se que, após as intervenções realizadas, houve diminuição do consumo de drogas entre os adolescentes participantes bem como melhoria nas áreas correspondentes relacionadas com desordens psiquiátricas, competência social, sistema familiar e escola.

O uso de drogas é um fenômeno multifatorial que compromete diversas áreas da vida do indivíduo, por isso é necessário que as atividades de prevenção não sejam focadas apenas no repasse de informações sobre os riscos de uso, mas sim propiciar espaço de recuperação e construção de autonomia para tomada de decisões por parte desses indivíduos no tocante tanto à sua saúde como outras questões, tais como planejamento para o futuro e relações interpessoais. Esse tipo de abordagem ultrapassa o conceito de prevenção de agravos, amplia o escopo de atividades voltadas para educação em saúde, com prioridade para ações de promoção da saúde, que poderão impactar positivamente a saúde dos adolescentes.

Apesar dos resultados deste estudo mostrarem a diminuição do consumo de drogas por adolescentes, não se pode atestar o impacto a longo prazo visto que existem dificuldades na manutenção de comportamentos baseados nas habilidades aprendidas pela falta de continuidade das ações. Dessa forma, faz-se necessário incluir longitudinalmente, na formação de crianças e adolescentes, o treinamento de habilidades de vida para que estes possam lidar com diversas situações que exijam tomada de decisão consciente.

Sugere-se a realização de novos estudos, com replicação do método e monitorização dos resultados em diversos momentos, a fim de verificar se o efeito observado, nesta pesquisa, é mantido ou se há modificação para que as estratégias utilizadas sejam, permanentemente, avaliadas em seus resultados a curto, médio e longo prazo.

Destaca-se como limitação do estudo, o reduzido tamanho da amostra nos grupos. Houve dificuldade no alcance da amostra calculada devido às questões éticas envolvidas no

estudo por se tratar de participantes menores de idade, com baixo retorno de TCLE assinados pelos pais e/ou responsáveis. Apesar de diversas estratégias de contatá-los, não foi possível abranger todos os adolescentes para o estudo, uma vez que não houve retorno do TCLE com a autorização para que eles participassem da pesquisa.

Outro fator limitante do estudo consiste na delimitação do tempo entre a realização das oficinas de educação em saúde e a reaplicação do instrumento de coleta de dados devido a insuficiência de recursos humanos para formação de equipes de pesquisa de forma que possibilitasse padronização no intervalo entre esses dois momentos do estudo. Assim, ao replicar o método, sugere-se que seja estabelecido o critério de tempo entre a participação nas oficinas de educação em saúde e a reaplicação do instrumento para avaliação do efeito no consumo de SPA a curto, médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. M. **Oficinas de Dinâmica de Grupo na Área da Saúde**. Casa do Psicólogo; 2002. 389 p.
- AFONSO, M. L. M. **Oficinas em Dinâmica de Grupo**. Casa do psicólogo; 2007. 171 p.
- ALBERTANI, H. M. B. Prevenção na Escola: um novo olhar, uma nova prática. *In*: SILVA, E. A.; DE MICHELI, D. **Adolescência- uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP; 2011. 792 p.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde** – fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. Neuropsicologia e dependência química. *In*: CORDEIRO, D. C, DIEHL, A.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química** – Prevenção, tratamento e políticas públicas. São Paulo: ARTMED; 2011. p. 98-105.
- BOTVIN, G. J.; GRIFFIN, K. W. Life Skills Training Empirical Findings and Future Directions. **The Journal of Primary Prevention**, v. 25, n. 2. 2004.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 set 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Câmara dos Deputados; 1990.
- _____. Lei nº 9.394 de 20 dez 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Câmara dos Deputados; 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 76 p.
- _____. Lei nº 11.343 de 23 agosto 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad**; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **SUPERA - Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 68 p.

CARLINI, E. A. *et al.* **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010. 503 p.

CARVALHO, M. B. **Psiquiatria para Enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2012.

CASA. National Center on Addiction and Substance Abuse. **Tobacco: The Smoking Gun**. New York [US]: Cesar Publications, 2007.

_____. National Center on Addiction and Substance Abuse. **Adolescent substance use: America's #1 public health problem**. New York [US]: Addiction and Substance Abuse, 2011.

CARNEY, T. *et al.* Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2016.

CGIBR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2016**. São Paulo: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2017.

CUIJPERS, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 6, 2002

DELL'ALGLIO, D. D; SANTOS, L. L. Adolescentes em Situação e Vulnerabilidade: drogas, risco e resiliência. *In: SILVA, E. A.; DE MICHELI, D. Adolescência- uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP; 2011. 792 p.

DE MICHELI, D., FORMIGONI, M. L. O. S. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. **Addiction**, v. 99, p. 99: 570-578, 2004.

EATON, D. K. *et al.* **Youth risk behavior surveillance** - United States, Washington: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. 144 p.

FAGGIANO, F.; MINOZZI, S. VERSINO, E.; BUSCEMI, D. Universal school-based prevention for illicit drug use. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25435250>.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da Indignação: Cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000.

FREIRE, L. A. M. **Educação em Saúde com Adolescentes: uma análise sob a perspectiva de Paulo Freire**. 2011. 82f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

FONSECA, R. M. G. S. Investigando, construindo e reconstruindo a enfermagem generificada através das Oficinas de Trabalho. *In: Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: Trajetória Espaço-Temporal da Pesquisa*, 2002.

GRIFFIN, B. A. *et al.* Associations between abstinence in adolescence and economic and educational outcomes seven years later among high-risk youth. **Drug Alcohol Depend**, v. 2, n. 113, 2011. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3025066/>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KENDLER, K. S.; MYERS, J.; DAMAJ, M. I.; CHEN, X. Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygotic co-twin control study. **Am. J. Psychiatry**. v.170, n 4, 2013. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23318372>.

KUNTSCHE, S.; KUNTSCHE, E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. **Clinical Psychology Review**. v. 45, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27111301>.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

MALMBERG, M.; KLEINJAN, M.; OVERBEEK, G. *et al.* Effectiveness of the ‘Healthy School and Drugs’ prevention programme on adolescents’ substance use: a randomized clustered trial. **Addiction**, v. 109, n. 6, 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24612164>.

MAHONEY, A. A. Contribuições de H. Wallon para a reflexão sobre as questões educacionais. *In: V.S. Placco (Org.), Psicologia & Educação: Revendo contribuições*. São Paulo: Educ., 2002.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 set 2018.

