



**REDE NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



RENATA LUZIA CAVALCANTE COSTA

**PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA – UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA INTEGRANDO UNIDADE DE SAÚDE E ESCOLA**

FORTALEZA

2014

RENATA LUZIA CAVALCANTE COSTA

PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA – UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA INTEGRANDO UNIDADE DE SAÚDE E ESCOLA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira

Área de concentração: Ciências da Saúde

FORTALEZA
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

C87p

Costa, Renata Luzia Cavalcante.

Prevenção do uso de drogas na adolescência: uma intervenção educativa integrando unidade de saúde e escola / Renata Luzia Cavalcante Costa. – 2014.

153 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

1. Adolescente. 2. Educação em Saúde. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 616.86

RENATA LUZIA CAVALCANTE COSTA

PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA – UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA INTEGRANDO UNIDADE DE SAÚDE E ESCOLA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Aprovada em: 09 / 04 / 2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
RENASF/ Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Membro efetivo)
Universidade Regional do Cariri - URCA

Profa. Dra. Luciane Alves de Oliveira (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aos meus amados pais Luis e Graça, por todo amor e por serem os responsáveis pela minha formação.

Ao amor da minha vida Delan, pelo seu companheirismo, dedicação e amor.

Ao meu filho amado, Miguel, que me tem feito vivenciar os momentos mais felizes de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelas oportunidades que Ele sempre me apresenta para crescer pessoal e profissionalmente.

Aos meus pais, meus maiores incentivadores, os primeiros a motivarem e acreditarem na minha capacidade. Agradeço eternamente por cada sacrifício durante todos esses anos da minha vida, por estarem comigo e me darem a mão sempre. Amo vocês demais. Vocês são meus exemplos de pais, filhos, amigos, de humildade, perseverança, amor e dedicação.

Ao meu esposo amado, companheiro de todas as horas, que há 15 anos vem me apoiando na minha caminhada, o qual foi fundamental para conclusão do mestrado. Agradeço por sua paciência nos meus momentos de estresse, por seu amor ao nosso querido filho e por acreditar em mim e na minha capacidade.

Ao meu filhinho Miguel, por ter permitido o meu retorno precoce às atividades de mestranda, o que fez com que muitas mamadas fossem interrompidas por estar na faculdade ou em atividades do mestrado. Agradeço pelo dom divino de ter te trazido ao mundo e por ter convivido esses dois anos de sua vida simultâneos ao mestrado, momentos em que muitas vezes deixei um pouco de ser mãe para ser estudante. Agradeço pelas alegrias, por cada fase maravilhosa que vivemos ao seu lado. Você é um presente de Deus em nossas vidas. Agradeço por ser o meu motivador para eu querer ser sempre melhor, por ser essa criança tranquila, linda e inteligente.

Aos meus irmãos, Natália, Luis Júnior e Thiago, meus amigos, parceiros, confidentes, escolhidos por Deus para formamos nossa linda família.

Aos meus sobrinhos, em especial meu afilhado Luis Fernando, pelos momentos de felicidades, por aliviar tantos estresses, por tanto amor.

Aos meus padrinhos, João Hugo e Liduina que sempre exerceram muito bem as suas funções, muito presentes em minha vida e me apoiando em todos os momentos.

À minha orientadora, Neiva Francenely, profissional dedicada e muito competente, agradeço pela oportunidade de aprender tanto em um espaço de tempo tão curto. Agradeço por sua dedicação, mesmo tendo enfrentado momentos tão difíceis durante a realização deste mestrado.

Aos membros da banca: professora Fátima Antero, que contribuiu desde a qualificação; professora Luciane Alves e professora Fabiane Gubert, por terem aceitado

colaborar com nosso estudo na qualidade de participantes da banca de examinadores na defesa da dissertação.

À FIOCRUZ e UFC, pela oportunidade de fazer um curso de grande qualidade e que acrescentou conhecimentos importantíssimos à minha prática profissional.

Aos meus colegas de turma, pela rica troca de experiências, pela oportunidade de estabelecer laços de amizade que gostaria de levar para sempre.

Ao meu querido mestre Sérgio Luz, um grande profissional que me fez despertar o amor que hoje tenho pela Saúde Coletiva e pelo Sistema Único de Saúde. Agradeço pelo apoio e pelas contribuições no meu anteprojeto.

Aos profissionais da minha Unidade de Saúde que apoiaram e acreditaram nesse trabalho: Erick, Manuely, Jennifer, Ana Lúcia, Marlene e, em especial aos meus Agentes Comunitários de Saúde, pela ajuda nos registros fotográficos, filmagens e apoio logístico: Eliane, Jociene e Eveline.

À Agente Comunitária de Saúde Marilene, por sua dedicação e paciência, por ter sido peça-chave na assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido dos pais/responsáveis e pelas entrevistas destes últimos.

Aos Policiais Militares do PROERD, pela disponibilidade e competência em realizar as atividades do nosso estudo.

Aos professores Fernando Barbosa e João Batista, profissionais da Escola, que também colaboraram para o sucesso deste trabalho.

Aos adolescentes participantes, que compartilharam momentos tão especiais conosco, tendo a oportunidade das ações educativas que contribuíram para mudanças tão positivas.

Entrega o teu caminho ao Senhor, confia Nele
e Ele tudo fará.

Salmo 37:5

COSTA, R. L. C. **Prevenção do uso de drogas na adolescência – uma intervenção educativa integrando unidade de saúde e escola**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

RESUMO

Este estudo é resultado da experiência como membro da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da observação de escassas ações voltadas para prevenção de drogas. A adolescência é a fase dos 10 aos 19 anos, em que há o desenvolvimento biopsicossocial. No Brasil, há 21 milhões de adolescentes. O uso de drogas ainda tem enorme impacto no mundo. Cerca de 210 milhões de pessoas usam drogas ilícitas a cada ano. Os objetivos deste estudo foram verificar o resultado de intervenção educativa para prevenção de uso indevido de drogas entre adolescentes no ambiente escolar, identificar conhecimentos e comportamentos dos adolescentes em relação ao uso de álcool e outras drogas antes e após a intervenção educativa, descrever as opiniões de diretor, professor, pais e profissionais de saúde acerca da intervenção educativa sobre o uso indevido de drogas na escola e analisar variáveis do instrumento pré e pós-teste, de acordo com os resultados da intervenção. Consistiu em uma pesquisa de intervenção, com delineamento quase experimental e abordagem quanti-qualitativa. Os dados dos questionários foram tabulados no *Microsoft Excel* e exportados para o *software SPSS*. As análises consideraram uma confiança de 95% ($p < 0.05$). O método de análise de conteúdo foi utilizado para os dados qualitativos. Como resultados, obteve-se que a droga mais utilizada pelos adolescentes foi o álcool, seguida do tabaco. O uso de drogas ilícitas foi relatado pela minoria dos alunos. Percebeu-se facilidade de compra de bebida alcoólica por adolescentes e mudanças de comportamento destes. A escola demonstrou ser um espaço importante para realização de intervenção educativa com adolescentes. Tecnologias participativas promoveram melhor engajamento dos adolescentes nas atividades. Os profissionais facilitadores expressaram positivamente as atividades, integrando escola e serviços de saúde. Distintas estratégias de trabalho visando o mesmo resultado oportunizaram a avaliação das ações desenvolvidas e possibilitaram reflexões interessantes sobre a intervenção educativa, tanto acerca dos resultados como do trabalho em equipe. Conclui-se que este estudo de intervenção educativa demonstrou ser importante para os adolescentes, profissionais de saúde envolvidos, gestores da escola e para a ESF, fortalecendo as políticas públicas de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e Programa de Saúde na Escola (PSE), ambos importantes para o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Adolescente. Educação em Saúde. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Promoção da Saúde.

COSTA, R. L. C. **Prevention of drug use in adolescence – an educational intervention integrating health unit and school**, 2014. Dissertation (Master of Health Service Professionals) – Federal University of Ceará, Fortaleza, 2014.

ABSTRACT

This study is the result of the researcher's experiences as a member of the Family Health Strategy (ESF) and observations of the scarce actions regarding the prevention of drug use. Adolescence is the phase between 10 and 19 years of age, in which biopsychosocial development occurs. In Brazil alone there are 21 million adolescents. Drug use continues to have a great impact globally. Around 210 million people use illegal drugs each year. The objectives of this research were to verify the results of an educational intervention to prevent inappropriate drug use by students in the school environment, identify the adolescents' knowledge of and behavior towards alcohol and other drugs before and after the educational intervention, describe the opinions of the principal, teachers, parents and health professionals about the educational intervention regarding inappropriate drug use at school and analyze the variables of the instrument before and after the test, in accordance with the intervention results. This consisted of an intervention research, with a quasi-experimental outline and a quanti-qualitative approach. The data from the questionnaire was tabulated on Microsoft Excel and exported to SPSS software; the analysis considered a confidence of 95% ($p < 0.05$). The analysis method was used for the qualitative data. The results showed that alcohol is the drug most used by adolescents, followed by tobacco; illegal drug use was mentioned by a minority of students. The ease with which adolescents purchased alcohol was noted, as were the changes in their behavior. The school proved to be an important space for carrying out educational interventions with adolescents. Participative technologies promoted a greater engagement in the activities. The professionals acting as facilitators expressed positively the activities integrating the school and health services. Distinct working strategies aiming for the same result increased the opportunities to evaluate the actions that had been carried out and allowed interesting reflections about both the educational intervention and the results, such as team work. It was concluded that this study of an educational intervention was important for the adolescents, the health professionals involved, school administrators and the ESF, strengthening public policies for Health and Prevention in Schools (SPE) and the Health at School Program (PSE), both important for the Unitary Health System.

Key words: Adolescent. Health Education. Disorders Related to Substance Abuse. Health Promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa do Município de Fortaleza	34
Figura 2 - Secretaria Executiva Regional I.....	35
Fotografia 1 - Primeiro contato da pesquisadora com a turma escolhida.....	39
Fotografia 2 - Assinatura do Termo de Assentimento e Preenchimento do Questionário Inicial	40
Fotografia 3 - Jogo educativo confeccionado pela equipe do NASF.....	62
Fotografia 4 - Momentos da primeira oficina.....	65
Fotografia 5 - Momentos da 2º oficina.....	66
Fotografia 6 - Alguns momentos da 3º oficina	72
Fotografia 7 - Realização da dinâmica “Balão das expectativas ou dos desejos”	73
Fotografia 8 - Bandeira entregue aos adolescentes para construção da equipe.....	74
Fotografia 9 - Alguns momentos da quarta oficina.....	75
Fotografia 10 - Bandeiras construídas pelos adolescentes	75
Fotografia 11 - Bandeiras construídas pelos adolescentes	76
Fotografia 12 - Caixa de opiniões	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das quatro oficinas realizadas no Projeto de Intervenção	42
Quadro 2 - Pontuação a partir da posse de bens	54
Quadro 3 - Pontuação a partir do Grau de Instrução do chefe de família	54
Quadro 4 - Cortes do critério Brasil.....	55
Quadro 5 - Síntese dos comentários das perguntas e respostas do jogo educativo	63
Quadro 6 - Síntese de perguntas e respostas da oficina 2	67
Quadro 7 - Síntese da participação dos alunos na dinâmica	69
Quadro 8 - Síntese dos comentários da oficina 3	70
Quadro 9 - Síntese das expectativas dos adolescentes para o 4º momento	73
Quadro 10 - Síntese da utilização da Caixa pelos adolescentes	77
Quadro 11 - Avaliação dos alunos durante a primeira oficina	78
Quadro 12 - Síntese da avaliação do segundo encontro: palavras que mais se repetiram	79
Quadro 13 - Síntese da avaliação da terceira oficina.....	79
Quadro 14 - Síntese da avaliação do quarto encontro.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra de escolares adolescentes	47
Tabela 2 - Uso de drogas lícitas (álcool e cigarro) pelos adolescentes, avaliado pré e pós intervenção sobre uso de drogas	49
Tabela 3 - Uso de drogas ilícitas pelos adolescentes, avaliado pré e pós-intervenção sobre uso de drogas	51
Tabela 4 - Avaliação do grau de escolaridade do chefe da família e posse de bens da família dos adolescentes, pré e pós-intervenção sobre uso de drogas	53
Tabela 5 - Classificação das famílias dos adolescentes, avaliada pré e pós-intervenção sobre uso de drogas, pelo Critério de Classificação Econômica Brasil	56
Tabela 6 - Obtenção de informações sobre drogas pelos adolescentes, avaliada no pré e pós-intervenção sobre uso de drogas	57
Tabela 7 - Expectativas dos adolescentes com relação ao futuro	58
Tabela 8 - Recebimento de ajuda do governo pelas famílias e cumprimento de medida socioeducativa pelos adolescentes, avaliada pré e pós-intervenção sobre uso de drogas.	59
Tabela 9 - Situação conjugal dos pais dos adolescentes e o uso de drogas lícitas ou ilícitas pelos alunos, avaliada pós-intervenção sobre uso de drogas.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CE	Ceará
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PenSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Programa Nacional Antidrogas
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SER	Secretaria Executiva Regional
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNODC	<i>United Nations Office on Drug and Crime</i> / Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Apresentação do tema e objeto do estudo	15
1.2 Problema da pesquisa	16
2 OBJETIVOS	21
3 ESTADO DA QUESTÃO	22
3.1 Promoção da saúde dos adolescentes: políticas públicas	22
3.2 Educação em Saúde na prevenção de drogas	26
3.3 Ações de prevenção às drogas	28
4 METODOLOGIA	32
4.1 Caracterização do estudo	32
4.2 Ambiente do estudo	34
4.3 População e amostra	36
4.4 Procedimentos de coleta de dados e atividades de intervenção	37
<i>4.4.1 Fase 1 – Convite aos profissionais para participar das atividades e contato com a escola</i>	37
<i>4.4.2 Fase 2 – Convocação dos pais para apresentação da atividade e anuência</i>	38
<i>4.4.3 Fase 3 - Aplicação do instrumento diagnóstico</i>	39
<i>4.4.4 Fase 4 – Desenvolvimento das quatro oficinas</i>	40
4.5 Apresentação e análise dos dados	42
4.6 Considerações éticas e legais	44
5 RESULTADOS	46
5.1 Caracterização dos sujeitos da intervenção – os adolescentes	46
5.2 Intervenção educativa na prevenção de drogas na escola	60
<i>5.2.1 Integração unidade de saúde e escola</i>	60
<i>5.2.2.1 Atividades educativas sobre prevenção de drogas – “aprendendo mais”</i>	61
<i>5.2.2.2 Caixa de opiniões – Incentivando e ampliando a participação dos adolescentes</i>	76
<i>5.2.2.3 Avaliação das atividades pelos adolescentes</i>	77
5.3 A experiência dos profissionais na atividade educativa - A escola e os profissionais na prevenção das drogas	80
<i>5.3.1 Visão dos profissionais facilitadores na condução da atividade educativa</i>	80
5.4 O projeto de intervenção na visão dos profissionais da escola	84
5.5 As atividades da intervenção educativa na visão dos pais e/ou responsáveis	86
6 DISCUSSÃO	89
7 CONCLUSÕES	104
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	116
ANEXOS	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema e objeto do estudo

Durante a realização do curso de graduação em Odontologia, bolsista de um Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará, comecei a desenvolver ações de Educação em Saúde em duas escolas municipais de Fortaleza - CE. Cada vez mais encantada com a importância e o impacto das ações para os escolares, levei toda a minha experiência e motivação para o meu trabalho na Estratégia Saúde da Família – ESF, em que atuo desde o ano de 2006, como cirurgiã-dentista. Primeiramente no interior do Ceará e, a partir de 2008, em Fortaleza, tendo também a oportunidade de ampliar meus conhecimentos na área, por meio da prática profissional e de cursos de aperfeiçoamento e especialização.