MARTINS, K. S.; SCHNEIDER, D. R. Estilos parentais percebidos e o consumo de álcool entre adolescentes: revisão sistemática de estudos empíricos. **Adolesc Saude**. V. 13, n. 4, p. 89-97, 2016. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=624.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.

MOSS, H. B.; CHENA, C. M.; YI, H.Y. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. **Drug and Alcohol Depend.** v. 136, 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24434016>.

NASHEEDA, A.; ABDULAH, H. B.; KRAUSS, S. E.; AHMED, N. B. A narrative systematic review of life skills education: effectiveness, research gaps and priorities. **International Journal of Adolescence and Youth**, mai 2018. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2018.1479278?scroll=top&needAccess=true>.

NEWTON, A. S. *et al.* A randomised controlled pilot trial evaluating feasibility and acceptability of a computer-based tool to identify and reduce harmful and hazardous drinking among adolescents with alcohol-related presentations in Canadian pediatric emergency departments. **BMJ Open**, v.7, n. 8, 2017. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015423>.

OPAS. **La salud del adolescente y el joven em las Américas**. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1985.

OZELLA, S. Adolescência: um estereótipo ou uma construção histórico-social? In: SILVA, E. A.; DE MICHELI, D. **Adolescência- uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP; 2011. 792 p.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 177-183, jan./mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a21v14n1>.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. 308 p.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RECIFE. Bairro Engenho do Meio. Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/engenho-do-meio?op=NzQ3Ng>. Acesso em 20 ago 2018.

RECIFE. Bairro Torre. Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/torre?op=NzQ3Ng>. Acesso em 20 ago 2018.

REDDY, S. P. *et al.* **Umthente Uhlaba Usamila?** The South African Youth Risk Behaviour Survey 2008. Cape Town: South African Medical Research Council; 2010. Disponível em <https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/umthente-uhlaba-usamila-second-south-african-youth-risk-behaviour-survey-2008>.

SANCHEZ, Z. M. *et al.* The role of normative beliefs in the mediation of a school-based drug prevention program: a secondary analysis of the Tamojunto cluster-randomized trial. *PLoS One*, v. 14, 2019. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0208072&type=printable>. Acesso em 09 jul 2019.

SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.346-52, abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>.

SANTOS, E. H. Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SEE PERNAMUCO. **Educação Integral** [internet]. Disponível em <http://www.educacao.pe.gov.br/portal/?pag=1&men=70>. Acesso em 02 dez 2015.

SILVA, A. M.; LIMA, C. M. Apropriações sociais e formativas das Tecnologias digitais por adolescentes e suas relações com a educação escolar. *In: Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nas escolas brasileiras: TIC educação 2016*. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR: São Paulo, 2017. Disponível em <https://www.cgi.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nas-escolas-brasileiras/>.

SMITH, E. A. *et al.* Evaluation of life skillstraining and infused-life skills training in a rural setting: Outcomes at two years. **Journal of Alcohol and Drug Education**, v. 48, n. 1. 2004. Disponível em <https://scholars.uthscsa.edu/en/publications/evaluation-of-life-skills-training-and-infused-life-skills-traini>.

SODELLI, M. A abordagem de Redução de Danos libertadora na prevenção: ações redutoras de vulnerabilidade. *In: SILVA, E. A.; DE MICHELI, D. Adolescência- uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP; 2011. 792 p.

SOUZA, J. M. *et al.* Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000702265&script=sci_abstract&tlng=es.

TAN, S. **Life Skills Education: Teacher's Perceptions in Primary School Classrooms in Finland and Singapore**. University of Jyväskylä . Master's Thesis in Education. 2018. Disponível em <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/57869>.

UNICEF Brasil. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 1978.

UNODC. **World Drug Report**. Nova York: United Nations publications; 2015.

_____. **World Drug Report**. Nova York: United Nations publications; 2018.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. *In*: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. **Por uma crítica da Promoção da Saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-110.

WHO. **Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems**: a WHO memorandum. Bull World Health Org; 1981.

_____. **Skills for Health: Skills-based health education including life skills** – An important component of a child friendly/health promoting school. WHO: Geneva, 2003

YAP, M. B. H.; CHEONG, T. W. K.; ZARAVINOS-TSAKOS, F.; LUBMAN, D. I.; JORN, A. F. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Adicction**, v. 112, n. 7, 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178373>.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CONDIÇÕES DE SAÚDE)

		Nº de ordem do questionário _____
Nome: _____		Código da Variável (não preencher)
1. Escola: _____ 1. GC 2. GI		1. Esc _____
<i>Características Socioeconômicas</i>		
2. Idade _____ anos		99. Ignorado 2.Ida _____
3. Peso: _____ kg		99. Ignorado 3.Pes _____
4. Altura: _____ m		99. Ignorado 4.Alt _____
5. Qual é o seu sexo?	1. () Masculino 2. () Feminino	5.Sex _____
6. Qual é a sua cor ou raça?	1. () Branca 2. () Preta 3. () Amarela 4. () Parda 5. () Indígena	6.Cor _____
7. Você mora com sua mãe?	1. () Sim 2. () Não	7.Rcm _____
8. Você mora com seu pai?	1. () Sim 2. () Não	8.Rcp _____
9. Qual o nível (grau) de ensino que sua mãe estudou ou estuda?	1. () Minha mãe não estudou. 2. () Minha mãe começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou. 3. () Minha mãe terminou o ensino fundamental (ou 1º grau). 4. () Minha mãe começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou. 5. () Minha mãe terminou o ensino médio (ou 2º grau). 6. () Minha mãe começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou. 7. () Minha mãe terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado) 99. () Não sei	9.Idm _____
10. Qual o nível (grau) de ensino que seu pai estudou ou estuda?	1. () Meu pai não estudou 2. () Meu pai começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou 3. () Meu pai terminou o ensino fundamental (ou 1º grau) 4. () Meu pai começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou 5. () Meu pai terminou o ensino médio (ou 2º grau)	10.Idp _____

	6. () Meu pai começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou 7. () Meu pai terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado) 99. () Não sei	
11. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento?	_____ pessoas	11.Npr ____
12. Você tem algum trabalho, emprego ou negócio atualmente?	1. () Sim 2. () Não	12. Tra ____
13. Você recebe dinheiro por este trabalho, emprego ou negócio?	1. () Sim 2. () Não	13.Din ____
14. Você tem celular com acesso à internet?	1. () Sim 2. () Não	14. Cel ____
15. Na sua casa tem computador (de mesa, ou netbook, laptop, etc)?	1. () Sim 2. () Não	15. Com ____
16. Você tem acesso à internet em sua casa?	1. () Sim 2. () Não	16. Int ____
17. Você pratica alguma religião?	1. () Sim 2. () Não 3. Qual? _____	17. Rel ____

USO DE SERVIÇO DE SAÚDE <i>As questões a seguir tratam da procura e acesso aos serviços de saúde.</i> Caso você não tenha ido a algum dos lugares, marque a opção “Não se aplica”; caso não se recorde, marque a opção “Ignorado”.		Código da Variável (não preencher)
18. Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	1. () Sim 2. () Não 99. () Ignorado	18.Ccs ____
19. Nos últimos 12 meses, qual serviço de saúde você procurou mais frequentemente?	1. () Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde) 2. () Consultório médico particular 3. () Consultório odontológico 4. () Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.) 5. () Serviço de especialidades médicas ou Policlínica 6. () Pronto-socorro ou emergência 7. () Hospital 8. () Laboratório ou clínica para exames complementares 9. () Serviço de atendimento domiciliar 10. () Farmácia 11. () Outro. Especificar _____ 88. () Não se aplica	19.Sds ____

	99. () Ignorado	
20. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você procurou por algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde)?	_____ vezes 88. () Não se aplica 99. () Ignorado	20.Psf ____
21. Você foi atendido, na última vez que procurou algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde), nestes últimos 12 meses?	1. () Sim 2. () Não 88. () Não se aplica 99. () Ignorado	21.Ate ____

ALIMENTAÇÃO <i>As próximas perguntas referem-se a sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.</i> Se você não ingeriu nenhum desses alimentos, responda com o valor "0".		Código da Variável (não preencher)
22. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão?	_____ dias	22.Fei____
23. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgados fritos? Exemplo: batata frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acarajé, etc	_____ dias	23.Sal____
24. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou linguiça?	_____ dias	24. Emb____
25. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura crus ou cozidos? Exemplo: couve, tomate, alface, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.	_____ dias	25.Leg____
26. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salada crua? Exemplo: alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, etc.	_____ dias	26.SaC____
27. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu legumes ou verduras cozidas na comida, inclusive sopa? Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, cenoura, etc.	_____ dias	27.LeC____
28. NOS ULTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos ou bolachas doces ou salgados?	_____ dias	28.Bis____
USO DE DROGAS <i>As próximas perguntas referem-se ao uso de drogas. Considerar drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, ecstasy, loló, merla, e outros).</i> Caso você não se recorde, marque a opção "Ignorado"		Código da Variável (não preencher)
29. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro (tabaco), mesmo uma ou duas tragadas?	1. () Sim 2. () Não	29.Cig____

30. Que idade você tinha quando experimentou fumar cigarro pela primeira vez?	_____ anos 88. () Nunca experimentei cigarro 99. () Ignorado	30.Iuc_____
31. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?	_____ dias 00. () Não fumei nos últimos 30 dias 88. () Nunca fumei 99. () Ignorado	31.Dfc_____
32. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você tentou parar de fumar?	1. () Sim 2. () Não 00. () Não fumei nos últimos 12 meses 88. () Nunca fumei	32.Pdf_____
33. Pessoas próximas a vocês fumam na sua presença? (pais, amigos, tios, vizinhos)	1. () Sim 2. () Não	33. Ppf_____
<i>As próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça/pinga, vodca, vodca-ice, uísque, etc. A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos</i> Caso você não se recorde, marque a opção “Ignorado”		Código da Variável (não preencher)
34. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?	1. () Sim 2. () Não	34.Alc_____
35. Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)	1. () Sim 2. () Não 88. () Nunca experimentei bebidas alcólicas 99. () Ignorado	35.Uav_____
36. Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque,etc)	_____ anos 88. () Nunca experimentei bebidas alcólicas 99. () Ignorado	36.Iua_____
37. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)	_____ dias 00. () Não ingeri bebidas alcólicas nos últimos 30 dias 88. () Nunca experimentei bebidas alcólicas 99. () Ignorado	37. Dba_____
38. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantas vezes você se embriagou?	_____ vezes 00. () Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias 88. () Nunca experimentei bebidas alcólicas 99. () Ignorado	38.Uea_____
39. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida que tomou?	1. () Comprei no mercado, loja, bar ou supermercado	39.Obt_____

	<p>2. () Comprei de um vendedor de rua</p> <p>3. () Dei dinheiro a alguém que comprou para mim</p> <p>4. () Consegui com meus amigos</p> <p>5. () Consegui em casa</p> <p>() Consegui em uma festa</p> <p>6. () Consegui de outro modo</p> <p>00. () Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias (0 dia)</p> <p>88. () Nunca experimentei bebidas alcólicas</p> <p>99. () Ignorado</p>	
<p>40. Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)?</p>	<p>1. () Nenhuma vez na vida</p> <p>2. () 1 ou 2 vezes na vida</p> <p>3. () 3 a 5 vezes na vida</p> <p>4. () 6 a 9 vezes na vida</p> <p>5. () 10 ou mais vezes na vida</p> <p>6. () Todas as vezes que bebo bebidas alcólicas</p> <p>88. () Nunca experimentei bebidas alcólicas</p> <p>99. () Ignorado</p>	40. EmV_____
<p><i>As próximas perguntas se referem ao uso de drogas ilícitas</i></p>		
<p>41. Alguma vez na vida, você usou alguma droga, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc?</p>	<p>1. () Sim</p> <p>2. () Não</p>	41.DrI_____
<p>42. Que idade você tinha quando usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy ou outra pela primeira vez?</p>	<p>_____ anos</p> <p>88. () Nunca experimentei drogas ilícitas</p> <p>99. () Ignorado</p>	42.Iud_____
<p>43. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc?</p>	<p>_____ dias</p> <p>00. () Não utilizei drogas ilícitas nos últimos 30 dias</p> <p>88. () Nunca experimentei drogas ilícitas</p> <p>99. () Ignorado</p>	43.Dud_____
<p>44. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?</p>	<p>_____ dias</p> <p>00. () Não utilizei maconha nos últimos 30 dias</p> <p>88. () Nunca experimentei drogas ilícitas</p> <p>99. () Ignorado</p>	44. Dum_____