Como dentista da ESF em Fortaleza, lotada no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães, da Secretaria Executiva Regional III – SER III, desenvolvia ações preventivas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD da mesma regional. Estas ocasiões me despertaram interesse em realizar uma intervenção na comunidade para prevenção de drogas, visto que presenciei nos grupos do referido centro problemas decorrentes do abuso de drogas, fossem estas lícitas ou ilícitas. Hoje, como gestora de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da SER I, despertou-me o desejo ainda maior de realizar um projeto com a temática prevenção de drogas no território da Unidade de Saúde que atuo, uma vez que nas vivências neste território, foi possível observar a problemática das drogas de maneira bastante preocupante.

Realizando também ações rotineiras nas escolas do território da minha prática como profissional da ESF, percebi que ações preventivas com a temática escolhida são acolhidas eficazmente nesse espaço social, podendo acarretar impactos positivos na saúde da população participante das ações.

A motivação para realização do trabalho com a temática prevenção de drogas e adolescentes deve-se, também, à observação de escassas iniciativas nesta área de ações voltadas para prevenção, a não ser trabalhos pontuais que estão mais associados ao voluntarismo de profissionais. Além disso, podem-se observar hoje muitos jovens dependentes químicos, o que gera crescente necessidade assistencial e de recuperação, gerando custos maiores com tratamento e reabilitação, enquanto as ações de promoção e

prevenção necessitam de custos bem inferiores e podem produzir resultados satisfatórios, especialmente para este público.

O interesse pessoal em realizar o projeto deveu-se ao fato de saber da existência de muitos usuários de drogas no município de Fortaleza, especialmente, no território da Unidade de Saúde em que atuo atualmente (afirmativa que se sustenta dos atendimentos e das vivências no território como gestora da ESF) e pela facilidade e afinidade em trabalhar com adolescentes.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), apresentados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a SER I dispõe de uma população de 397.975 habitantes, representando 15,88% da população total do município de Fortaleza. Desta população, 47,51% é do sexo masculino e 52,49% do sexo feminino. Com relação aos adolescentes, segundo a mesma fonte, tem-se uma população de 74.288 pessoas de 10 a 19 anos, o que corresponde a 18,66% da população da referida Secretaria Executiva Regional.

Deste modo, vivências com os adolescentes sobre a temática escolhida podem trazer resultados positivos, evitando o abuso de drogas. É importante ressaltar que um trabalho desta natureza é de grande relevância para a população, os profissionais de saúde e o fortalecimento das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, uma vez que vem atender uma demanda que requer ações intersetoriais, integrando a escola e unidade de saúde.

A realização deste estudo visou melhorar a saúde da nossa comunidade e, ao mesmo tempo, exercitar o trabalho interdisciplinar e intersetorial, intensificando, assim, a qualidade da atenção realizada. Assim, o objeto deste estudo é a prevenção de drogas em alunos adolescentes, por meio de ações de intervenção educativa em escola municipal de Fortaleza.

1.2 Problema da pesquisa

A ESF foi introduzida pelo Ministério da Saúde em 1994, fortalecendo e ampliando a atuação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O objetivo principal é a reorientação do modelo assistencial, organizado através de equipes multiprofissionais, as quais são responsáveis por um determinado número de famílias. A atenção passa a ser centrada na família e reafirma os princípios do SUS (BRASIL, 2001).

Dentre as competências da ESF, tem-se a participação e/ou desenvolvimento de ações de promoção de saúde nos territórios, em que sejam articulados e potencializados os diversos espaços e equipamentos comunitários, principalmente a escola. Além disso, as equipes de saúde da família devem realizar vigilância à saúde no desenvolvimento de adolescentes, identificando riscos e uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009c).

As ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, são prioridades da ESF, envolvendo a Educação em Saúde como aliada (BRASIL, 2000b). É de grande relevância o desenvolvimento de ações de promoção da saúde no território de atuação das equipes de Saúde da Família (SF), estabelecendo vínculos e contribuindo para o empoderamento das famílias.

Para colaborar e apoiar a ESF, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, pelo Ministério da Saúde, sendo constituídos por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em conjunto com os profissionais das equipes de SF. Assim, há apoio e compartilhamento das práticas em saúde nos territórios de responsabilidade destas equipes. A composição das equipes do núcleo de apoio deve ser definida de acordo com as necessidades locais e disponibilidade de profissionais, cabendo aos gestores municipais e às equipes de SF essa definição (BRASIL, 2009b).

É de responsabilidade das equipes de saúde da família acompanhar a população do território adscrito nos seus mais variados ciclos de vida, dentre estes os adolescentes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a fase que vai dos 10 aos 19 anos e é caracterizada pelo desenvolvimento de intensas mudanças, não somente biológicas, como também psicológicas e sociais (FORMIGLI *et al.*, 2000; CAVALCANTE *et al.*, 2008).

O Brasil possui, atualmente, 21 milhões de adolescentes. No estado do Ceará, a população de adolescentes é de 1.044.872, o que corresponde a 12,4% da população do estado (UNICEF, 2011). Em relação ao município de Fortaleza, têm-se 369.997 adolescentes, o que corresponde a aproximadamente 15% da população do referido município (IBGE, 2010).

A realização de ações educativas em saúde é eficaz para que temas interessantes aos adolescentes sejam debatidos. Os mecanismos utilizados nestas ações de Educação em Saúde podem favorecer o acréscimo de conhecimentos, atitudes e habilidades (BUSS, 1999). Assim, uma pesquisa de intervenção educativa com o tema drogas, voltado para o público adolescente, pode trazer novos conhecimentos e mudanças em atitudes e novas habilidades.

O papel dos pais neste momento de mudanças é fundamental, pois a convivência saudável em família facilita que os adolescentes passem por essa fase conturbada com mais tranquilidade. Portanto, profissionais de saúde precisam alertar aos pais sobre a importância dessa aproximação com os filhos (CAVALCANTE *et al.*, 2008).

Como política direcionada para prevenção do abuso de drogas, tem-se a Política Nacional Antidrogas – PNAD, determinada a partir do “I Fórum Nacional Antidrogas”, realizado em novembro de 1998, e tem como um dos seus pressupostos priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para sociedade (PNAD, 2001).

Em relação às políticas importantes para a saúde do adolescente, tem-se o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), e com relação às políticas públicas voltadas para prevenção de drogas na escola, pode-se citar o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE e o Programa Saúde na Escola – PSE.

Iniciativas para o combate ao uso indevido de drogas têm sido adotadas pela Polícia Militar do Ceará, que desenvolve ações de prevenção com a temática, por meio do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD). Tal projeto foi criado em Los Angeles, nos Estados Unidos, em 1983, com o nome de *Drug Abuse Resistance Education* (DARE) ou DARE América, em parceria entre o Distrito Escolar Unificado e o Departamento de Polícia daquela cidade, para ser implantado em escolas. O principal objetivo do programa é prevenir o uso indevido de drogas entre crianças em idade escolar. Em 1992, o programa foi iniciado no Brasil pela Polícia Militar do Rio de Janeiro, surgindo a denominação PROERD. No Ceará, foi iniciado em março de 2011. É um programa essencialmente preventivo e comunitário, ministrado por profissionais fardados¹.

O uso de drogas ainda tem enorme impacto no mundo nos últimos anos, apesar da maior atenção dada a esta questão. Cerca de 210 milhões de pessoas usam drogas ilícitas a cada ano, e quase 200 mil deles morrem por uso de drogas. Prevenção, tratamento, cuidados e apoio particularmente em países em desenvolvimento continuam a ser uma enorme necessidade não atendida (UNODC, 2011).

A *United Nations Office on Drugs and Crime* - UNODC (2011) estima que em 2009, no mundo, entre 149 e 272 milhões de pessoas ou entre 3.3% a 6.1% da população

¹ Disponível em: <http://www.pm.ce.gov.br/subordinados/proerd/historico-do-proerd>. Acesso em: 1 jul. 2013.

entre 15 e 64 anos usaram substâncias ilícitas pelo menos uma vez. Estima-se que cerca de metade desse número são usuários de drogas atuais.

Segundo Machado *et al.* (2010), o número de dependentes químicos, no Brasil, cresce cerca de 10% ao ano, sendo a idade de iniciação ao uso de drogas cada vez mais precoce. Portanto, a adolescência é uma fase da vida em que o indivíduo encontra-se vulnerável ao uso de drogas.

O 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 teve amostra total constituída de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular. Em relação ao gênero, 51,2% era do sexo feminino e 47,1% masculino, havendo predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos (42,1%). 25,5% dos estudantes referiu *uso na vida* de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês, com pequenas diferenças entre gêneros. Daqueles que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados alguns na faixa entre 10 e 12 anos.

Foi observada redução no número de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, tanto para os parâmetros de uso na vida quanto no ano, entre os anos de 2004 e 2010. A proporção de estudantes que relataram uso no ano de qualquer das demais drogas foi reduzida, em que foi observada para uso no ano de inalantes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e crack. Entretanto, foi observado aumento para cocaína. As mudanças não foram uniformes entre as 27 capitais (SENAD, 2010).

No mesmo levantamento, foi observado que no município de Fortaleza, do total de 2.977 alunos, 21,7% referiram uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), apenas 9,4% referiu uso no último ano e 4,5% no mês, sem diferenças entre os gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos. Entre os anos de 2004 e 2010, reduziu a quantidade de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, tanto para os parâmetros de uso na vida quanto no ano. Ocorreu também a redução da proporção de estudantes que relataram uso na vida e no ano de qualquer das demais drogas. Houve redução de uso no ano para inalantes, maconha, ansiolíticos e anfetamínicos. Com relação à cocaína, foi observado aumento.

As drogas cada vez mais destroem lares e famílias. Progressivamente mais cedo, as pessoas ingressam no mundo das drogas sem conhecer as consequências que esta decisão

acarreta. A adolescência é um excelente período para se trabalhar esta temática, pois é o momento de desenvolvimento físico e social, em que adota muitos comportamentos decorrentes da influência do meio em que vive e frequenta. Assim, entende-se que oportunizar adolescentes a participarem de atividades de educação em saúde e estarem inserido em um acompanhamento e orientação multiprofissional, pode influenciar no comportamento destes, de seus familiares e amigos, evitando, assim, envolvimento com as drogas e as consequências negativas desse uso para si e as famílias.

É importante ressaltar que usuários de drogas, mesmo que esse uso seja eventual, têm maior propensão a se envolver em episódios de violência, como brigas e acidentes de trânsito, a fazer sexo de forma desprotegida e a se expor, por conseguinte, a doenças como hepatite e aids, a acidentes no trabalho e até mesmo abuso sexual (UNICEF, 2011).

Conforme Alavarse *et al.* (2006), pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) apontou que aproximadamente 13% de pessoas feridas em acidentes e atendidas no pronto-socorro do Hospital São Paulo haviam abusado do consumo de álcool. Cerca de um em cada cinco pacientes atendidos no referido hospital havia abusado de alguma substância entorpecente. Evidencia-se que as drogas trazem inúmeros efeitos negativos para a sociedade como um todo.

Abramovay e Castro (2005) afirmam que a escola é o local propício para ajudar na prevenção das drogas, visto que reúne várias características que colaboram para a difusão de tal perspectiva na comunidade e na sociedade.

Quando se profere a palavra drogas, muitos pensam apenas em crack, maconha ou cocaína, que são alguns exemplos das chamadas drogas ilícitas. Entretanto, existem também as chamadas drogas lícitas: álcool e tabaco, as quais são também prejudiciais à saúde e, muitas vezes, são a porta de entrada para o uso das drogas ilícitas.

Diante do exposto, a Equipe de Saúde da Família tem a responsabilidade de atuar na Promoção da Saúde da população do seu território, desenvolvendo ações em espaços importantes, como a escola e com público prioritário: os adolescentes. Além disso, atividades educativas para prevenção de drogas na escola são essenciais para evitar situações de risco e vulnerabilidade diante da exposição às drogas.

Este estudo de intervenção proposto visa reforçar as ações prioritárias descritas na Carta de Ottawa: construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária para a saúde, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

Relatar o resultado de intervenção educativa para prevenção de uso indevido de drogas entre adolescentes no ambiente escolar;

Identificar conhecimentos e comportamentos dos adolescentes em relação ao uso de álcool e outras drogas antes e após a intervenção educativa;

Descrever as opiniões de diretor, professor, pais e profissionais de saúde acerca da intervenção educativa sobre o uso indevido de drogas na escola;

Analisar variáveis do instrumento pré o pós-teste, de acordo com os resultados da intervenção.

3 ESTADO DA QUESTÃO

O estado da questão tem por finalidade conduzir o pesquisador ao registro de como se encontra atualmente o tema ou objeto de sua investigação, por meio de um rigoroso levantamento bibliográfico. Os limites de uma revisão de literatura centrada em explicação de conceitos, categorias e teorias são ultrapassados pelo estudo da questão. Assim, este capítulo objetiva apresentar caminhos e conclusões registrados por outros estudiosos (NÓBREGA-TERRIEN; TERRIEN, 2004).

Neste capítulo, abordam-se inicialmente as políticas públicas dirigidas para os adolescentes, a partir de documentos oficiais e literatura sobre o tema. Em seguida, realiza-se resgate sobre algumas concepções de educação em saúde e, finalmente, são abordadas algumas experiências sobre prevenção de drogas.

3.1 Promoção da saúde dos adolescentes: políticas públicas

Em Alma-Ata (1978), na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, um novo paradigma foi formalizado, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2002). Essa conferência trouxe repercussões em quase todos os sistemas de saúde (BUSS, 2003). As concepções trazidas nas discussões em Alma-Ata trouxeram possibilidades de novos compromissos internacionais.

Os progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata basearam as discussões da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá, e teve como produto a Carta de Ottawa, grande marco para promoção da saúde, considerada a fundadora da promoção da saúde contemporânea, contendo orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e nos seguintes, passando a ser referência ao desenvolvimento das ideias de promoção à saúde em todo o mundo. A educação em saúde ganhou então maior importância para promoção da saúde. O evento teve a participação de trinta e cinco países (BRASIL, 2002). Esta conferência foi seguida por outras que exploraram os principais temas da Carta de Ottawa.

Conforme a Carta de Ottawa (1986), promoção da saúde é capacitar a comunidade para que esta possa ter melhor qualidade de vida e saúde, participando melhor do controle deste processo. A promoção da saúde não se preocupa apenas com ações no sentido de reforçar as competências e capacidades dos indivíduos, como também com ações dirigidas à

mudança das condições sociais, ambientais e econômicas, de modo a aliviar seu impacto na saúde pública e individual (WHO, 1986).

Realizada em abril de 1988, a Segunda Conferência Internacional teve como tema central as políticas públicas voltadas para saúde, reafirmando as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma Ata (HEIDMANN *et al.*, 2006).

A Declaração de Sundsväl (1991) tem como tema a criação de ambientes favoráveis à saúde, pois segundo esta Carta, o ambiente e a saúde são interdependentes e inseparáveis. A Conferência Internacional de Promoção da Saúde para a América Latina, realizada em 1992, resultou na Declaração de Santa Fé de Bogotá, a qual reflete como reorientar a promoção da saúde na América Latina. Preocupa-se em criar condições que garantam o bem-estar como propósito fundamental para que exista desenvolvimento e busca diminuir as iniquidades existentes nesta região (BRASIL, 2002).

A Promoção da Saúde no Século XXI foi o tema central da Declaração de Jacarta, sendo o setor privado pela primeira vez incluído como apoio à promoção da saúde. A Quinta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em 2000, resultou na Declaração do México, que valoriza a realização de ações intersetoriais como meio de assegurar as ações de promoção de saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Atualmente, a promoção da saúde é discutida por profissionais do mundo todo, por meio de conferências, congressos, simpósios nacionais e internacionais, em que estão reunidos estudiosos e pesquisadores, momentos em que se expõem as realidades, o modo como a promoção da saúde está sendo entendida e praticada. Assim, pode-se afirmar que tais encontros oportunizam a troca de saberes e análise crítica do tema (MARIANO *et al.*, 2013).

Em 2008, foi realizada a Conferência do Consenso de Galway, na Irlanda, em que estavam reunidos líderes internacionais do campo da saúde, com objetivo de identificar competências centrais, isto é, os domínios da promoção da saúde. Essa reunião estabeleceu valores e princípios fundamentais e oito domínios das competências essenciais que são requeridos para exercer a prática efetiva da promoção da saúde. Esses domínios são: catalisar a mudança, liderança, avaliação, planejamento, implementação/execução, avaliação, defesa de direitos e parcerias (MARIANO *et al.*, 2013).

A nível nacional, tem-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída pela portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, que entende a promoção da saúde como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas. Assim, esta política vem com intenção de

romper a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde doença, reduzindo vulnerabilidades, riscos e danos. Dentre as ações específicas priorizadas nesta política, tem-se a Prevenção e o controle do tabagismo e a Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010a). Portanto, devido a sua indiscutível importância, deve ser divulgada e fortalecida.

Com relação às políticas públicas voltadas para adolescentes, uma nova dimensão é introduzida pela Constituição de 1988, momento que passa a ser “prioridade absoluta” a promoção da proteção integral da criança e do adolescente, por parte do Estado, da família e da sociedade (BRASIL, 2003).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, regulamentou o art. 227 da Constituição Federal, reconhecendo a criança e o adolescente como sujeitos de direitos próprios, representando grande avanço na afirmação dos direitos e das garantias das crianças e dos adolescentes. A partir desse Estatuto, passam a ser considerados seres humanos dignos em processo de desenvolvimento, por isso necessitam de proteção pela família, sociedade e Estado, em regime de responsabilidade compartilhada (SENAD, 2013).

O ECA proporcionou o rompimento com o regime anterior trazido pela Lei Federal nº 6.697 de 10 de outubro de 1979 (Código de Menores - revogado), que era voltado para crianças e adolescentes em situação considerada irregular, e reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais (UNVPA, 2010).

O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989, representando um marco para a saúde do adolescente, visto que se baseia em uma política de Promoção de Saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, direcionando para o tratamento adequado e reabilitação. Este programa visava garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional (SILVA, 2005).

O SPE representa um marco na integração saúde-educação, pois destaca a escola como o melhor espaço para articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, contando com participação das famílias e de multiprofissionais. Em agosto de 2003, no município de Curitiba, foi lançado oficialmente o SPE. O evento contou com a presença de representantes do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a participação das

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, das escolas e de organizações da sociedade. Em 2005, o Projeto foi reformulado, sendo definidas novas estratégias (BRASIL, 2006).

O objetivo do SPE é contribuir para proteção, prevenção e promoção da saúde visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes, jovens e suas famílias às doenças sexualmente transmissíveis (DST), a infecção pelo HIV/Aids, a gravidez não planejada, ao uso indevido de drogas, promoção de ações de saúde bucal e de cultura de paz, por meio do desenvolvimento articulado no âmbito das escolas e unidades de saúde (BRASIL, 2006).

Em seguida, o SPE programa passou a fazer parte de uma nova política de promoção da saúde na escola, o Programa Saúde na Escola – PSE, que foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial no. 6.286, sendo uma política intersetorial para melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O PSE vem contribuir para desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação. Além disso, acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impacto positivo na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011).

O PSE tem como objetivos, segundo o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007:

1. Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
2. Articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
3. Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
4. Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
5. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
6. Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
7. Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três esferas de governo.

A atenção, a promoção, a prevenção e a assistência são valorizadas nas ações de saúde previstas no âmbito do PSE. Tais ações deverão ser desenvolvidas de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e dentre estas ações, existem as de educação em saúde, que são extremamente importantes para a população (BRASIL, 2007a).

De acordo com Freire (2011), na proposta de Promoção da Saúde, deve haver a inserção dos adolescentes no processo de capacitação e de “empoderamento”, para que os mesmos sejam capazes de reconhecer os fatores determinantes em sua saúde e poderem intervir de forma crítica na produção de sua vida e saúde. Para que isso seja possível, a escola e os serviços de saúde devem sugerir atividades que estejam de acordo com a etapa de vida que estão passando, para que o interesse e a participação dos adolescentes possam ser captados.

Desenvolver ações de promoção da saúde com adolescentes, incluindo a escola como espaço de realização das atividades preventivas, é uma atribuição do profissional da ESF. Assim, a escola é um lugar privilegiado para realização de práticas educativas, uma vez que os adolescentes permanecem por muito tempo, socializam-se e convivem com pessoas de diferentes culturas (DANTAS *et al.*, 2010).

3.2 Educação em Saúde na prevenção de drogas

Como uma estratégia de prevenção das doenças, a educação em saúde surgiu em 1909, nos Estados Unidos da América (EUA), tendo como conjecturas: a prevenção dos problemas de saúde deve ocorrer pelo esforço individual e pela aquisição de hábitos de vida corretos; a falta de informação implica problemas de saúde da população. A educação nessa época era entendida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados (ALVES; AERTS, 2011).

As marcas da educação em saúde no início do século XX, ainda, provocavam repercussões. Segundo Souza *et al.* (2005), a utilização do modelo tradicional de educação pelos profissionais de saúde, centrada em conteúdo biológicos e de transmissão de conhecimentos e informações, ignoram as influências das estruturas sociais e as diferenças econômicas e culturais sobre as escolhas entre saudáveis e não saudáveis dos indivíduos, vistos como os únicos responsáveis pelas suas condições de saúde, desconsiderando a complexidade do processo saúde-doença.

As ações de educação em saúde são muito importantes, porém devem ser bem planejadas e com uma metodologia que incentive a participação dos adolescentes. Durante muito tempo, houve o predomínio da chamada educação sanitária, que tinha objetivo de padronizar comportamentos e disciplinar os indivíduos, a qual era marcada por imposição de

saberes científicos e negando o conhecimento popular e o senso comum (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a educação em saúde é uma das estratégias para promoção da saúde, sendo indispensável para que as pessoas sejam estimuladas a adotarem estilos de vida mais saudáveis, para que haja fortalecimento de ações comunitárias e reorientação dos serviços da atenção primária (SOUZA *et al.* 2004).

A visão atual de educação em saúde tem por finalidade tornar o indivíduo preparado a buscar melhores condições de vida. Neste sentido, os indivíduos são estimulados a tomar decisões e a exercerem a autonomia sobre a sua própria vida (ROECKER; MARCON, 2011).

Diante da modificação dos conceitos de saúde e educação trazidos pela reforma sanitária e VIII Conferência Nacional de Saúde, houve o incremento dos princípios de participação popular, autonomia e desenvolvimento da cidadania. Com isso, a educação em saúde passou a ser considerada como prática social, com valorização das perspectivas da população e dos profissionais de saúde, sobre os modos de vida e a compreensão dos processos de saúde e doença e de seus determinantes (FREIRE, 2011).

Desse modo, surge a educação popular como proposta para que a distância cultural entre profissionais de saúde e a população fosse superada. Com isso, os sujeitos participantes da ação educativa são os responsáveis pela construção do conhecimento (ALVES; AERTS, 2011).

Na educação popular, o eixo norteador está nas ideias de Paulo Freire sobre educação, pois considera importante o educando na construção e reconstrução do conhecimento. Valorizar o conhecimento popular permite que os educandos possam ficar a vontade de discutir os temas (VASCONCELOS, 2001).

A reflexão sobre educação em saúde deve observar muitos aspectos importantes a respeito de suas implicações, origens e maneiras de efetivá-la, para que se garanta melhor assistência de saúde à população. A educação em saúde possui raízes em teorias distintas e está relacionada a temas discutidos na Reforma Sanitária, nas conferências de saúde e encontros internacionais (COSTA *et al.*, 2008).

Segundo Dias *et al.* (2009), a educação em saúde constitui-se essencial para promoção da saúde e prevenção de doenças, além de colaborar para um tratamento precoce e eficaz das doenças, possibilitando a minimização de sofrimentos e incapacidades.

Realizar ações de educação em saúde nos espaços sociais do território, com equipes multiprofissionais e formando uma rede de apoio, é fundamental para o sucesso dessas atividades, capacitando os indivíduos para construção do conhecimento e desenvolvimento de autonomias.

3.3 Ações de prevenção às drogas

Consoante a Almeida (2010), estudos nacionais e internacionais têm investigado diferentes estratégias de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas. Entretanto, existe consenso de que pouco se sabe sobre a efetividade das ações. Assim, é importante que se ampliem os estudos sobre o assunto, para que se aumentem as discussões sobre o tema, visto que os jovens iniciam gradativamente mais cedo o consumo de drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas.

O uso de drogas cada vez mais cedo pelos adolescentes tem tornado a temática das drogas e adolescência mais presente nos estudos, focando na prevenção, na redução de danos ou no tratamento destes adolescentes, conforme foi possível observar por meio do levantamento bibliográfico para este estudo.

Nogueira (2008) afirma que ações de prevenção de drogas devem seguir alguns princípios básicos, como devem ser desenvolvidos com filosofias definidas e oferecer aos alunos informações sobre os efeitos das drogas. Quando essas ações forem dirigidas às famílias, devem valorizar o vínculo familiar, relações familiares, técnicas de comunicação, dentre outras, além de proporcionar aos alunos sentimentos positivos de autoestima e oferecer a estes habilidades de resistência às pressões negativas.

Vitória *et al.* (2011), em estudo em escolas em Lisboa, Portugal, avaliaram um programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. O programa implementado era multidimensional, abrangendo os adolescentes com atividades em nível individual, escolar, familiar e comunitário. Concluiu que houve redução na iniciação do tabagismo regular. Além disso, constatou que a efetividade de programas deste tipo depende da sua continuidade ao longo da adolescência e da integração de medidas dirigidas diretamente aos adolescentes e indiretamente, por via do seu contexto social (escola, família e comunidade).

O Programa desenvolvido focava o impacto do tabagismo na saúde e como evitar fumar, a abordagem pedagógica utilizada foi interativa e colaborativa, em que a participação e o envolvimento dos escolares eram estimulados desde o primeiro momento. Uma das

atividades propunha um trabalho para realizar em casa com a família, atividade que teve elevada adesão (VITÓRIA *et al.*, 2011).

Outro estudo foi realizado por Cavalcante *et al.* (2008), com objetivo de desenvolver uma análise crítica sobre a necessidade de ações educativas na prevenção do uso de drogas entre adolescentes, verificando os fatores de risco a ele relacionados. Foi enfatizada neste estudo a necessidade de atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde e instâncias sociais, devendo-se praticar a transdisciplinaridade e a intersetorialidade, sensibilizando os adolescentes para as causas e consequências do problema, realizando atividades em que sejam oferecidas informações sobre drogas e os problemas relacionados ao seu uso.

Em estudo realizado em Santo Ângelo (RS), Olczewski (2007) concluiu que as instituições de ensino do referido município necessitam enfatizar estratégias de prevenção às drogas, as quais não devem limitar-se apenas em demonstrar os efeitos nocivos das mesmas. Segundo o autor, é necessário estender as ações à valorização da vida, o que representa uma prática de interação, diálogo e afetividade, em que toda a comunidade escolar esteja envolvida. Portanto, as ações de prevenção devem ter enfoque multidisciplinar, de forma a contribuir para redução da evasão escolar e apelo às drogas.

Em conformidade com Burrone (2010), ações preventivas dirigidas ao âmbito escolar foram realizadas com maior ênfase nos últimos anos. Em geral, interações deste tipo trazem resultados positivos sobre variáveis, como grau de informação e atitudes com as drogas. A autora realizou análise do registro de intervenções preventivas sobre o consumo de drogas em adolescentes escolarizados em Córdoba – Argentina. Com relação aos adolescentes que receberam orientações sobre prevenção de drogas, apenas 17,67% receberam várias vezes orientações, 26,56% receberam apenas uma vez e cerca de 50% nunca receberam orientação. No referido trabalho, a autora concluiu a respeito da efetividade de programas de prevenção que a temática deve ser abordada qualitativamente e que as estratégias de prevenção devem estar incorporadas desde a etapa inicial do processo de escolarização.

Programas e ações com caráter preventivo ao uso de drogas devem ter a escola como agente propulsor, com finalidade de proteger não apenas seu público, como também visar à multiplicação em distintos espaços sociais. Deve-se buscar a combinação de programas de prevenção de drogas na escola com outras ações de proteção integral.

Canoletti e Soares (2005) demonstraram a partir de análise da produção científica de programas de prevenção às drogas de 1991 a 2001, que apenas uma pequena parte refere-se a projetos de prevenção propriamente ditos, com a maior parte desses projetos destinados

às escolas, com foco nos alunos e professores. Técnicas variadas foram utilizadas nos diversos projetos sendo: 1º lugar: dinâmica de grupo e discussão; 2º lugar: oficinas; 3º lugar: elaboração e utilização de material informativo e recursos audiovisuais; 4º lugar: aplicação de questionários e entrevistas; 5º lugar: jogos e estudo dirigido; 6º lugar: cursos, teatros e debates; 7º lugar: palestras e; 8º lugar: treinamento à distância e pelo rádio. Assim, os autores concluíram que as técnicas mais largamente utilizadas foram aquelas que visavam a problematização sobre o uso de drogas, motivando reflexão crítica e, portanto, contribuindo na tomada de decisão informada, sadia e segura.

Para Batista *et al.* (2008), a escola é um espaço para prevenção do uso de drogas, devendo-se considerar as características da população-alvo quanto ao contexto socioeconômico cultural, para elaboração de programas de prevenção. É importante ressaltar também que as informações devem ser claras e baseadas em fontes científicas atualizadas. Os referidos autores realizaram um projeto de prevenção do uso de drogas, em que tecnologias foram desenvolvidas (folders, gibis, slides) para se utilizar durante a execução do projeto. Este último visava disponibilizar informação quanto aos efeitos, em diversos âmbitos (orgânico, familiar, acadêmico, profissional e social) do uso de drogas lícitas (álcool, cigarro, inalantes) e drogas ilícitas (maconha cocaína, crack), com objetivo de prevenir o uso e o abuso de tais substâncias psicoativas, por alunos do Ensino Fundamental – 5ª a 8ª anos, sendo que o programa desenvolveu-se de acordo com a faixa etária e as características específicas da população, na zona urbana dos municípios de Irati, Rebouças, Teixeira Soares e Fernandes Pinheiro (PR).

Os resultados demonstrados no estudo acima ainda se encontram parciais, mesmo assim mostram que é grande a complexidade de elaborar tecnologias e programas para prevenção do uso de drogas, sendo necessário embasamento científico, além de considerar as características locais da população-alvo.

Zeitoune *et al.* (2012) afirmam em estudo sobre o conhecimento de adolescentes sobre as drogas que há necessidade de se desenvolver trabalhos de intervenção para este público, priorizando políticas preventivas, a fim melhorar esses conhecimentos e controlar o uso dessas substâncias.

Estudos de intervenção com a temática escolhida ainda não são muitos, porém a partir dos números preocupantes encontrados em nosso país e em nossa capital, torna-se necessária a ampliação de projetos desta natureza, para que nossa juventude cada vez mais

entenda os malefícios trazidos em decorrência do abuso de drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se como pesquisa de intervenção que, segundo Hawe *et al.* (2009), pode ser vista como forma de criar novos papéis, para elevar símbolos particulares, preencher os furos estruturais dentro e entre redes e aumentar as oportunidades para interação e troca. A abordagem dos sistemas a serem estudados inicia-se em primeiro lugar com estudo e compreensão do contexto. Deve-se tentar compreender a natureza e a diversidade de configurações no sistema, bem como as posições estratégicas ocupadas por cada ator envolvido, por exemplo, professores e alunos na escola onde foram realizadas as ações.

Escolas, comunidades e locais de trabalho podem ser pensados como sistemas ecológicos complexos. Tais sistemas podem ser teorizados em três dimensões: (1) os constituintes dos contextos das atividades, por exemplo, clubes, festivais, assembleias, salas de aula; (2) as redes sociais que conectam as pessoas e os locais como diretores da escola, professores, pais, Unidade Básica de Saúde; (3) tempo em que a atividade será desenvolvida (Hawe *et al.*, 2009).

Para Pereira e Barreto (2011), estudo de intervenção, também chamado ensaio comunitário, está incluído no grupo de estudos experimentais. Assim, nesta modalidade de pesquisa, o investigador introduz uma intervenção em determinado grupo populacional, em que o processo de pesquisa estará no controle. Esse método foi recomendado para avaliar eficácia/efetividade de vacinas, como também de intervenções preventivas, como educacionais, normativas, ambientais, dentre outras, antes que se recomendem para ampla utilização em populações.