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA		Código da Variável (não preencher)
<i>Nas próximas questões você responderá sobre sua saúde sexual e saúde reprodutiva. Caso você não se recorde da resposta, marque a opção "Ignorado"</i>		
45. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?	1. () Sim 2. () Não	45. Res_____
46. Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?	_____ anos de idade 88. () Nunca tive relação sexual	46. Ivs_____
47. Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?	_____ pessoas 88. () Nunca tive relação sexual 99. () Ignorado	47.Psv_____
48. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve relações sexuais (transou)?	1. () Sim 2. () Não 88. () Nunca tive relação sexual 99. () Ignorado	48.Rsa_____
49. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usou algum método para evitar a gravidez e/ou Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei 88. () Nunca tive relação sexual 99. () Ignorado	49.Dst_____
50. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?	1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei 88. () Nunca tive relação sexual 99. () Ignorado	50.Cam_____
51. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usou algum outro método para evitar a gravidez (Não contar camisinha)?	1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei 88. () Nunca tive relação sexual 99. () Ignorado	51. Mcg_____
52. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?	1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei 99. () Ignorado	52.Opg_____
53. Na escola, você já recebeu orientação sobre Aids ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST)?	1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei 99. () Ignorado	53.Ods_____
54. Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha (preservativo) gratuitamente?	1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei 99. () Ignorado	54.Orc_____
55. Você já teve relação sexual quando estava bêbado (a) ou após ter consumido alguma droga?	1. () Sim 2. () Não 99. () Ignorado	55. Rsd_____

SAÚDE MENTAL E SITUAÇÕES NA ESCOLA		Código da Variável (não preencher)
<i>As questões a seguir se referem aos seus sentimentos</i>		
Caso a situação colocada na questão não tenha acontecido com você, marque a opção “Não se aplica”; caso não se recorde da resposta, marque a opção “Ignorado”		
56. Durante os últimos 12 meses com que frequência tem se sentido sozinho(a)?	1. () Nunca 2. () Raramente 3. () Às vezes 4. () Na maioria das vezes 5. () Sempre	56.Soz_____
57. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu dormir à noite porque algo o(a) preocupava muito?	1. () Nunca 2. () Raramente 3. () Às vezes 4. () Na maioria das vezes 5. () Sempre	57.Prs_____
58. Quantos amigos ou amigas próximos você tem?	_____ amigos	58.Ami_____
59. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos contigo?	1. () Nunca 2. () Raramente 3. () Às vezes 4. () Na maioria das vezes 5. () Sempre	59.Rel_____
60. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?	1. () Nunca 2. () Raramente 3. () Às vezes 4. () Na maioria das vezes 5. () Sempre 88. () Não se aplica	60.Bul_____
61. NOS ÚLTIMOS 30 dias, qual o motivo/causa de seus colegas terem te esculachado, zombado, zoadado, caçoado, mangado, intimidado ou humilhado?	1. () A minha cor ou raça 2. () A minha religião 3. () A aparência do meu rosto 4. () A aparência do meu corpo 5. () A minha condição sexual 6. () A minha região de origem 7. () Outros motivos/causas. Especificar _____ 88. () Não se aplica	61. Mot_____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Página 1/2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa *O EFEITO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO*. Esta pesquisa é da responsabilidade da Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva. Vou repassar alguns dados que podem te ajudar a me encontrar caso tenha alguma dúvida. O endereço é Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901. Caso precise entrar em contato comigo e preferir usar o telefone (inclusive para ligações a cobrar), meu número é (81) 99910-8268. Outra forma de me contactar é por email: analuzia_medeiros@hotmail.com. Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Terciene Maria Lima da Silva, telefone para contato: (81) 99569-8859 e Rayanne Caroline de Lima Melo, telefone para contato (81) 99693-1110. O estudo está sob a orientação de: Iracema da Silva Frazão, Telefone: (81) 2126-8566, e-mail isfrazao@gmail.com. Caso este documento contenha alguma informação que não ficou muito clara para você, as dúvidas podem ser tiradas com a pesquisadora responsável e, apenas quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o (a) voluntário (a) que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

De que se trata essa pesquisa? É um ensaio clínico, com o objetivo de avaliar o efeito de intervenções educativas em saúde sobre o padrão de consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio. Será direcionada a todos os alunos independentemente de ser ou não usuário de tais substâncias. Esta pesquisa será realizada durante todo o ano letivo de 2016. No início, será aplicado um questionário, autorrespondido, para avaliar o padrão de consumo de substâncias psicoativas. Também iremos coletar informações socioeconômicas e referentes ao desempenho escolar de seu filho ou do adolescente sob sua responsabilidade. Depois disso, durante 4 meses, iremos realizar atividades de promoção da saúde, incluindo temas voltados para prevenção do uso de drogas e outros assuntos de interesse dos adolescentes da escola. Existe a possibilidade de seu filho ou adolescente sob sua responsabilidade não participar dessas atividades ao mesmo tempo que os outros, mas não se preocupe, iremos repeti-las ao final da pesquisa para aqueles que não participaram no primeiro momento. Todos esses procedimentos serão realizados na escola o adolescente não vai precisar se deslocar. Além disso, faremos em horário oportuno para não gerar prejuízo no comparecimento às aulas nem no desempenho escolar.

(continua)

Os riscos gerados pela participação na pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a algum desconforto no momento da coleta de dados. A participação nas atividades não é obrigatória. Com relação aos benefícios diretos, os adolescentes terão a oportunidade de aprender um pouco mais sobre a sua saúde, dispor de um espaço para tirar dúvidas em relação ao uso de drogas ou outras temáticas de seu interesse. Indiretamente, os benefícios gerados se referem a contribuição científica para que outros adolescentes se beneficiem das mesmas estratégias, caso seja comprovado seu efeito positivo.

É importante lembrar que todas as informações colhidas nessa pesquisa são confidenciais, ou seja, ninguém, além da equipe de pesquisa, terá acesso a elas. Essas informações só serão divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários e imagens) ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos e, após esse período, serão deletados e incinerados.

O senhor (a) não pagará nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a participação do adolescente serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo *O EFEITO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO*, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Recife, ____/____/2016

Impressão
digital

Assinatura do (da) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Página 1/3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Adolescentes com 12 anos completos, maiores de 12 anos e menores de 18 anos)

OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 12 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convido você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: *EFEITO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO*. Esta pesquisa é da responsabilidade da Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva. Vou repassar alguns dados que podem te ajudar a me encontrar caso tenha alguma dúvida. O endereço é Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901. Caso precise entrar em contato comigo e preferir usar o telefone (inclusive para ligações a cobrar e mensagens via Whatsapp), meu número é (81) 99910-8268. Outra forma de me contactar é por email: analuzia_medeiros@hotmail.com. Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Terciene Maria Lima da Silva, telefone para contato: (81) 99569-8859 e Rayanne Caroline de Lima Melo, telefone para contato (81) 99693-1110. O estudo está sob a orientação de: Iracema da Silva Frazão, Telefone: (81) 2126-8566, e-mail isfrazao@gmail.com. Caso este documento contenha alguma informação que não ficou muito clara para você, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, peço que rubriche as folhas e assine ao final deste documento. Vou te entregar duas vias, uma fica com você e deverá ser entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará comigo. Você poderá tirar qualquer dúvida e estará livre para decidir se quer participar ou não. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

De que se trata essa pesquisa? É um ensaio clínico, com o objetivo de avaliar o efeito de intervenções educativas em saúde sobre o padrão de consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio.

(continua)

Esta pesquisa será realizada durante todo o ano letivo de 2016. No início, será aplicado um questionário, autorrespondido, para avaliar o padrão de consumo de substâncias psicoativas. Também iremos coletar informações socioeconômicas e referentes ao seu desempenho escolar.

Depois disso, durante 4 meses, iremos realizar atividades de promoção da saúde, incluindo temas voltados para prevenção do uso de drogas e outros assuntos de interesse dos adolescentes da sua escola. Existe a possibilidade de você não participar dessas atividades ao mesmo tempo que os outros, mas não se preocupe, iremos repeti-las ao final da pesquisa para aqueles que não participaram no primeiro momento. Todos esses procedimentos serão realizados na escola e você não vai precisar se deslocar. Além disso, faremos em horário oportuno para não gerar prejuízo no comparecimento às aulas nem no desempenho escolar.

Os riscos que você corre ao participar desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a algum desconforto no momento da coleta de dados. A participação nas atividades não é obrigatória, mas gostaríamos que você participasse. Com relação aos benefícios diretos, você vai ter a oportunidade de aprender um pouco mais sobre a sua saúde, dispor de um espaço para tirar dúvidas em relação ao uso de drogas ou outras temáticas de seu interesse. Indiretamente, você estará contribuindo para que outros adolescentes se beneficiem das mesmas estratégias, caso seja comprovado seu efeito positivo.

É importante lembrar que todas as informações colhidas nessa pesquisa são confidenciais, ou seja, ninguém, além da equipe de pesquisa, terá acesso a elas. Essas informações só serão divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários e imagens) ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos e, após esse período, serão deletados e incinerados.

Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura da Pesquisadora

ASSENTIMENTO DO (DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO
VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, portador (a)
do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo

(Continua)

em participar do estudo *O EFEITO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO*, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precisem pagar nada.

Recife, ____/____/2016

Assinatura do (da) aluno:

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA APLICAÇÃO DO DUSI

Check List para Aplicação do DUSI

Passo a Passo – M0	✓
1. Apresentação: nome, instituição, curso de graduação. Se colocar à disposição para eventuais dúvidas.	
2. Solicitar os TCLEs e TALEs assinados. Conferir. Entregar a 2ª via.	
3. Aqueles que apresentarem consentimento serão instruídos a permanecerem no local de coleta para dar início. Os que não participarão, serão convidados a realizarem outra atividade sugerida pela escola.	
4. Avisar que os alunos poderão utilizar o tempo necessário para o preenchimento do questionário.	
5. Serão oferecidos lápis com borracha para preenchimento dos questionários que deverão ser recolhidos ao final da coleta. Serão também disponibilizados apontadores.	
6. Reforçar sobre a importância do preenchimento completo do questionário bem como da veracidade das respostas.	
7. Após a entrega do questionário, as dúvidas que serão esclarecidas só serão referentes a significados de vocábulos e expressões, não podendo a pergunta ser reelaborada. Além disso, a orientação será feita próximo ao aluno, direcionada exclusivamente ao mesmo, a fim de evitar o constrangimento.	
8. Ao receber o questionário ao final, conferir se o campo NOME está preenchido e organizar os instrumentos junto aos TCLEs e TALEs correspondentes.	
9. Observar se há alguma questão em branco e se essa é de preenchimento obrigatório.	
10. Agradecer a participação.	
11. Reforçar que eles preencherão novamente a Parte II do questionário ao final do ano.	
12. Informar sobre a possível participação em atividades sobre as temáticas abordadas no questionário.	
Passo a Passo – M2	✓
1. Apresentação: nome, instituição, curso de graduação. Se colocar à disposição para eventuais dúvidas.	
2. Avisar que os alunos poderão utilizar o tempo necessário para o preenchimento do questionário.	
3. Serão oferecidos lápis com borracha para preenchimento dos questionários que deverão ser recolhidos ao final da coleta. Serão também disponibilizados apontadores.	
4. Reforçar sobre a importância do preenchimento completo do questionário bem como da veracidade das respostas.	
5. Após a entrega do questionário, as dúvidas que serão esclarecidas só serão referentes a significados de vocábulos e expressões, não podendo a pergunta ser reelaborada. Além disso, a orientação será feita próximo ao	

aluno, direcionada exclusivamente ao mesmo, a fim de evitar o constrangimento.	
6. Observar se há alguma questão em branco e se essa é de preenchimento obrigatório.	
7. Agradecer a participação.	