Na pesquisa de intervenção, segundo Silveira *et al.* (2010), o processo de pesquisar é indissociável da intervenção, isto é, a prática de pesquisar implica práticas interventivas, as quais agem de forma interligadas com todas as forças na instituição, de forma que a pesquisa caminhe na complexidade dos acontecimentos investigados.

No caso deste estudo, caracteriza-se por estudo não randomizado e não concorrente, também chamado de histórico, caracterizando-se pela realização de uma comparação no tempo, do tipo antes e depois (PEREIRA: BARRETO, 2011).

O estudo foi baseado em um delineamento quase experimental, utilizando um instrumento antes e depois da intervenção, para que se pudesse avaliar impacto das ações realizadas.

A abordagem do estudo foi quantitativa-qualitativa, pois as duas se complementaram no trabalho, visto que associou-se a objetividade da pesquisa quantitativa, trazida pelos dados obtidos dos questionários, com a subjetividade da qualitativa, a partir do desenvolvimento das oficinas.

A pesquisa quantitativa possibilita a mensuração de variáveis pré-estabelecidas e ainda verifica e explica a influência dessas variáveis sobre outras variáveis, por meio de análises e correlações estatísticas (CHIZOTTI, 1995).

A abordagem também foi qualitativa, pois se fosse puramente quantitativa, o estudo estaria limitado a entender o problema em questão e não se tinha a oportunidade de captar as experiências subjetivas dos indivíduos em relação ao seu bem-estar (HAIKAL *et al.*, 2011). Em conformidade com Minayo (2006), a abordagem qualitativa também é capaz de incorporar significado e intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, permitindo aproximação com a realidade, uma vez que associa significados, motivações, crenças, valores atitudes e aspirações. Pode-se exemplificar neste estudo a proximidade com a escola e outros profissionais para aplicar a intervenção, em que todos participaram com o mesmo objetivo: educação em saúde para prevenção das drogas.

A abordagem qualitativa permite estudar não apenas o fenômeno em si, mas compreender qual o seu significado individual ou coletivo para a vida dos indivíduos (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa considera que o mundo real e o sujeito se encontram em uma relação dinâmica, sendo esta um vínculo indissociável. A fonte para a coleta de dados é o ambiente natural (SILVA; MENEZES, 2001). Assim, a escola foi o ambiente da pesquisa, cujos adolescentes estavam inseridos em seu ambiente em uma relação dinâmica.

A intervenção educativa priorizou tecnologias que estimulavam a participação e expressão dos adolescentes na produção dos resultados e privilegiou também os dados subjetivos dos participantes, adolescentes, profissionais de saúde, profissionais da segurança pública, diretores e pais.

O estudo utilizou a triangulação de métodos que, segundo Minayo (2005), é produzida pela combinação dos métodos quantitativo e qualitativo em uma relação entre opostos complementares. Portanto, essa triangulação metodológica aproxima o positivismo e

o compreensivismo, contribuindo para ampliação dos conhecimentos sobre determinados temas, permitindo alcançar os objetivos propostos e a observação e compreensão da realidade estudada.

4.2 Ambiente do estudo

O estudo foi realizado na capital do estado do Ceará – Fortaleza. Segundo o IBGE (2010), Fortaleza tem mais de 2 milhões e 400 mil habitantes. É a quinta capital do país em termos de população. Para sua melhor organização, a cidade é dividida em sete secretarias regionais (SER): I, II, III, IV, V, VI e Regional do Centro (Figura 1). Cada uma destas secretarias (exceto a do Centro) possui um Distrito de Saúde, o qual é responsável pela saúde daquele território. Os distritos de saúde são subordinados à Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

Figura 1 - Mapa do Município de Fortaleza.



Fonte: www.fortaleza.ce.gov.br

A Secretaria Executiva Regional I - SER I (Figura 2) possui 15 bairros: Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil.

Segundo dados do Plano municipal de Saúde de Fortaleza 2010 - 2013, os 15 bairros são divididos em 471 microáreas, das quais 102 (21,6%) são de risco 1 (Quadras catalogadas pela defesa civil com o nome popular de áreas de risco). Estas microáreas de risco 1 localizam-se em espaços de pouca possibilidade de ocupação: leitos de rios, áreas que

sofrem alagamentos e enchentes, deslizamento de terra, soterramento por dunas, enfim, estão ligadas a riscos ambientais).

Figura 2 - Secretaria Executiva Regional I.



Fonte: www.fortaleza.ce.gov.br

A pesquisadora/autora atua atualmente como servidora municipal de Fortaleza (cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família) e gestora de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) na SER I. A UAPS possui quatro Equipes de Saúde da Família completas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), duas destas com equipes de Saúde Bucal modalidade I, isto é, com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal.

Para realização do estudo de intervenção, foi escolhida uma das escolas associadas ao Programa Saúde na Escola – PSE e com proximidade territorial significativa com a Unidade de Saúde (eram vizinhas).

Inicialmente, foi realizada uma visita à escola para uma conversa com a direção. Neste momento, foi apresentada a proposta do projeto, relevância e justificativa. Foi realizado, também, o levantamento do quantitativo de alunos adolescentes que estavam regularmente matriculados na escola.

A direção da Escola mostrou-se acessível e sensibilizada quanto à importância da realização de um Projeto de Intervenção desta natureza na escola, autorizando a realização do mesmo no espaço escolar e tornando-se disponível a contribuir com as ações do projeto.

4.3 População e amostra

A escola escolhida para realização do projeto possuía um total de 546 alunos do 4º ao 6º ano (séries que possuem adolescentes de 10 a 14 anos), segundo dados do ano letivo de 2013 obtidos na própria escola. Dentre estes, 506 possuíam a idade de 10 a 14 anos, faixa etária escolhida para realização do estudo.

A faixa etária dos adolescentes foi escolhida devido ao fato de que, segundo Marques e Cruz (2000), levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil mostram que é na transição da infância para adolescência que se inicia o uso dessas substâncias. Assim, quanto mais cedo forem realizadas ações preventivas contra o uso de álcool e outras drogas, menor a chance de que esses adolescentes possam vir a usar algum tipo de droga (lícitas ou ilícitas).

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID (2007), as intervenções podem ser procedidas em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. Na prevenção primária, o objetivo é evitar que o uso de drogas se instale ou retardar o seu início. Assim, o Projeto de Intervenção realizado trabalhou com a prevenção primária nos alunos nos primeiros anos da adolescência (10 a 14 anos).

A turma escolhida para realização da Pesquisa de Intervenção foi o 6º B manhã, pois foi a mais homogênea com relação à idade e a que possuía o maior número de alunos dentro da faixa etária escolhida para realização do projeto: dos 39 alunos da turma, 38 estavam na faixa esperada.

Foram considerados critérios de elegibilidade dos adolescentes:

- Estar regularmente matriculado na Escola Municipal;
- Estar na faixa etária de classificação inicial da adolescência: 10 a 14 anos;
- Estar frequentando a escola em período pré-estabelecido para coleta de dados;
- Seu responsável ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- O aluno ter assinado o Termo de Assentimento (TA).

O Estudo de Intervenção teve ainda outros sujeitos participantes:

- Profissionais que conduziram as atividades interventivas: dois Policiais Militares, uma profissional da Estratégia Saúde da Família (enfermeira) e três profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Após a realização da intervenção, foi conduzida entrevista com perguntas abertas sobre a sua participação na atividade, usando roteiro de perguntas e o uso de um gravador.

- Professores e diretores da escola. Para esse grupo sujeitos, também se aplicou uma entrevista aberta, com uso de gravador sobre a intervenção educativa na escola.
- Pais dos alunos que participaram das atividades de intervenção. Foi ouvida ainda a opinião desses sujeitos sobre essa intervenção na escola.

O número total de sujeitos participantes da pesquisa foi de aproximadamente 90 pessoas.

A finalidade de se ter todos esses sujeitos participantes neste trabalho foi a obtenção das distintas visões sobre o processo desenvolvido, isto é, o que pais, profissionais e alunos perceberam da intervenção.

4.4 Procedimentos de coleta de dados e atividades de intervenção

Os dados foram coletados por meio de vários instrumentos: questionários pré e pós-intervenção, foram realizados registros em gravação visual (filmagem), diário de campo do pesquisador e em fotografias, avaliação das oficinas, por meio da disposição de caixa de opiniões dos adolescentes, dinâmicas de grupos realizadas nas oficinas e das entrevistas com profissionais que atuaram como facilitadores, profissionais da escola e pais ou responsáveis pelos alunos.

A combinação de técnicas para coleta de informações é relevante, visto que assegura maior confiabilidade e validade das informações obtidas, permitindo, assim, que os objetivos propostos possam ser atingidos. Assim, a estratégia de combinar técnicas foi importante para realização deste estudo. Os procedimentos para aplicação da intervenção e coleta de dados seguiram as seguintes fases:

4.4.1 Fase 1 – Convite aos profissionais para participar das atividades e contato com a escola

Durante a espera pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE), foram realizados os convites aos profissionais para desenvolvimento das atividades de intervenção.

Foram convidados:

- Profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Policiais Militares;
- Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Foi explicado para os profissionais o que era o projeto, os objetivos e a metodologia. Neste momento, as ações começaram a ser idealizadas e discutidas. As datas ficaram em aberto no momento do convite, visto que a realização dependia da aprovação do COMEPE.

Foi realizada também uma visita à escola, momento que foi possível conversar com a direção da escola sobre o que era o projeto, relevância, objetivos e público-alvo. Dialogou-se sobre o horário da realização das atividades educativas. Por sugestão da própria escola, o horário pactuado foi de 10h às 11h da manhã, às terças-feiras. Neste momento, foi obtida a anuência da escola para realização das atividades. Logo que o projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética, foram estabelecidas as datas para reunião com os pais/responsáveis e foram agendadas as atividades com facilitadores e escola.

4.4.2 Fase 2 – Convocação dos pais para apresentação da atividade e anuência

Foi agendada uma reunião na escola para que se obtivesse a anuência dos pais/responsáveis para realização da pesquisa. Como compareceram somente quatro pais/responsáveis à reunião para apresentação do projeto, foi realizado um levantamento dos endereços dos adolescentes para que, com ajuda do Agente Comunitário de Saúde (ACS), fosse realizada a assinatura do TCLE de cada um dos outros alunos.

Alguns dos alunos não residiam no território da Unidade de Saúde, porém diante do conhecimento do território próximo por uma ACS, pôde-se realizar a assinatura dos 39 TCLE, permitindo, assim, a participação de todos os adolescentes nas atividades do projeto. Vale ressaltar a atuação essencial desse profissional, visto que por meio do seu vínculo com o território e sua experiência e conhecimento sobre o mesmo, possibilitou a obtenção das assinaturas.

Durante a realização das visitas domiciliares, foi possível conhecer mais de perto e melhor o território em que residia a população da área de abrangência e das unidades próximas. Por meio deste momento, o território pôde ser redescoberto, com todos os seus desafios e conflitos. Foi mais uma vez confirmada a necessidade de se realizar projetos de prevenção contra as drogas, visto que foi visível a demarcação de territórios e os relatos de conflitos pela população por causa de drogas.

A turma foi apresentada à pesquisadora no dia da reunião com os pais/responsáveis, momento em que foi explicado o projeto, sua importância e seus objetivos,

horário de realização (horário da aula) e local (escola). Os adolescentes foram alertados acerca da obrigatoriedade da assinatura do TCLE pelos pais/responsáveis. (Foto 1).

Fotografia 1 - Primeiro contato da pesquisadora com a turma escolhida.



Fonte: Foto pelos ACS

4.4.3 Fase 3 - Aplicação do instrumento diagnóstico

Foi utilizado um questionário fechado, de autopreenchimento e anônimo, adaptado do instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde - OMS (Smart *et al.*, 1980). No Brasil, foi adaptado, traduzido e validado por Carlini-Cotrim *et al.* (1989) e utilizado no VI Levantamentos Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio e também nos cinco levantamentos anteriores realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Uma vez adaptado, o instrumento foi aplicado antes e depois da intervenção (Anexos B e C). A adaptação foi apenas no segundo questionário, em que as perguntas referentes ao último ano foram retiradas, uma vez que o questionário foi novamente aplicado em espaço de tempo menor que 12 meses após o inicial. Ambos os questionários incluíram questões sobre as características sociodemográficas, frequência do aluno na escola, estrutura familiar e padrão de uso de drogas (álcool, tabaco, maconha, cocaína, solventes, ansiolíticos, estimulantes, alucinógenos e outras drogas como os anabolizantes).

Vale ressaltar que o questionário incluiu uma questão sobre o uso de uma droga fictícia (questão 13 dos dois questionários), para identificar eventuais casos de super-relato de uso (falso-positivos).

Os questionários apresentaram ainda itens referentes ao grau de escolaridade do chefe da família e à posse de bens pela família.

Foi explicado que não era necessário se identificar no questionário, garantindo o anonimato e sigilo das informações, pois se sentiu que alguns adolescentes ficaram inicialmente com dúvidas. Neste momento, estavam ausentes dois adolescentes do total de 39.

No dia seguinte, foi realizada a assinatura do Termo de Assentimento e o preenchimento do questionário inicial pelos dois alunos que haviam faltado.

Fotografia 2 - Assinatura do Termo de Assentimento e Preenchimento do Questionário Inicial.



Fonte: Foto pela autora

4.4.4 Fase 4 – Desenvolvimento das quatro oficinas

A realização de oficinas mostrou-se uma tecnologia educativa muito importante para coleta de dados neste trabalho. Foram aplicadas dinâmicas que geraram os resultados dos adolescentes sobre cada tema explorado. A oficina, segundo Afonso (2002), é estruturada em grupos, independente do número de encontros.

A oficina, na visão de Amaral (2005), é uma técnica de coleta de dados eficiente para realização de pesquisas com adolescentes, visto que é uma atividade que apresenta semelhanças com os mesmos, momento de transformações dos participantes e de manifestação de opiniões.

As oficinas ocorreram no dia e horário pactuados pela escola: às terças-feiras, no horário da última aula dos adolescentes da turma escolhida (10 às 11 horas). Assim, a duração média das oficinas foi de uma hora.

Todos os momentos contaram com a participação da pesquisadora e uma média de quatro ACS, auxiliando nos registros fotográficos, na filmagem e nos registros do Diário de Campo. A escolha desses profissionais deveu-se ao fato de apresentarem perfil para auxiliar no desenvolvimento do projeto: uma estudante de enfermagem, uma estudante de Pedagogia e outros dois por conhecerem muito bem o território e conseguirem interagir bem com os adolescentes.

Ao final de cada uma das quatro atividades de intervenção, foi servido lanche para os alunos. Como as atividades se realizaram na última aula da turma, após o término das oficinas, os alunos eram liberados para suas casas.

Durante e após cada encontro, os acontecimentos foram anotados no diário de campo, instrumento importante para registrar a participação dos adolescentes, os acontecimentos e as percepções relacionadas ao encontro, bem como a observação e transcrição dos eventos como eles ocorreram, para posteriores análises e interpretação.

Houve também neste trabalho a preocupação de se realizar, ao final de cada oficina, uma avaliação do encontro pelos adolescentes, momento importante, pois os participantes puderam manifestar suas opiniões por escrito, individual e anonimamente.

As características gerais das quatro oficinas podem ser vistas no Quadro 1.