**APÊNDICE E - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DAS
OFICINAS DE TRABALHO**

OFICINA 1			
Adolescência: como estou me colocando no mundo?			
Duração: 50 minutos		Número de participantes: 12 a 15	
Objetivo: Favorecer a reflexão sobre as atitudes dos adolescentes nos diferentes relacionamentos			
Etapa	Duração	Estratégia	Principais pontos abordados do DUSI
Aquecimento	10 minutos	<i>Dinâmica de apresentação.</i> Os participantes serão convidados a confeccionarem crachás de identificação, de forma livre, para ser utilizado em todos os encontros. Posteriormente, dispostos em círculo, cada participante irá receber um rolo de barbante e deverá cortar um pedaço que lhe convir. Logo após, eles serão instruídos a enrolarem o barbante no dedo indicador até o fim enquanto falam sobre si, se apresentando para o grupo. Será criado um “contrato de convivência”, a partir das sugestões do grupo, com garantia de sigilo das informações ali exploradas além do poder de fala e participação igual para todos os integrantes do grupo como requisitos mínimos da pactuação.	---
Reflexão individual	10 minutos	Os participantes receberão folhas de papel onde deverão, em um lado responder a seguinte questão: “ <i>Como eu me vejo?</i> ”; do outro lado, deverão responder a outro questionamento: “ <i>Como acho que os outros me vêem?</i> ”. O objetivo é fazer com que os participantes explorem a percepção que tem de si e como eles se expressam diante das outras pessoas. Ao final de 10 minutos, aqueles que se sentirem à vontade para compartilhar suas respostas poderão fazê-lo.	- Traços da personalidade, comportamento e humor - Impressão transmitida aos outros sobre sua personalidade
Reflexão grupal	10-15 minutos	<i>Dinâmica dar e receber.</i> Os participantes, de pé e dispostos em círculo, deverão dispor as mãos de forma que a palma da mão direita fique para cima e a esquerda para baixo. Cada participante será convidado a “dar” algo para o outro, pode ser uma palavra, uma música, uma frase, um sentimento. Assim, as mãos deverão se tocar e o círculo se fechará com todos de mãos dadas, reforçando a ideia de cooperação para união. A mão direita deverá “receber” e a esquerda irá “dar”.	- Relacionamento com os pares
Síntese	15 minutos	Será colocada como som ambiente a música “Pais e Filhos” do grupo Legião Urbana e será pedido que os participantes escutem silenciosamente e reflitam. Logo após, será levantado o seguinte questionamento para discussão do grupo:	- Relacionamento familiar - Relacionamento com os pares

		Como as relações entre as pessoas em as quais convivo podem influenciar no uso de drogas? Para nortear a discussão, podem ser listados aspectos negativos e positivos em um painel.	
--	--	---	--

OFICINA 2			
Como anda minha saúde?			
Duração: 50 minutos		Número de participantes: 12 a 15	
Objetivos: Identificar as fragilidades de autocuidado dos participantes em relação à sua saúde; promover o desenvolvimento de estratégias para melhoria do cuidado com a saúde.			
Etapa	Duração	Estratégia	Principais pontos abordados do DUSI
Aquecimento	10 minutos	Os participantes serão convidados a participarem de uma técnica de aquecimento de acordo com a orientação do coordenador. Cada um receberá uma bexiga e um pedaço de barbante. Eles deverão encher o balão e amarrar em seu calcanhar. Ao sinal do coordenador, os participantes deverão tentar estourar o balão do outro e, ao mesmo tempo proteger o seu. A dinâmica segue até que todos tenham seus balões estourados.	---
Reflexão individual	10 minutos	Dinâmica “Conversando com meu corpo”. O grupo espalhado pela sala, deitado, relaxando o corpo no chão, com olhos fechados, em silêncio, ouvindo música ambiente. O coordenador nomeia cada parte do corpo, da cabeça aos pés, e os participantes devem senti-los, identificando a parte que mais gosta e a que menos gosta e, mentalmente, enviar uma mensagem positiva a essas partes. Lentamente, começar a movimentar-se, até espreguiçar. Os participantes deverão abrir os olhos e sentar em círculo. Logo após, compartilhar com o grupo os sentimentos vividos a partir das seguintes perguntas: - Como cada um está se sentindo? - Qual o sentimento mais forte que você vivenciou durante a dinâmica? - O que lhe chamou a atenção sobre si mesmo? - O que estou fazendo para cuidar do meu corpo?	- Promoção da saúde: atividades de autocuidado, lazer e atividade física

Reflexão grupal	15 minutos	Em um papel grande, será desenhado a silhueta de um corpo humano. O grupo será convidado a identificar, da cabeça aos pés, os principais agravos que acometem a saúde do adolescente e onde e como as drogas podem interferir no corpo. Estes deverão ser escritos nos locais correspondentes.	- Aspectos psicobiológicos da saúde (alterações corporais, mudanças de humor, comportamento e percepção, alteração no padrão de repouso)
Síntese	15 minutos	Após as atividades, o grupo será convidado a criar um painel contendo informações para cuidados com a saúde, considerando o que foi identificado nos momentos anteriores, a fim de traçar estratégias de autocuidado. Além disso, deverão enfatizar como as drogas podem ser prejudiciais à saúde. Esse material poderá ser aperfeiçoado e ser exposto para os outros alunos da escola.	- Aspectos psicobiológicos da saúde (alterações corporais, mudanças de humor, comportamento e percepção, alteração no padrão de repouso)

OFICINA 3

Somos quem podemos ser. Sonhos que podemos ter.

Duração: 50 minutos

Número de participantes: 12 a 15

Objetivo: Favorecer a reflexão acerca das expectativas para o futuro no mercado de trabalho e a função da escola nesse processo.

Etapa	Duração	Estratégia	Principais pontos abordados do DUSI
Aquecimento	10 minutos	Será realizada a dinâmica “Formar palavras”. O grupo será dividido em duas equipes e cada uma receberá letras cortadas e os grupos, simultaneamente, deverão formar o maior número de palavras possíveis. As letras entregues formarão, minimamente, as seguintes palavras: <i>ESCOLA – FUTURO – SONHO – TRABALHO</i> A equipe que formar mais palavras, será a vencedora e ganhará um brinde.	---
Reflexão individual	10 minutos	Os participantes serão convidados a ouvir a música “Química” do grupo Legião Urbana. Eles receberão a letra da música e deverão interpretar o sentido e responder as seguintes questões: - <i>Quando era criança, o que eu queria ser quando crescesse?</i> - <i>Hoje, o que eu quero ser?</i>	- Importância da escola na formação do indivíduo - Aspectos relevantes do ambiente escolar - Importância do trabalho na vida do cidadão

Reflexão grupal	10-15 minutos	Será pedido para o grupo desenhar a escola em um papel grande, de forma que todos possam visualizar, com o máximo de detalhes que conseguirem, incluindo aspectos externos a ela e que podem exercer influência na mesma. Logo após, deverão incluir na figura elementos (gráficos ou escritos) de acordo com os seguintes questionamentos: - <i>O que eu gosto na escola?</i> - <i>O que eu gostaria de mudar na escola?</i> - <i>Como eu posso promover essa mudança?</i>	- Aspectos relevantes do ambiente escolar
Síntese	15 minutos	O grupo deverá elaborar um painel de como a escola pode influenciar nas suas decisões de vida. Podem ser feitas colagens, frases, músicas, poemas.	- Importância da escola na formação do indivíduo - Aspectos relevantes do ambiente escolar

OFICINA 4***Vamos falar sobre drogas?*****Duração:** 50 minutos**Número de participantes:** 12 a 15

Objetivo: Identificar o conhecimento dos integrantes do grupo sobre a questão das drogas; construir material informativo sobre drogas.