Quadro 1 - Síntese das quatro oficinas realizadas no Projeto de Intervenção

Oficinas	Técnica utilizada	Recursos materiais	Profissionais participantes	N. de alunos presentes	Objetivo da atividade
1. Os adolescentes e seus conhecimentos sobre drogas.	Jogo educativo	Jogo de tabuleiro grande confeccionado pelos facilitadores.	Três profissionais do NASF: assistente social, farmacêutico e psicóloga.	36	Promover uma atividade em que os envolvidos fossem sujeitos ativos no processo de construção do conhecimento, através de elemento lúdico (jogo) e de perguntas e temas que suscitam o conhecimento e a vivência prévia do público em questão.
2. O que são as drogas e quais suas consequências	Exposição Dialogada	Computador, <i>data show</i> e caixa de som.	Dois policiais militares que atuavam no PROERD	33	Discutir com os adolescentes sobre a problemática das drogas por meio de um enfoque social e legal.
3. A prevenção do uso de drogas e a Saúde do Adolescente	Exposição dialogada	Computador, <i>data show</i> e doces de alcaçus.	Uma profissional da Estratégia Saúde da Família (enfermeira)	36	Discutir os problemas relacionados ao uso e abuso de drogas para a Saúde do Adolescente.
4. Construindo a bandeira da prevenção de drogas pelos adolescentes	Exposição dialogada e Trabalho em grupo.	Computador, <i>data show</i> , caixa de som, bandeiras, canetinhas, pincéis atômicos.	Pesquisadora	38	Aplicar à realidade os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes.

4.5 Apresentação e análise dos dados

Os dados dos questionários pré e pós-teste foram tabulados no *Microsoft Excel* e exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0

para *Windows*, no qual todas as análises foram realizadas, considerando uma confiança de 95% ($p < 0.05$).

Foram utilizados os testes Exato de Fisher ou Qui-quadrado para as variáveis categóricas, expostas em forma de frequência absoluta e percentual, e para as variáveis quantitativas (número de posses específicas pré e pós-intervenção) foi utilizado o teste de Wilcoxon (dados não paramétricos, Kolmogorov-Smirnov), sendo os dados dispostos na forma de média e desvio-padrão da média.

Os dados dos questionários estão apresentados em forma de tabelas. As diferenças estatísticas significantes foram assinaladas ao longo das tabelas com um asterisco (*). Alguns dados dos questionários também foram apresentados em forma de comentários.

Em relação aos dados qualitativos, optou-se por organizá-los por temas, por meio da orientação do método de Análise de conteúdo, uma vez que este possibilita uma organização padronizada dos dados coletados e, portanto, rigor neste processo de análise. (BARDIN, 2009).

Análise de conteúdo, segundo Bardin (2009), baseia-se em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, o qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Minayo (2010) afirma que a técnica de análise de conteúdo foi inicialmente imaginada a partir de uma visão quantitativa, porém passou por inúmeras formas de torná-la efetiva ao longo do século passado.

Foi utilizada neste estudo a análise de conteúdo temática para que se pudesse atingir mais precisamente os significados latentes e manifestos trazidos pelos sujeitos participantes da pesquisa. Isto porque, segundo Minayo (2010), é o método que possibilita melhor investigação qualitativa de material referente à saúde, pois a noção de tema remete a uma afirmação que envolve determinado assunto. Este processo de análise envolve algumas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Realizou-se, inicialmente, a leitura flutuante dos depoimentos e das entrevistas com objetivo de conhecer, de maneira geral, as principais ideias e seus significados gerais. Campos (2004) declara que nesta fase há uma interação significativa do pesquisador com o material analisado, em que muitas das impressões que foram trabalhadas no contato direto com o sujeito surgem na lembrança, auxiliando o processo.

Dando sequência, procedeu-se à exploração do material, realizando a seleção das unidades de análise, as quais são recortes do texto. Campos (2004) destaca que neste momento é difícil explicitar com total transparência as razões que nos levam a escolher um fragmento ou outro, sem que se leve em conta a relação entre os dados e o pesquisador, devendo-se utilizar os objetivos do trabalho.

Por fim, as sentenças, as frases e os parágrafos obtidos dos momentos de realização da pesquisa foram agrupados por semelhanças, destacando os distintos, fazendo a organizando das mesmas em temas para análises.

Foram utilizadas as anotações do diário de campo, a transcrição literal das falas obtidas da gravação de todos os momentos e das entrevistas com os sujeitos, além das fotografias e filmagens. As informações obtidas de todos os momentos da execução do Projeto de Intervenção foram organizadas, sendo selecionados os aspectos mais relevantes, os quais foram destacados como forma de resultado no estudo.

4.6 Considerações éticas e legais

Após a qualificação do projeto de pesquisa e as devidas alterações sugeridas, este foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMPE) da Universidade Federal do Ceará - PROPESQ, por meio da Plataforma Brasil. O projeto obteve a aprovação pelo referido comitê, conforme parecer de número 459.825, de 14 de novembro de 2013 (Anexo A).

O trabalho seguiu os princípios éticos e legais da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/Ministério da Saúde do Brasil, que expressa as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Consoante à Resolução, a pesquisa com seres humanos deve atender a algumas exigências éticas e científicas que são consideradas fundamentais. Portanto, a ética na pesquisa implica consentimento livre e esclarecido dos participantes e proteção aos que são legalmente incapazes (respeito ao Princípio da Autonomia). Com relação à beneficência, os riscos e benefícios devem ser ponderados, tanto os atuais quanto os potenciais. Quanto à garantia de que são evitados danos previsíveis, a pesquisa deve atender ao princípio da não maleficência.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE dos pais/responsáveis, dos profissionais das atividades e da escola e o Termo de Assentimento (TA) continham a

justificativa do trabalho, os objetivos e procedimentos, a duração das atividades, além da garantia de esclarecimento, a liberdade de recusa e a garantia de sigilo.

Conforme relatado, na reunião com os pais/responsáveis na escola, foram assinados quatro TCLE, a assinatura dos outros 35 foi realizada com apoio do ACS. O TCLE para os pais/responsáveis encontra-se no Apêndice B.

Uma semana antes do início das atividades educativas, foram assinados os Termos de Assentimento (Apêndice C) pelos adolescentes.

Após cada uma das oficinas do Projeto de Intervenção, os profissionais assinavam o TCLE (Apêndice D) e participavam de uma entrevista (Apêndice E).

Uma semana após as quatro atividades, a direção da escola (diretor e coordenador pedagógico) e a professora que acompanhava os alunos no horário de realização das atividades também assinaram o TCLE (Apêndice D) e participaram de uma entrevista (Apêndice F).

Para garantia do sigilo da identidade dos sujeitos participantes da pesquisa, as falas obtidas no desenvolvimento de todas as etapas do trabalho estão identificadas da seguinte forma:

- Assistente Social: A.S.
- Psicóloga: Psico.
- Farmacêutico: Farm.
- Enfermeira: Enferm.
- Policiais Militares: PM1 e PM2
- Professora: Prof.
- Diretor da escola: Dir.
- Coordenador Pedagógico: Coord.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, são exibidos os resultados da intervenção educativa sobre prevenção de drogas com os adolescentes. Inicialmente, apresentam-se os dados quantitativos deste estudo, isto é, as variáveis dos instrumentos pré o pós-teste, de acordo com os resultados da intervenção. Obtiveram-se, também, dos questionários as características gerais dos participantes, como a quantidade de alunos por gênero, média de idade, dentre outras.

Dando continuidade à apresentação dos resultados, estão descritos os dados qualitativos, nos quais se incluíram as opiniões e os comentários dos adolescentes e dos facilitadores, bem como o significado desta experiência para os sujeitos participantes da pesquisa (adolescentes, profissionais facilitadores, profissionais da escola e os pais/responsáveis dos alunos).

5.1 Caracterização dos sujeitos da intervenção – os adolescentes

Nesta seção, são apresentadas as tabelas dos dados obtidos dos questionários aplicados aos alunos antes e após a intervenção educativa. Os alunos, como descrito anteriormente, possuíam idades de 10 a 14 anos, tendo apenas um aluno fora da faixa escolhida (15 anos). Assim, a média de idade obtida foi de 12,2, com desvio padrão de $\pm 1,1$.

Na Tabela1, pode-se observar a divisão de alunos entre os gêneros masculino (61,5%) e feminino (35,5%), sendo significante maior a porcentagem de meninos com relação às meninas. Observou-se, ainda, que a maioria dos adolescentes (82,1%) respondeu que residia com a mãe, resultado significativo. Em seguida, constatou-se que 23 deles residiam com o pai (59%).

Outros dados relevantes apresentados na primeira tabela são que dos 39 alunos que participaram da intervenção educativa, 20 afirmaram não ter os pais vivendo juntos, sendo 17 (43,6%) porque os pais eram separados e 3 (7,7%) porque um deles havia morrido. Os outros 19 alunos (48,7%) responderam que os pais viviam juntos.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de escolares adolescentes.

Variáveis	n	%	IC 95%	p-Valor
Sexo				
Masculino	24	61.5	44.6 - 74.6	0.047*
Feminino	15	38.5	23.4 - 55.4	
Mora com				
Mãe	32	82.1	66.5 - 92.5	<0.001*
Pai	23	59.0	42.1 - 74.4	
Avós	17	43.6	27.8 - 60.4	
Irmãos	1	2.6	0.1 - 13.5	
Outros	7	17.9	7.5 - 33.5	
Tio	1	5.2	27.8 - 60.4	
Situação pais				
Vivem juntos	19	48.7	32.4 - 65.2	0.019*
Vivem separados	17	43.6	27.8 - 60.4	
Um ou dois deles já morreram	3	7.7	1.6 - 20.9	

IC = Intervalo de Confiança 95%. *p<0.05, Qui-quadrado

Nas tabelas seguintes, visualizam-se os demais dados obtidos dos questionários pré e pós-intervenção.

Inicialmente, apresentam-se as respostas dos adolescentes em relação aos indicadores comportamentais conducentes aos riscos de uso de drogas lícitas e ilícitas (Tabelas 2 e 3), em que se observa em algumas delas aumento de frequência de respostas pós-intervenção, o que pode representar que os adolescentes compreenderam melhor a pergunta depois da intervenção.

Na sequência, os dados referentes ao grau de escolaridade do chefe da família, à posse de alguns bens pela família (Tabela 4), à classificação das famílias dos adolescentes pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (Tabela 5), ao acesso dos alunos a informações sobre drogas por meios diversos e a conduta dos mesmos se quisessem obter informações sobre a temática (Tabela 6), às expectativas dos adolescentes sobre o futuro (Tabela 7) e, ainda, sobre o recebimento de auxílio do governo pelas famílias e sobre o

cumprimento de medida sócio-educativa pelos alunos (Tabela 8) e situação dos pais e o uso de drogas lícitas ou ilícitas (Tabela 9).

Destacam-se, a partir dos dados dos questionários, mudanças em relação ao número de faltas sem autorização dos pais. Antes da realização das ações educativas, 15 alunos (38,5% do total) haviam faltado aula sem autorização dos pais no último mês. Após a intervenção educativa, esse número caiu para menos da metade (7 alunos).

No geral, a Tabela 2 evidencia comportamentos de aproximação com o álcool e cigarro, drogas apontadas pelos adolescentes como as mais usadas pelo menos uma vez na vida.

Vale ressaltar em relação ao uso de álcool, que três alunos relataram no pré-teste ter consumido álcool no último mês. No pós-teste, nenhum relatou esse consumo no último mês, período de realização das oficinas educativas. Quando se observa o uso do cigarro, no pós-teste, o consumo no último mês aumentou para dois alunos, enquanto no pré-teste, foi apenas um.

Mais da metade dos adolescentes (56,4%) compraram bebidas alcoólicas, mesmo que não tenha sido para consumo próprio, evidenciando assim a facilidade de compra dessas substâncias por menores de idade, fato proibido por lei.

Obteve-se também o relato dos adolescentes acerca de substâncias energéticas, 12 (30,8%) no primeiro e 13 (33,3%) no segundo questionário. Porém, apenas um aluno no pré-teste e quatro no pós-teste relataram a ingestão dessas substâncias misturadas ao álcool.

Tabela 2 - Uso de drogas lícitas (álcool e cigarro) pelos adolescentes, avaliado pré e pós intervenção sobre uso de drogas.

	Pré- Intervenção n(%)	Pós- Intervenção n(%)	p- Valor
Falta de aulas sem autorização no último mês (n=39; n=39)	15 (38,5)	7 (17,9)	0.061
Já experimentou bebidas alcoólicas (n=39; n=39)	9 (23,1)	13 (33,3)	0.314
Consumo de álcool no último ano (n=39; n=0)	5 (12,8)	-	-
Consumo de álcool no último mês (n=39; n=39)	3 (7,7)	0 (0,0)	1.000
Compra de bebida alcoólica (n=39; n=39)	22 (56,4)	22 (56,4)	1.000
Quando bebeu pela primeira vez			
Durante os últimos 30 dias	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Há mais de um mês e menos de um ano	5 (55,5)	6 (46,1)	
Há mais de um ano	4 (44,5)	5 (53,9)	
Já bebeu energético (n=39; n=39)	12 (30,8)	13 (33,3)	0.808
Já misturou energético e bebida alcoólica (n=12; n=14)	1 (8,3)	4 (28,6)	0.330
Já fumou cigarro (n=39; n=39)	4 (10,3)	3 (7,7)	1.000
Uso de cigarros no último ano (n=39; n=0)	3 (7,7)	-	-
Uso de cigarros no último mês (n=39; n=39)	1 (2,6)	2 (5,1)	1.000

*p<0.05, Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Valores de amostras dispostos respectivamente (n_{pré-intervenção}; n_{pós-intervenção})

O estudo também revelou o uso de substâncias inalantes pelos adolescentes. Dos 39 alunos, três (7,7%) no pré-teste e cinco (12,8%) no pós-teste revelaram ter cheirado algum produto. As substâncias que foram cheiradas pelos alunos foram esmalte, cola e loló. Os alunos relataram ter conseguido estas substâncias em casa ou através de amigos.

Dos alunos que expressaram uso de substâncias inaláveis pelo menos uma vez na vida no pré-teste, dois relataram esse uso no último mês (antes da intervenção educativa). No pós-teste dos cinco que fizeram uso na vida, apenas um respondeu ter cheirado no último mês, período de realização das atividades educativas.

Em relação ao uso de remédios para emagrecer, observou-se, a partir dos questionários, que uma minoria de adolescentes fez uso dessas substâncias: dois alunos no pré-teste e um no pós-teste. No que se refere ao uso de tranquilizantes, nenhum adolescente em ambos os questionários afirmou ter tomado esse tipo de medicamento sem receita médica.

Vale destacar que na amostra completa (39 alunos) não houve resposta positiva para a droga fictícia (“Já tomou holoten, carpinol ou medavane?”).

A Tabela 3 mostra o uso de outras drogas ilícitas, como maconha, cocaína, LSD, dentre outras. Obteve-se o registro de adolescentes que já usaram maconha e cocaína, o que demonstra o conhecimento desse tipo de drogas no contexto desses alunos. Entretanto, não foi relatado uso de várias outras drogas, como crack, heroína, artame, bentyl, akineton, ou chá de lírio, ópio, remédios para se sentir “alterado/diferente”, LSD, êxtase, benflogin e anabolizantes.

Com relação ao uso da maconha e cocaína, constatou-se, por meio do segundo questionário, aumento do número de adolescentes que afirmaram ter experimentado essas drogas pelo menos uma vez na vida.

O uso de maconha no último mês reduziu de dois alunos para apenas um. Já a cocaína, um aluno havia relatado uso no último mês no pré-teste e nenhum afirmou ter consumido no pós-teste. Isso sugere mudança de comportamento dos adolescentes com relação ao uso dessas drogas.

Acrescente-se, ainda, a menção pelos adolescentes no pré-teste de outras drogas que acreditavam não terem citadas nos instrumentos, como pó e ripinol. Entretanto, pó refere-se à cocaína e ripinol ao medicamento tranquilizante Rohypnol, ambos presentes nos dois questionários. Ressalta-se que as drogas não foram novamente citadas após a realização das oficinas educativas (pós-teste).

Tabela 3 - Uso de drogas ilícitas pelos adolescentes, avaliado pré e pós-intervenção sobre uso de drogas.