Etapas	Duração	Estratégia	Principais pontos abordados do DUSI
Aquecimento	10 minutos	Os participantes deverão ficar de pé, espalhado pela sala e se movimentar de acordo com a música do ambiente. Deverão realizar movimentos que explorem todo o corpo e de acordo com o ritmo. Solicitar que continuem dançando só que em duplas, de braços dados, ao comando do coordenador. Após um tempo, uma dupla se juntará a outra dupla e assim sucessivamente até que todo o grupo esteja dançando em conjunto.	---
Reflexão individual	10 minutos	Será pedido aos participantes que façam uma colagem a partir de gravuras e notícias (revistas, jornais) que representem o que eles acham sobre a temática das drogas (conceitos, representações, malefícios). Após a finalização, os trabalhos serão expostos para o grande grupo.	- Consequências psicobiológicas do uso de drogas - Consequências sociais do uso de drogas

Reflexão grupal	10-15 minutos	<p>Nesse momento, os participantes serão divididos em dois grupos e estes irão competir em um jogo de perguntas e respostas sobre drogas. Em filas, a uma certa distância do coordenador do grupo, assim que a pergunta for lida, será dado um sinal sonoro que indicará que, quem souber da resposta irá correr em direção do coordenador. Quem chegar primeiro terá a oportunidade de responder. Caso erre, a vez de resposta será concedida ao outro participante. Caso não haja acerto, o coordenador do grupo dará a resposta certa. Em caso de acerto, informações complementares serão fornecidas. Cada resposta certa somará um ponto para a equipe. A equipe vencedora receberá um brinde. A perguntas serão as seguintes:</p> <p>- <u>Como podemos classificar as drogas (tipos)?</u> R. Lícitas e Ilícitas. <i>Informação complementar: especificar que as lícitas são de comercialização regulamentada e as ilícitas são as “proibidas” de comercialização. Destacar que a venda para menores de 18 anos é crime.</i></p> <p>- <u>Cite pelo menos 5 drogas que você conhece.</u> R. as principais: álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, medicamentos controlados, anabolizantes, energético + álcool, heroína, ecstasy. <i>Informação complementar: destacar que o energético + álcool vem sendo apontada como uma mistura potencialmente perigosa e mais danosa ao organismo.</i></p> <p>- <u>Quais os maiores prejuízos que as drogas lícitas podem causar?</u> R. podem ser citados problemas psicobiológicos (alterações hepáticas, dependência, transtornos mentais) e sociais (acidentes, eventos violentos, desestruturação das relações familiares, afetivas e sociais). <i>Informações adicionais: destacar a importância das repercussões sociais, caso não sejam citadas, relacionar com baixo desempenho escolar, problemas no trabalho.</i></p> <p>- <u>Quais os maiores prejuízos que as drogas ilícitas podem causar?</u> R. dependência, envolvimento em atividades ilegais, problemas biológicos.</p>	<p>- Consequências psicobiológicas do uso de drogas</p> <p>- Consequências sociais do uso de drogas</p>
-----------------	---------------	--	---

		<p><i>Informações adicionais: destacar a importância das repercussões sociais, caso não sejam citadas, relacionar com baixo desempenho escolar, problemas no trabalho.</i></p> <p><u>- Como podemos diminuir os prejuízos causados pelo uso de drogas?</u> R. deixar que a aceitação da resposta como certa ou errada parta do próprio grupo.</p>	
Síntese	15 minutos	<p>O grupo deverá confeccionar um material informativo sobre drogas abordando seus diversos aspectos (tipos, repercussões na saúde, relacionamentos, escola, trabalho e sociedade, e formas de prevenção do uso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consequências psicobiológicas do uso de drogas - Consequências sociais do uso de drogas

APÊNDICE F – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO- UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva, o acesso aos dados da pesquisa intitulada “Consumo de Substâncias Psicoativas e Rendimento escolar: perfil de adolescentes do Ensino Médio” para serem utilizados na pesquisa “Efeitos de oficinas educativas no consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio”, que está sob a orientação da Profª Iracema da Silva Frazão. Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Chefia do Departamento de Enfermagem – CCS/UFPE

Profª Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

 Chefe do Departamento de Enfermagem
CCS/UFPE - SIAPE: 1153766

APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: **EFEITO DE OFICINAS EDUCATIVAS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO**

Pesquisador responsável: Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Departamento de Enfermagem - UFPE

Telefone para contato: (81) 99910-8268

E-mail: anacruzia_medeiros@hotmail.com

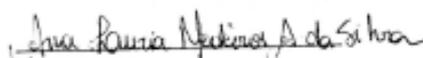
O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados (informações de prontuários, fichas, etc e/ou materiais biológicos) serão estudados;
- Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O pesquisador declara que os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Orientador, no endereço Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901 pelo período de mínimo 5 anos.

O Pesquisador declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 05 de setembro de 2016


Assinatura Pesquisador Responsável

Parte II - Por favor, responda todas as questões seguintes. Se alguma questão não se aplicar exatamente, responda considerando o que ocorre com maior frequência (Sim ou Não). Responda as questões considerando o que ocorreu com você NOS ÚLTIMOS 12 MESES. Caso alguma questão não se aplique a você, responda "Não".