	Pré- Intervenção n(%)	Pós- Intervenção n(%)	p- Valor
Já experimentou maconha ou haxixe? (n=39; n=39)	2 (5,1)	4 (10,3)	0.675
Uso de maconha no último ano (n=39; n=0)	2 (5,1)	-	-
Uso de maconha no último mês (n=39; n=39)	2 (100,0)	1 (25,0)	1.000
Quando fumou maconha pela primeira vez?			
Há mais de um mês e menos de um ano (n=1)	1 (50,0)	2 (50,0)	1.000
Há mais de um ano (n=1)	1 (50,0)	2 (50,0)	
Já usou cocaína (n=39; n=39)	2 (5,1)	3 (7,7)	1.000
Uso de cocaína no último ano (n=39; n=0)	1 (2,6)	-	-
Uso de cocaína no último mês (n=39; n=39)	1 (2,6)	0 (0,0)	1.000
Primeira vez que usou cocaína (n=2; n=3)			
Há mais de um mês e menos de um ano	1 (50,0)	2 (66,7)	1.000
Faz mais de um ano	1 (50,0)	1 (33,3)	
Uso de crack ou heroína (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Já tomou Artame, Bentyl, Akineton, ou chá de lírio? (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Já experimentou heroína ou ópio? (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Já usou remédios abaixo para se sentir “alterado/diferente (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Já usou LSD (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Já usou Êxtase (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Já usou Benflogin (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Já usou Anabolizantes (n=39; n=39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000

*p<0.05, Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Valores de amostras dispostos respectivamente (n_{pré-intervenção}; n_{pós-intervenção})

A Tabela 4 é referente ao grau de escolaridade do chefe da família e à posse de alguns bens pela família. Em relação ao grau de escolaridade, observaram-se mudanças nas respostas dos adolescentes no pré e no pós-teste, o que pode sugerir incerteza dos mesmos com relação a esse quesito. Por exemplo, três alunos (7,7%) afirmaram que os pais nunca

havam estudado no primeiro questionário; no pós-teste, nenhum aluno respondeu isso. Pode-se destacar heterogeneidade no grau de escolaridade do responsável pelos adolescentes, apresentando a maioria ter estudado até a 4^a, 5^a ou 6^a série do ensino fundamental (20,5% e 17,9%), seguido pelo ensino médio completo, que teve o mesmo resultado nos dois questionários (15,4%). Observa-se que a maioria das famílias dos adolescentes possuía bens de consumo, como geladeira, televisão, rádio, DVD, entre outros.

Tabela 4 - Avaliação do grau de escolaridade do chefe da família e posse de bens da família dos adolescentes, pré e pós-intervenção sobre uso de drogas.

	Pré- Intervenção n(%)	Pós- Intervenção n(%)	p- Valor
Grau de escolaridade do chefe da família (n=39; n=39)			
Nunca estudou	3 (7,7)	0 (0,0)	0.785
Fez até 1ª, 2ª ou 3ª série do ensino fundamental	4 (10,3)	3 (7,7)	
Fez até 4ª, 5ª ou 6ª série do ensino fundamental	8 (20,5)	7 (17,9)	
Fez até a 8ª série do ensino fundamental	3 (7,7)	4 (10,3)	
Fez até 1ª ou 2ª Série do Ensino Médio	4 (10,3)	6 (15,4)	
Terminou o Ensino Médio	6 (15,4)	6 (15,4)	
Fez Faculdade Completa	2 (5,1)	2 (5,1)	
Não Sei	9 (23,1)	11 (28,2)	
Tem TV em casa (n=39; n=39)			
Quantas	2.1±0.9	2.0±0.9	0.309
Tem videocassete em casa (n=39; n=39)			
Quantas	0.1±0.5	0.0±0.1	0.549
Tem DVD em casa (n=39; n=39)			
Quantos	1.3±0.5	1.4±0.7	0.842
Tem rádio em casa (n=39; n=39)			
Quantos	1.0±1.0	1.0±1.1	0.783
Tem banheiro em casa (n=39; n=39)			
Quantos	1.2±0.4	1.2±0.4	0.842
Tem automóvel em casa (n=39; n=39)			
Quantos	0.2±0.5	0.3±0.4	0.129
Tem empregado doméstico em casa (n=39; n=39)			
Quantos	0.1±0.3	0.1±0.3	1.000
Tem máquina de lavar em casa (n=39; n=39)			
Quantas	0.5±0.5	0.5±0.5	1.000
Tem geladeira em casa (n=39; n=39)			
Quantas	1.0±1.2	1.0±0.0	0.325
Tem freezer em casa (n=39; n=39)			
Quantos	0.5±0.6	0.5±0.6	0.904

*p<0.05, Qui-quadrado ou Exato de Fisher; †p<0.05, Teste de Wilcoxon. Valores de amostras dispostos respectivamente (n_{pré-intervenção}; n_{pós-intervenção})

A partir dos dados da Tabela 2, usou-se a escala da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013) para classificar os estudantes quanto ao nível econômico (de A1 a E). Os resultados estão na Tabela 5.

Nos Quadros 2 e 3, pode-se observar que cada item apresenta uma pontuação, a qual foi somada e relacionada a um corte de classificação econômica. A partir da pontuação obtida, as famílias são classificadas em classes, como visualiza-se no Quadro 4.

Quadro 2 - Pontuação a partir da posse de bens

Posse de itens no domicílio	Quantidade de bens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Fonte: Adaptado de ABEP (2013).

Quadro 3 - Pontuação a partir do Grau de Instrução do chefe de família

Escolaridade do chefe de família	
Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

Fonte: Adaptado de ABEP (2013).

Quadro 4 - Cortes do critério Brasil

Classe	Pontos	Renda média bruta familiar no mês em R\$
A1	42 - 46	9.263
A2	35 - 41	9.263
B1	29 - 34	5.241
B2	23 - 28	2.654
C1	18 - 22	1.685
C2	14 - 17	1.147
D	8 - 13	776
E	0 - 7	776

Fonte: Adaptado de ABEP (2013).

Como evidenciado na tabela 5, houve variações entre o primeiro e o segundo questionários. Tomando por base o pré-teste, a maioria das famílias dos adolescentes da turma que foi desenvolvida a intervenção educativa estava na classe C2 (38,5%), enquanto que no pós-teste, a classe foi a C1 (30,8%). Esta mudança está provavelmente associada à incerteza quanto ao grau de escolaridade e variação de bens, como automóvel, que seis alunos relataram possuir no pré-teste, enquanto que no pós-teste este número dobrou. Isso sugere incerteza de credibilidade nos dados relacionados a posses.

Tabela 5 - Classificação das famílias dos adolescentes, avaliada pré e pós-intervenção sobre uso de drogas, pelo Critério de Classificação Econômica Brasil.

Classe	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
	n(%)	n(%)
A1	0 (0,0)	0 (0,0)
A2	0 (0,0)	0 (0,0)
B1	1 (2,6)	1 (2,6)
B2	3 (7,7)	6 (15,4)
C1	11 (28,2)	12 (30,8)
C2	15 (38,5)	11 (28,2)
D	5 (12,8)	5 (12,8)
E	4 (10,2)	4 (10,2)

Pela Tabela 6, é possível analisar o acesso dos alunos a informações sobre drogas por meios diversos e qual a conduta dos mesmos para obter informações sobre a temática. No primeiro teste, 32 alunos afirmaram ter recebido informações sobre drogas, destes, 29 alunos receberam essas informações na escola. No pós-teste, os 39 adolescentes afirmaram ter recebidos informações sobre drogas e 100% indicaram obtenção de informações na escola, provavelmente associando à intervenção educativa realizada com a turma.

Outras formas de obtenção de informações foram também assinaladas pelos adolescentes: família, igreja, TV ou rádio, revistas ou jornais e internet. No primeiro questionário, um aluno ainda acrescentou outro meio de obtenção de informações sobre drogas: cursos.

É importante destacar, também, ainda com relação à Tabela 6, as condutas dos adolescentes, caso desejassem obter informações sobre a temática: 27 afirmaram no pré-teste que procuraria algum meio de obter informações. No pós-teste, 38 alunos (97,4%) fizeram a mesma afirmação, mostrando prováveis mudanças nas condutas após as ações educativas. Vale ressaltar que houve grande mudança em relação à conversa com profissionais de saúde, passando de apenas 9 alunos (33,3%), no pré-teste, para 30 (78,9%), no pós-teste e com os profissionais da escola: passou de 8 adolescentes (29,6%) para 29 (76,3%). A internet também foi apontada no pós-teste como ferramenta relevante para obtenção de informações sobre drogas pelos alunos: passou de 3 (11,1%) para 15 alunos (39,5%).

Tabela 6 - Obtenção de informações sobre drogas pelos adolescentes, avaliada no pré e pós-intervenção sobre uso de drogas.

	Pré- Intervenção n(%)	Pós- Intervenção n(%)	p-Valor
Teve informações sobre drogas (n=39; n=39)	32 (82,1)	39 (100,0)	0.012*
Na escola (n=32; n=39)	29 (90,6)	39 (100,0)	0.089*
Na família (n=32; n=39)	14 (43,8)	16 (41,0)	1.000
Na igreja (n=32; n=39)	8 (25,8)	9 (23,1)	1.000
Na TV ou rádio (n=32; n=39)	16 (50,0)	14 (35,9)	0.334
Em revistas ou jornais (n=32; n=39)	7 (21,9)	9 (23,1)	1.000
Na Internet (n=32; n=39)	5 (15,6)	10 (25,6)	0.387
Com amigos (n=32; n=39)	9 (28,1)	11 (28,9)	1.000
Outros: cursos	1 (2,6)	0 (0,0)	1.000
Se quisesse informações sobre drogas, você faria algo (n=39; n=39)	27 (69,2)	38 (97,4)	0.001*
Conversaria com funcionário da escola (n=27; n=38)	8 (29,6)	29 (76,3)	<0.001*
Conversaria com alguém da família (n=27; n=38)	20 (74,1)	33 (86,8)	0.191
Conversaria com alguém da igreja (n=27; n=38)	7 (25,9)	14 (36,8)	0.354
Procuraria informação em livros e revistas (n=27; n=38)	4 (14,8)	12 (31,6)	0.122
Procuraria informação na internet (n=27; n=38)	3 (11,1)	15 (39,5)	0.013
Conversaria com amigos (n=27; n=38)	7 (25,9)	16 (42,1)	0.179
Conversaria com profissional de saúde (n=27; n=38)	9 (33,3)	30 (78,9)	<0.001*

*p<0.05, Qui-quadrado; Valores de amostras dispostos respectivamente (n_{pré-intervenção}; n_{pós-intervenção})

Na Tabela 7, ressalta-se que os adolescentes demonstraram melhoria nas suas expectativas com relação ao futuro. No pré-teste, quatro alunos (10,3%) demonstraram nenhuma expectativa de acreditar em um futuro melhor e apenas dois (5,1%) repetiram a resposta no pós-teste. Com relação à resposta muitíssimo, observou-se aumento do número de

alunos que responderam a esse item: passou de quinze (38,5%) para 20 alunos (51,3%), isto é, mais da metade dos alunos passaram a acreditar muitíssimo em um futuro melhor.

Tabela 7 - Expectativas dos adolescentes com relação ao futuro.

	Pré- Intervenção n(%)	Pós- Intervenção n(%)	p- Valor
Com que intensidade você acredita que seu futuro será melhor (n=39; n=39)			
Nenhuma	4 (10,3)	2 (5,1)	0.716
Um pouco	1 (2,6)	1 (2,6)	
Mais ou menos	4 (10,3)	5 (12,8)	
Muito	15 (38,5)	11 (28,2)	
Muitíssimo	15 (38,5)	20 (51,3)	

*p<0.05, Qui-quadrado ou Exato de Fisher; Valores de amostras dispostos respectivamente (n_{pré-intervenção}; n_{pós-intervenção})

A Tabela 8 apresenta que muitas das famílias dos adolescentes recebiam ajuda do governo (18 alunos no pré-teste e 17 no pós-teste), sendo grande o número de alunos que afirmaram não saber se suas famílias recebiam algum benefício do governo (15 no pré-teste e 14 no pós-teste). Ressalta-se que 100% tinham ajuda do governo, esta se refere ao Programa Bolsa Família.

É significativo evidenciar ainda na Tabela 8, que após a intervenção educativa, 38 adolescentes (97,4%) afirmaram não ter cumprido medida socioeducativa do governo. Enquanto que antes das atividades educativas, 10 deles (25,6%) não souberam responder e apenas 1 (2,6%) não soube no pós-teste. Isso sugere que após as oficinas educativas, os alunos compreenderam melhor o que é cumprir alguma medida socioeducativa do governo.

Tabela 8 - Recebimento de ajuda do governo pelas famílias e cumprimento de medida socioeducativa pelos adolescentes, avaliada pré e pós-intervenção sobre uso de drogas.

	Pré- Intervenção n(%)	Pós- Intervenção n(%)	p-Valor
Sua família recebe ajuda do governo (n=39; n=39)			
Sim	18 (46,2)	17 (43,6)	0.840
Não	6 (15,4)	8 (20,5)	
Não sei	15 (38,5)	14 (35,9)	
Qual auxílio (n=18; n=17)			
Bolsa Família	18 (100,0)	17 (100,0)	1.000
Já cumpriu medida socioeducativa do governo (n=39; n=39)			
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0.007
Não	29 (74,4)	38 (97,4)*	
Não sei	10 (25,6)	1 (2,6)	

*p<0.05, Qui-quadrado ou Exato de Fisher; Valores de amostras dispostos respectivamente (n_{pré-intervenção}; n_{pós-intervenção})

Apresentam-se, na Tabela 9, dados referentes ao uso na vida de drogas (lícitas e ilícitas) e a situação dos pais (vivem juntos ou separados/um deles já morreu). É importante destacar que em quase todas as drogas, observaram-se mais alunos que já usaram em famílias de pais separados ou com um deles mortos.

Tabela 9 - Situação conjugal dos pais dos adolescentes e o uso de drogas lícitas ou ilícitas pelos alunos, avaliada pós-intervenção sobre uso de drogas.

	Pais vivem juntos (n=20) n(%)	Pais vivem separados/um deles já morreu (n=19) n(%)	p-Valor
Já experimentou bebida alcoólica	6 (30,0)	7 (36,8)	0.650
Já fumou cigarro	1 (5,0)	2 (10,5)	0.605
Já fumou narguile	0 (0,0)	0 (0,0)	1.000
Cheirou algum produto	3 (6,0)	2 (10,5)	1.000
Fumou maconha/haxixe	1 (5,0)	3 (15,8)	0.341
Já tomou remédio para emagrecer	0 (0,0)	1 (5,3)	1.000
Já experimentou cocaína	1 (5,0)	2 (10,5)	0.605

*p<0.05, Qui-quadrado ou Exato de Fisher; Valores de amostras dispostos respectivamente (n_{pré-intervenção}; n_{pós-intervenção})

Com base na observação dos dados quantitativos obtidos na aplicação dos questionários pré e pós-teste, sinaliza-se a importância de intervenções educativas do tipo educação em saúde para mudanças na vida dos adolescentes.

5.2 Intervenção educativa na prevenção de drogas na escola

5.2.1 Integração unidade de saúde e escola

Anteriormente à realização desse projeto de intervenção, a unidade de saúde e a escola somente interagiam para eventos isolados. Apesar de a escola possuir PSE, as ações do programa encontravam-se paralisadas, entretanto estavam ocorrendo movimentações para revitalização do mesmo. Com a realização do projeto na escola, ocorreu aproximação positiva entre as duas instituições, possibilitando abertura para o planejamento e a realização de outras atividades, antes executadas apenas pontualmente. A exemplo das atividades, citam-se: convite para participar de eventos da escola, execução de atividades pelas equipes de saúde da família, dentre outras.

Foi possível perceber fragilidade na interação pais-escola e unidade de saúde. Isso ficou visível no primeiro contato solicitado com os pais, por meio de um convite entregue pela escola aos alunos para que os mesmos entregassem aos pais, e no dia agendado, somente compareceram quatro pais/responsáveis.

5.2.2.1 Atividades educativas sobre prevenção de drogas – “aprendendo mais”

A intervenção educativa foi realizada por meio de uma sequência de oficinas, conforme apresentado no Quadro 1 (capítulo de metodologia). Iniciou-se com a Oficina 1, cujo tema foi **Os adolescentes e seus conhecimentos sobre drogas**. Essa atividade foi executada pelos membros da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, composta por uma assistente social, uma psicóloga e um farmacêutico.