Área I	Sim	Não
1. Alguma vez você sentiu "fissura" ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa de do seu uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (por exemplo: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você gosta de "brincadeiras" que envolvem bebidas "quando vai a festas" (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Alguma vez você já disse uma mentira?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área I Número de respostas afirmativas

Área II	Sim	Não
1. Você briga muito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você se acha melhor que os outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você grita muito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você é teimoso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Você é desconfiado em relação a outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você xinga ou fala muitos palavrões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Você provoca muito as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você tem um temperamento difícil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você é muito tímido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você ameaça ferir as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você fala mais alto que os outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você se chateia (ou se aborrece) facilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você faz muitas coisas sem antes pensar nas consequências?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Se você puder você tira vantagem das pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Geralmente você se sente irritado ou bravo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Você gasta a maior parte do seu tempo livre, sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Você costuma se isolar dos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Você é muito sensível a críticas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sua maneira de comer é melhor no restaurante do que em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área II Número de respostas afirmativas

Área III	Sim	Não
1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você tem problemas com o seu sono (dorme demais ou muito pouco)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4 kg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você tem menos energia do que acha que deveria ter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com seus órgãos sexuais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava com drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Alguma vez a parte branca de seus olhos ficou amarela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você às vezes sente vontade de xingar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área III Número de respostas afirmativas

Área IV	Sim	Não
1. Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você roubou coisas em mais de uma ocasião?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você costuma fazer movimentos irrequietos com as mãos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Você é agitado e não consegue sentar quieto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Você fica frustrado facilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você tem problemas em se concentrar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você se sente triste muitas vezes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você rói unhas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você tem problemas durante o sono (pesadelos, sonambulismo, etc)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você é nervoso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você se sente facilmente amedrontado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você se preocupa demais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. As pessoas olham com estranheza para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Frequentemente você sente vontade de chorar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Você tem tanta energia que você não sabe o que fazer com você mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Alguma vez você se sentiu tentado a roubar alguma coisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área IV Número de respostas afirmativas

Área V	Sim	Não
1. Você acha que os jovens de sua idade não gostam de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Em geral, você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. É difícil fazer amizades num grupo novo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. As pessoas tiram vantagens de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você tem medo de lutar pelos seus direitos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você tem dificuldades em defender suas opiniões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você tem dificuldade em dizer "não" para as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. O seu humor as vezes muda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área V Número de respostas afirmativas

Área VI	Sim	Não
1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) usou maconha ou cocaína no último ano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Algum membro de sua família foi preso no último ano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você tem tido discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você se sente em perigo em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você as vezes fica bravo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área VI Número de respostas afirmativas

Área VII	Sim	Não
1. Você gosta da escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Suas notas são abaixo da média?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você "cabula" aulas mais do que dois dias por mês?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você falta muito à escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Frequentemente, você se sente sonolento nas aulas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Frequentemente, você chega atrasado para a aula?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Neste ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você se irrita facilmente ou se chateia quando está na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Você fica entediado na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você se sente em perigo na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você já repetiu de ano alguma vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extracurriculares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Alguma vez você teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Alguma vez você foi suspenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Você às vezes adia coisas que você precisa fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área VII Número de respostas afirmativas

Área VIII	Sim	Não
1. Alguma vez você teve um trabalho remunerado do qual foi despedido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguma vez você parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você precisa de ajuda dos outros para procurar emprego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Frequentemente, você falta ou chega atrasado no trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Alguma vez, você ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Alguma vez você consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Alguma vez você foi demitido de um emprego por causa de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você trabalha principalmente porque isto permite ter dinheiro para comprar drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você fica mais feliz quando você ganha do que quando você perde um jogo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área VIII Número de respostas afirmativas

Área IX	Sim	Não
1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Algum de seus amigos "cola" nas provas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você acha que seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Algum dos seus amigos teve problemas com a lei nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A maioria dos seus amigos é mais velho do que você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

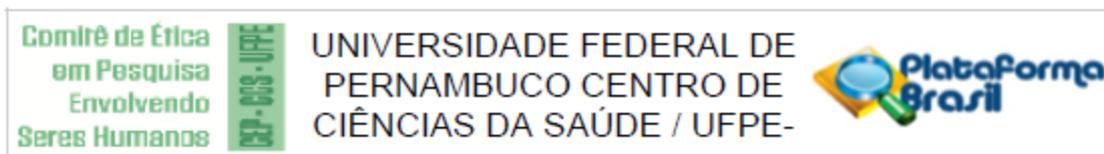
7. Seus amigos costumam faltar muito na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você pertence a alguma "gang"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Atualmente, você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você sente que não tem nenhum amigo para quem possa fazer confidências?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Alguma vez você foi convencido a fazer alguma coisa que você não queria fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área IX Número de respostas afirmativas

Área X	Sim	Não
1. Comparado com a maioria dos jovens, você faz menos esportes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Durante a semana, você normalmente sai à noite para se divertir, sem permissão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Num dia comum, você assiste mais do que duas horas de televisão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você exercita-se menos do que a maioria dos jovens que você conhece?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nas suas férias livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Comparado a maioria dos jovens você se envolve menos em "hobbies" ou outras atividades de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você alguma vez comprou alguma coisa que você não precisava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área X Número de respostas afirmativas

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DE OFICINAS EDUCATIVAS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO

Pesquisador: Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60159316.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.898.813

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese, sob a responsabilidade de Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva, sob a orientação da professora Dra. Iracema da Silva Frazão do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Participam da equipe de pesquisa: Natália Andrade Martins, Barbara Leticia Cruz dos Santos, Elisete Maria Umbelino Alves Silva, Elyse Choisy Vieira Brito de Oliveira. Estudo quase experimental, a ser realizado com estudantes matriculados no 1º e 2º ano do ensino médio das Escolas Estaduais de Referência em Ensino Médio Martins Júnior e Diário de Pernambuco. Os estudantes serão alocados em dois grupos, a saber: grupo controle e grupo intervenção. A intervenção proposta consiste na execução de quatro oficinas sobre os temas: adolescência, saúde, expectativas para o futuro e drogas. Para a coleta dos dados, serão utilizados dois instrumentos. O

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

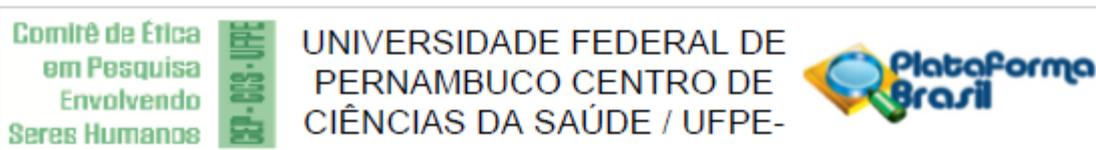
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.898.813

ou do
adolescente sob sua responsabilidade"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pendências apresentadas foram acatadas e corrigidas a contento.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br