A equipe do NASF utilizou como estratégia o jogo educativo. A turma foi dividida em dois grandes grupos (α e β). O objetivo da utilização dessa tecnologia foi promover uma atividade, na qual os envolvidos fossem sujeitos ativos no processo de construção do conhecimento, através de elemento lúdico (jogo) e de perguntas e temas que suscitaram o conhecimento e a vivência prévia do público em questão.

A atividade também foi pensada de forma a promover a reflexão sobre a temática do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, promover a troca de experiências a respeito do tema de uma forma próxima, contribuindo para formação do conhecimento e, conseqüentemente, prevenção às drogas.

O jogo consistia em um tabuleiro grande, com casas de cores diferentes, numeradas de 1 a 12 (Fotografia 3). O número de cada casa correspondia a uma questão que os adolescentes iriam responder. A escolha da questão ou desafio a ser respondido era obtido a partir do lançamento de um dado, contendo os números das questões. A partir da obtenção do número, um representante do grupo percorria as casas até chegar ao número obtido, onde ficava aguardando a pergunta ou o desafio.

Fotografia 3 - Jogo educativo confeccionado pela equipe do NASF.



Fonte: Foto pela autora

A equipe explicou como seria o jogo e que as questões se dividiam em desafios (cem pontos) e perguntas (cinquenta pontos), e que um representante diferente de cada equipe responderia com a ajuda do grupo a cada rodada. Os alunos estavam atentos e interessados durante a apresentação do que era o jogo. As perguntas utilizadas no jogo encontram-se no Apêndice G. Todas as questões foram contempladas e o representante do grupo respondia com ajuda dos demais colegas do grupo. As perguntas dirigidas a cada grupo e as respostas estão demonstradas no Quadro 5.

Quadro 5 - Síntese dos comentários das perguntas e respostas do jogo educativo

Grupo α		Grupo β	
Perguntas	Respostas dos adolescentes	Perguntas	Respostas dos adolescentes
Questão 1: Por que as pessoas usam drogas?	<i>Porque são incentivados. Porque oferecem. Porque são incentivados pelos amigos. Por causa das amizades. Porque acham que é legal.</i>	Questão 2: O que é um vício?	<i>É quando fuma maconha. É uma roubada. Quando rouba, quando faz qualquer coisa para sustentar o vício. Quando não consegue deixar.</i>
Questão 5: Mímica	<i>O aluno representante do grupo fez a mímica de uma criança sendo vacinada.</i>	Questão 6: Você é pai ou mãe de uma família e desconfia que seu filho faz uso de drogas. O que você faria?	<i>O diálogo começou com o pai dizendo de forma bem tranquila: Meu filho, você usa drogas? Responda, meu filho, eu não vou bater em você. Não vou matar você, por causa disso. Papai te ama, filho. O familiar intervém: Não use drogas, elas fazem muito mal à saúde. O filho responde: Eu não uso, papai, se usasse, eu ia dizer para o senhor.</i>
Questão 7: Desafio: cante uma música da sua escolha.	<i>Tarefa não foi realizada porque o representante da equipe se negou a cantar.</i>	Questão 8: Qual a diferença entre uma droga lícita e ilícita?	<i>A lícita é liberada. Lícitas têm pouco formol. As ilícitas fazem muito mal. As duas fazem mal.</i>
Questão 11: Quais as consequências do uso de drogas para um adolescente?	<i>Desrespeita os pais. Bate nos colegas. Não consegue se formar. Morre. Começa a roubar. Vai preso.</i>	Questão 9: É fundamental a presença da família no cotidiano dos adolescentes, pois eles necessitam perceber que os pais se preocupam com eles, que existe uma identidade familiar e que os problemas que surgirem são enfrentados pelo grupo e não pelos indivíduos isoladamente. Frase para suscitar reflexão e discussão do grupo	<i>A família tem que está do lado da pessoa. A família tem que ajudar. Ajudando a não usar drogas. A gente não deve esconder da família que usa drogas. Meu irmão andou fazendo coisa errada e não tinha contado para minha mãe, depois ela descobriu e aí ajudou ele. Agora, ele tem família – mulher e duas filhas e trabalha.</i>
Questão 12: Para vocês, as drogas prejudicam as relações familiares? Como?	<i>Sim. Desrespeita o pai e a mãe. Bate nos irmãos. Falta de respeito com o mais velho.</i>	Questão 10: Quais as consequências que as drogas causam no âmbito escolar?	<i>Falta a escola. Não consegue aprender. Tem preguiça. Desrespeita os professores.</i>

As drogas na visão dos adolescentes participantes chegavam por influência de amigos, reconheceram que presença da família na prevenção e no tratamento é importante, demonstraram conhecer as drogas, elencando várias delas e relataram que o uso contínuo leva ao vício, sofrimento da pessoa e família e morte.

Assim, com base nesse conhecimento dos adolescentes, os profissionais de saúde, facilitadores da atividade educativa, estabeleciam uma exposição dialogada, promovendo mais esclarecimentos sobre o tema para os adolescentes.

Com relação à questão 1, após as respostas dos adolescentes, os profissionais dialogaram com o grupo, confirmando os comentários dos participantes sobre o tema. Refletiram com os alunos que os adolescentes precisavam saber dos riscos de se usar drogas e alertaram que não se deveriam deixar as influências dos amigos ou de outras pessoas interferirem na decisão de cada um.

A explicação dada aos adolescentes com relação à questão 2 foi a de que vício é:

Quando a pessoa se torna dependente de uma substância ou de uma atividade. Por exemplo, tem gente viciada em jogo. Às vezes, a pessoa tem um vazio existencial, tem sentimentos ruins, tem tristeza dentro de si, tem conflitos familiares e acaba vendo as drogas como uma saída e acaba se tornando viciado (A.S.).

Outro facilitador completou: *O problema do vício é que você sempre quer usar mais. Nunca está satisfeito e acaba usando mais e mais as drogas (Farm.)*

No momento da questão 3, observou-se menor participação do grupo, provavelmente por não entenderem a diferenciação entre uso e abuso. Apenas um aluno se manifestou. Em seguida, a equipe de profissional explicou a diferença.

Em relação à pergunta 4, evidenciou-se que os alunos não escolheram uma droga e sim elencaram aquelas que conheciam, talvez pelo fato de as drogas circularem no espaço social no qual estes adolescentes convivem. Após a realização da atividade, o profissional farmacêutico, um dos facilitadores da equipe, informou aos adolescentes que o álcool é a droga mais utilizada nessa faixa etária. Esse dado corrobora com estudo do 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), que 59,3% dos jovens entre 10 - 19 anos já usaram álcool pelo menos uma vez na vida. Enquanto que o tabaco ficou com 17,9% dos estudantes. Além disso, 9,9% dos estudantes afirmaram ter usado outras drogas (crack, maconha, cocaína, dentre outras).

A questão 8 teve a sua explicação dada pelos facilitadores, confirmada por dados do SENAD (2013, p. 20), que elucida que drogas lícitas:

São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, como o álcool, cuja venda é proibida a menores de 18 anos, e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial..

Com relação à questão 9, uma das facilitadoras comentou com os adolescentes sobre a importância da família, do diálogo com familiares, da prevenção de drogas ter início dentro de casa, com a família, a partir disso se expandido para os outros espaços sociais.

Após responderem a todas as questões, a soma total de pontos, como a equipe α deixou de realizar uma atividade que valia 100 pontos, a equipe β foi a vencedora. Porém, a equipe do NASF comentou que todos foram vencedores e o objetivo não era ver quem sabia mais, e sim que todos participassem e contribuíssem. Em seguida, foi entregue um prêmio simbólico à equipe vencedora.

Foi possível observar durante todo o jogo maior participação dos meninos, foram, em maioria, os voluntários para lançar o dado e responder às perguntas. Ficou também evidente que os desafios (cem pontos) geravam grande euforia e maior desejo de ganhar. A Foto 4 registra momentos importantes desta primeira oficina.

Fotografia 4 - Momentos da primeira oficina.



Fonte: Foto pela autora

A segunda oficina teve como tema **O que são as drogas e quais suas consequências** e foi conduzida pelos Policiais Militares do Programa Educacional de

Resistência às Drogas e à Violência (PROERD) da Polícia Militar do Ceará, portanto com experiência na realização de atividades de prevenção de drogas com adolescentes na escola.

Inicialmente, foi realizada uma dinâmica, em que, oral e espontaneamente, os participantes responderam ao questionamento: “O que é mais importante na minha vida?” O objetivo foi despertar os adolescentes sobre seus valores e motivar a reflexão sobre si. As respostas a essa indagação foram: “*família*” / “*meu futuro*” / “*deus*” / “*minha mãe*” / “*estudo*”.

Na discussão sobre as respostas dos adolescentes, foi ressaltada por um dos facilitadores que a vida era muito importante e por isso deveria ser preservada, assim como o que se considera importante nela. Assim, somente é possível valorizar a vida se cuidar da própria saúde e das pessoas. Alguns registros do momento podem ser vistos na Foto 5.

Fotografia 5 - Momentos da 2º oficina.



Fonte: Foto pelos ACS

O Quadro 6 sintetiza as questões que estimularam participação dos adolescentes na segunda oficina com os policiais.

Quadro 6 - Síntese de perguntas e respostas da oficina 2

PM	Alunos
<i>Essa imagem lembra o que a vocês? (Imagem de uma Escola)</i>	<i>Uma classe. Uma sala de aula.</i>
<i>A sala de aula é algo positivo ou negativo? Por que é algo positivo?</i>	<i>Todos em coro responderam que é positivo. Porque nele tem nosso futuro.</i>
<i>O que são drogas?</i>	<i>O que faz mal à saúde / Álcool / Maconha / Pedra.</i>
<i>Qual a diferença entre drogas lícitas e ilícitas?</i>	<i>Lícitas: São as liberadas. Álcool / Cigarro Ilícitas: As que são proibidas. Cocaína / Maconha / Crack / Pedra maldita / Heroína</i>
<i>Existe algum problema em fazer o uso do álcool?</i>	<i>Sim</i>
<i>Os meios de comunicação falam a verdade sobre a bebida alcoólica?</i>	<i>Não</i>
<i>Qual o caminho das drogas?</i>	<i>Morte / Prisão / Ficar dependente até morrer.</i>
<i>O país mais liberal do mundo com relação à maconha é a Holanda. Nos Estados Unidos, alguns estados liberam o uso da maconha.</i>	<i>Por que a maconha é liberada em outros países?</i>

Observou-se, mais uma vez, que os adolescentes foram receptivos em responder às questões que foram utilizadas para provocar o debate com os facilitadores sobre o tema, estavam mais atentos para ouvir os profissionais e foram muito participativos. Assim como na oficina anterior, os meninos participaram mais.

Como na oficina 1, os adolescentes demonstraram conhecer as drogas e os riscos que elas provocam nas pessoas e famílias, seus aspectos negativos, consequências do seu uso, além de diferenciar drogas lícitas e ilícitas. Foi possível observar que na visão dos adolescentes, a sala de aula (a escola) é um espaço muito importante, devendo ser valorizado e bem cuidado. O caminho das drogas para os alunos leva à morte, privação da liberdade e dependência. Foi possível perceber também que alguns adolescentes tinham conhecimento de que, em alguns países do mundo, algumas drogas, consideradas ilícitas no Brasil, são liberadas.

O PM esclareceu que *Droga é qualquer substância que não é alimento e que vem a prejudicar o funcionamento do corpo e da mente. Exemplo: cigarro, álcool, maconha, dentre outras.* Com relação à diferença entre lícitas e ilícitas, o profissional, após a diferenciação, comentou que os medicamentos também são drogas lícitas e, por isso, deveriam ser tomados conforme a dose recomendada pelo médico e não ingerir sem prescrição médica, visto que muitas pessoas ficam viciadas em medicamentos sem necessidade.

Foi discutido que um tipo de droga lícita muito conhecida, o cigarro, contém inúmeros componentes tóxicos. Por meio de figuras ilustrativas, alguns componentes foram mostrados no slide, causando surpresa em muitos adolescentes, como naftalina, acetona, formol, dentre outras. Na sequência, foram exemplificados alguns efeitos nocivos do cigarro no organismo: problemas respiratórios, doenças cardíacas e prejuízo no desenvolvimento. Em seguida, foi apresentado um vídeo, que uma máquina consumia vários cigarros, simulando o que ocorre no organismo de quem fuma².

Também foi apresentado para discussão o poder na mídia, para influenciar as pessoas para o uso de drogas. De maneira que mostram pessoas felizes, saudáveis e bonitas, incentivando o consumo do álcool como bom. Este momento foi ilustrado com a exibição de um comercial de cerveja, confirmando que não apresenta a realidade do que o álcool é capaz de causar. A partir disso, foram esclarecidos os verdadeiros efeitos do álcool no organismo dos seres humanos e na sociedade.

O profissional divulgou por meio de imagens como é o caminho de quem abusa das drogas: penitenciária, mortes no trânsito, mãe chorando a morte de seu filho, caixão, violência, dentre outras. Em seguida, foi discutido sobre o trajeto do bem e como são muitas as atividades que se podem realizar sem as drogas. Foi então encerrada a atividade com um vídeo motivacional que mostrava vários jovens se divertindo com muitas atividades sem as drogas³.

A **Oficina 3** teve como tema **A prevenção do uso de drogas e a Saúde do Adolescente** e foi conduzida por uma enfermeira da Estratégia de Saúde da Família que atua no território que abrange a escola onde a maioria dos alunos moravam. A oficina teve início com uma dinâmica de acolhimento realizada pela profissional: foi entregue a cada um dos adolescentes um pedaço de um doce a base de uma substância chamada alcaçus. O objetivo da dinâmica foi estimular a discussão a partir do sentido do paladar e comparar o doce às drogas, pois, inicialmente, ele tem um sabor bem agradável e, posteriormente, um sabor forte, ácido, nada parecido com o sabor inicial. Os comentários dos adolescentes relacionados à dinâmica de acolhimento estão sintetizados no Quadro 7.

² Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=XIAhcN1gpzE>. Acesso em: 20 nov. 2013.

³ Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=rTDFygGOQNI>. Acesso em: 20 nov. 2013.

Quadro 7 - Síntese da participação dos alunos na dinâmica

Enfermeira	Alunos
<i>O que vocês acharam?</i>	<i>No início é saboroso, mas depois é azedo. / No começo foi ótimo, fica com gosto que não é mais bom. / Ficou muito ruim depois. / Eca, só é bom no começo.</i>
<i>Qual a relação que podemos fazer com quem usa drogas?</i>	<i>No começo, pensa que é bom, mas nem é. / Começa a usar, mas nem é bom.</i>

Ao final da dinâmica, a profissional completou: *No começo, as drogas parecem, para as pessoas que usam, muito boas, mas depois vem o azedo, o ruim* (Enf).

Em continuidade ao momento, a profissional conduziu a atividade por meio de uma apresentação de *slides* ilustrados, que continham figuras mostrando jovens em diversas situações, apresentando situações causadas pelas drogas, fotos de pessoas e de órgãos humanos antes e após o uso de drogas, dentre outras. Com isso, os alunos permaneceram atentos ao que foi mostrado. A cada imagem, era possível observar a euforia causada pela mesma.

O Quadro 8 apresenta as questões que estimularam a participação dos adolescentes e os principais comentários dos alunos relacionados aos *slides* ilustrados. Os questionamentos foram numerados para que se pudesse fazer referência aos mesmos de forma mais organizada.

Quadro 8 - Síntese dos comentários da oficina 3

	Questionamentos da profissional com imagens	Comentários dos adolescentes
1	<i>Adolescente é um bicho diferente.</i>	<i>Porque são rebeldes. / Porque tem muito sentimento. / Porque é danado. / Porque se amostra. / Porque não obedece aos pais. / Porque quer ser independente.</i>
2	<i>Onde vocês acham que tem mais drogas?</i>	<i>Goiabeiras / Jardim Iracema. / Aldeota. / Rio de Janeiro. / Paraguai. / Pirambu / Cracolândia. / Língua de cobra.</i>
3	<i>Imagem de um adolescente: O que esse jovem está fazendo?</i>	<i>Está drogado. / Está todo doído. / Está bêbado / Está Chapado / Está na corda bamba. / Praticando esporte.</i>
4	<i>Por que os adolescentes usam drogas?</i>	<i>Porque são incentivados. / Más companhias. / Falsas amizades. / Às vezes tem alguém na família que usa. / Porque vê o outro usando. / Alguns vão por si só. / Vão por ilusão, achando que vão ganhar dinheiro.</i>
5	<i>Situação 1: jovens estudando. Situação 2: jovens usando drogas. Vocês querem fazer parte de qual grupo?</i>	Todos: I.
6	<i>Quando o adolescente usa drogas tem conhecimento dos prejuízos que causa na sua saúde e na saúde de sua família, na sociedade?</i>	<i>Tem não. / Tem. / Às vezes sabe que é mal, mas mesmo assim vai porque está triste.</i>
7	<i>Por que um jovem que usa drogas faz a família sofrer?</i>	<i>Porque a família gosta dele. / Porque ameaça a família também. / Porque vende as coisas da casa.</i>
8	<i>O que significa esta imagem? (Homem acorrentado a inúmeras drogas)</i>	<i>É um homem aprisionado nas drogas. / Ele quer sair e não consegue. / Tem família que amarra.</i>
9	<i>Quais os efeitos das drogas?</i>	<i>Insônia. / Cansaço. / Problemas no cérebro e no pulmão. / Feridas. / Sujeira. / Problema no coração / Acidente / Morte.</i>
10	<i>Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)</i>	<i>Quem usa droga, não se lembra de usar camisinha. / É mais fácil pegar doença, se não usar a camisinha. / Conheço uma mulher que estava grávida e usava droga, o bebê nasceu doente.</i>
11	<i>O que vocês acham que protege o indivíduo das drogas?</i>	<i>Família. / A família protege dando conselho. / A mãe acompanhar as amizades. / A mãe não pode deixar o filho solto. / Os amigos não podem proteger. / Conversar com o pai e a mãe. / Mãe que tem o satanás nos couros não protege. / Os estudos protegem das drogas. / A gente passa muito tempo aqui, então a escola protege. / Os amigos fazem é incentivar. / Um namoro bom, protege. Namoro ruim leva para drogas.</i>
12	<i>Quem se sente protegido?</i>	Todos: Eu
13	<i>Eu escolho a liberdade.</i>	<i>Eu vinha voltando da escola para minha casa e tinha umas meninas na esquina usando drogas e me ofereceram, só que eu saí correndo e não aceitei. / Eu faço parte da igreja. / Eu jogo futebol. / Usar drogas é tudo de ruim / Nunca vou aceitar.</i>

Os adolescentes demonstraram conhecer os locais de maior concentração do uso de drogas, citando bairros do município de Fortaleza, outras cidades brasileiras e países. As características das pessoas que fazem o uso abusivo de drogas foram listadas pelos

adolescentes, além de comentarem os caminhos e motivos que levam ao seu uso. Mais uma vez, ficaram visíveis na fala dos alunos as consequências do uso abusivo de drogas, sendo trazidos por eles nesta terceira oficina, os efeitos negativos para o organismo, como também para a família e sociedade. Fizeram também a associação direta das drogas e a dependência, o aprisionamento, além da relação entre o uso de drogas e não uso de preservativo e, conseqüentemente, doenças e má formações congênitas de bebês.

Com relação ao primeiro questionamento, foi esclarecido que adolescente não é bicho no sentido de ser um animal, mas de ser uma fase diferente, que necessita de uma atenção por parte da escola, da família e da sociedade.

No questionamento 2, a facilitadora ressaltou que não existem drogas apenas em bairros pobres, mas em todos os bairros.

No terceiro questionamento, apenas a última resposta (Quadro 8) foi explicada que não era verdadeira, pois pelas características que o jovem apresentava não mostrava que ele estava praticando esportes. Mais uma vez, foi resgatada a comparação com a dinâmica inicial, de que pode até parecer interessante as drogas no início, mas depois, os verdadeiros efeitos, que são negativos, aparecem.

No questionamento 8, a partir das respostas, foi comentado que as correntes que prendem as pessoas às drogas trazem problemas de comportamentos, doenças, desastres, mortes, falta de higiene, perda de apetite, dentre outros inúmeros efeitos. A partir disso, os adolescentes citaram outros efeitos mostrados no nono questionamento do quadro. Foi então apresentada uma sequência de imagens, demonstrando tudo que a profissional comentou com a ajuda dos alunos: órgãos comprometidos, pessoas sujas e magras, cérebro com lesão e várias outras.

Com relação às DST, os comentários da facilitadora reforçaram as respostas dos alunos, explicando a relação das drogas com a prostituição, gravidez não planejada, crianças com defeitos graves e sérios problemas de saúde, além dos abortos. Os adolescentes citaram ainda algumas DST que conheciam e possíveis de serem obtidas através do sexo inseguro: hepatite e HIV.

Com relação ao questionamento 11, a profissional apresentou os fatores de risco e os fatores protetores associados ao uso de drogas. Tais fatores discutidos foram relacionados ao indivíduo, à família, à escola, à sociedade e à droga.

Por fim, o último *slide* (questionamento 11) foi lido por todos e a partir deles, os adolescentes expressaram situações pessoais, tais comentários estão contidos no Quadro 8. Alguns momentos da oficina 3 podem ser vistos na Foto 6.

Fotografia 6 - Alguns momentos da 3ª oficina.



Fonte: Foto pelos ACS

Nessa terceira atividade, foi possível observar que os alunos estavam muito eufóricos, alguns bastante dispersos e outros conversavam muito. Pode-se atribuir isso ao fato de que naquele dia, eles não tiveram outras aulas, pois os professores faltaram. Ficaram praticamente a manhã inteira brincando na quadra da escola, vindo então para a atividade agitados. Outro fator importante que dificultou foi a ausência do professor no momento da atividade (também havia faltado).

A **Oficina 4** foi a última e o tema foi **Construindo a bandeira da prevenção de drogas pelos adolescentes**. Este último momento teve como facilitador a pesquisadora, iniciando com a dinâmica de acolhimento “Balão das expectativas ou dos desejos” (Anexo E). A atividade pode ser vista na foto 7.

Fotografia 7 - Realização da dinâmica “Balão das expectativas ou dos desejos”.



Fonte: Foto pela autora

A dinâmica despertou muito interesse no grupo, pois consistiu em uma atividade diferente, que por meio de um momento bem dinâmico e lúdico, os adolescentes puderam expressar desejos e/ou expectativas para o último encontro. Como se repetiram muito, as expectativas dos adolescentes foram resumidas e sintetizadas no Quadro 9.

Quadro 9 - Síntese das expectativas dos adolescentes para o 4º momento

<i>Diversão</i>	<i>Quero perguntas e respostas</i>	<i>Uma aula bem legal</i>	<i>Mais educação dos colegas</i>
<i>Saber mais das drogas</i>	<i>Brincadeiras</i>	<i>Merenda com filme</i>	<i>Algo diferente</i>
<i>Assistir a filmes</i>	<i>Aprender e escutar</i>	<i>Ver as fotos da outra aula</i>	<i>Ser inesquecível e divertido</i>
<i>Aprender muito mais</i>	<i>Muitas coisas</i>	<i>Informar o mal das drogas</i>	<i>Que seja muito interessante</i>

Em continuidade, foi iniciada uma conversa da facilitadora com os adolescentes sobre o que é uma Bandeira e o que ela representa. Os comentários deles foram: *Toda bandeira tem um símbolo. Representa nossa cidade. Representa o nosso país. Serve para representar. Simboliza sempre alguma coisa.*

Foram exibidas diversas bandeiras de países, estados, cidades e times, reforçando os comentários anteriores a respeito do que é uma bandeira, o que representa e qual sua importância.

Os adolescentes foram divididos pela pesquisadora com numeração de 1 a 9 (total de nove grupos), sendo sete grupos com quatro alunos e dois grupos com cinco alunos. Essa quantidade de equipes foi escolhida para que a maioria dos grupos formados ficasse com no máximo cinco alunos e tivesse assim maior participação de cada um dos membros.

Para construção das bandeiras, cada grupo recebeu uma bandeira em branco construída pela pesquisadora com cartolina (Foto 8). Além disso, foi disponibilizado para cada grupo um kit contendo canetinhas e pincéis atômicos de cores variadas.

Fotografia 8 - Bandeira entregue aos adolescentes para construção da equipe.



Fonte: Foto pela autora

A partir desse momento, cada equipe passou a construir a sua bandeira de prevenção das drogas e ao final mostrou para os colegas o resultado.

Durante a realização da atividade em grupo, pode-se destacar o empenho e o interesse dos alunos. Foi possível observar que quase todos se mostraram empolgados em realizar a atividade com êxito, dando ideias e cada um, colaborando para a construção final. As equipes foram bem participativas. Alguns registros deste quarto encontro podem ser vistos na Foto 9.

Pode-se observar a manifestação de interesse dos alunos na execução das atividades por meio das seguintes falas: *Vamos fazer uma que tem muitas drogas e mostrando que é proibido. Acho que fica bonito se a gente botar uma bandeira com proibindo usar drogas. Massa demais esse trabalho. Vamos botar parecido com aquela figura no dia da polícia.*

Fotografia 9 - Alguns momentos da quarta oficina.



Fonte: Foto pelos ACS

O resultado final de todas as equipes pode ser visualizado nas fotos 10 e 11.

Fotografia 10 - Bandeiras construídas pelos adolescentes.



Fonte: Foto pela autora

Fotografia 11 - Bandeiras construídas pelos adolescentes.



Fonte: Foto pela autora

5.2.2.2 Caixa de opiniões – Incentivando e ampliando a participação dos adolescentes

A Caixa de Opiniões (Foto 12) consistiu em um importante dispositivo para coletar os depoimentos dos alunos em cada oficina, visto que alguns deles poderiam não ter coragem de fazer algum comentário ou perguntar no momento da realização das atividades. Porém, a maioria deles não apresentava problemas em se expressar oralmente, participando ativamente do processo de realização das quatro oficinas, agregando valor ao trabalho desenvolvido.

Fotografia 12 - Caixa de opiniões.



Fonte: Foto pela autora

Na primeira oficina, os adolescentes não se manifestaram. As opiniões quanto aos demais encontros estão expressas no Quadro 10.

Quadro 10 - Síntese da utilização da Caixa pelos adolescentes

Segunda oficina	Terceira oficina	Quarta oficina
<p><i>Adorei o encontro.</i></p> <p><i>Aprendi muito hoje.</i></p> <p><i>Estou gostando muito do curso.</i></p> <p><i>Vai ter para as outras turmas?</i></p>	<p><i>Eu acho muito bom o nosso encontro.</i></p> <p><i>Como posso botar a camisinha?</i></p> <p><i>Quanto mais gente nova melhor porque vamos parar de ir para essa droga do mal.</i></p> <p><i>Eu quero que vocês aumentem nossos encontros na semana. Esse curso é muito legal. Não falto nenhuma terça-feira para ver a palestra de cada dia outros professores.</i></p> <p><i>Gostei muito. Só não gostei da bagunça das meninas. Foi muito legal.</i></p> <p><i>Muito obrigada pela atenção. Falar sobre drogas e o que ela causa várias doenças. Obrigada mais uma vez a todos. Vocês ensinam a gente.</i></p> <p><i>Droga faz mal, ela causa dependência. Obrigada pela atenção.</i></p>	<p><i>Adorei tudo.</i></p> <p><i>Vocês voltam quando?</i></p> <p><i>Gostaria que meus amigos tivessem mais educação.</i></p> <p><i>Muito obrigado pelas palestras. Continue essa pessoa alegre.</i></p> <p><i>Gostei muito de tudo.</i></p> <p><i>Desculpa os meus colegas mal educados.</i></p> <p><i>Não demora a voltar.</i></p>

5.2.2.3 Avaliação das atividades pelos adolescentes

Para finalizar cada encontro, foram utilizados instrumentos de avaliação diferentes a cada semana, com objetivo de que os adolescentes expressassem suas opiniões sobre cada momento de uma maneira que não se tornasse cansativa para eles.

Ao final da **oficina 1**, foi aplicado um instrumento de avaliação (Apêndice H), sendo preenchido por 32 dos 33 presentes. Trinta (93,75%) dos adolescentes classificaram a atividade como Boa; dois adolescentes (6,25%) como atividade Regular. No Quadro 11, visualizam-se as respostas que mais representaram o grupo, referentes à questão 2 do instrumento de avaliação.

Quadro 11 - Avaliação dos alunos durante a primeira oficina

O que eu sabia	O que aprendi	Como vou procurar melhorar
<p><i>Sabia algumas coisas. Sabia que usar droga não é bom para a saúde. Muito pouco, agora aprendi mais sobre drogas, a não usar drogas, não matar e nem roubar. Sabia que as drogas faz mal, que nós temos ficar bem longe delas. Eu sabia que droga não é uma coisa boa. Que não podia usar drogas. Sabia que as drogas faziam mal. “Eu já sabia sobre a maconha.</i></p>	<p><i>Que não devemos usar drogas, porque faz mal e que o maior número de adolescentes usa álcool. Que as drogas fazem mal a saúde e pode até mesmo viciar e morrer com isso. Aprendi muito, como NÃO usar drogas. Aprendi várias coisas hoje. Eu aprendi coisas interessantes sobre como prevenir as drogas. Eu aprendi que droga não tem futuro. Que usar droga é ruim, não é bom o incentivo. Várias coisas sobre as drogas, que não devemos experimentar, devemos escolher boas amizades, para não experimentar. Tem muitas formas de drogas e leva para dependência química. Algumas drogas são liberadas para ser usadas. Eu aprendi que a pessoa pode ser incentivada a usar drogas por causa dos amigos não confiáveis. O que a droga pode causar na família e na escola. Que usar droga é errado.</i></p>	<p><i>Respeitando os outros e não usando drogas. Não usar drogas. Aprendendo mais coisas. Não esconder as drogas, contar para os pais. Dar muita atenção sobre as drogas. Lendo, assistindo jornais e pesquisar algo sobre drogas. Tudo deve contar a minha família e nunca esconder nada. Sempre que um amigo vier oferecer não aceitar porque vai piorar sua situação. Não usando. Procurar o melhor para a gente. Andar com boas companhias e boas amizades. Não fazendo coisas ruins tipo fumar. Não se envolvendo com drogas. Ouvindo a família. Seguindo os conselhos.</i></p>

A avaliação do segundo encontro consistiu na dinâmica de avaliação denominada “Em três palavras” (Anexo D). Dos 36 alunos presentes, todos entregaram a folha que continha as três palavras que, para eles, representaram o momento. As palavras que mais se repetiram encontram-se sintetizadas no Quadro 12.

Quadro 12 - Síntese da avaliação do segundo encontro: palavras que mais se repetiram

<i>Muito bom</i>	<i>Demais</i>	<i>Maravilhoso</i>
<i>Aprendi muito</i>	<i>Educativo</i>	<i>Importante</i>
<i>Muito legal</i>	<i>Adorei</i>	<i>Diferente</i>
<i>Droga não</i>	<i>Emoção</i>	<i>Vida</i>
<i>Ótimo</i>	<i>Alegria</i>	<i>Gostei</i>
<i>Controle</i>	<i>Compreensão</i>	<i>Atenção</i>
<i>Muito massa</i>	<i>Educativo</i>	<i>Saudável</i>
<i>O máximo</i>	<i>Amei</i>	<i>Aprendizagem</i>
<i>Surpreendente</i>	<i>Felicidade</i>	<i>Paz</i>

No final do terceiro encontro, foi realizada a avaliação da oficina desenvolvida por meio do instrumento que está disponível no Apêndice I. Dos 35 alunos presentes, 31 devolveram o instrumento de avaliação preenchido. A terceira questão do instrumento se referia a sugestões e foi colocada como opcional. As respostas que representaram o grupo estão no Quadro 13.

Quadro 13 - Síntese da avaliação da terceira oficina

O que achei do encontro de hoje?	O que mais chamou minha atenção no encontro de hoje?	Sugestões
<p><i>Muito bom.</i> <i>Muito legal.</i> <i>Legal e muito divertido.</i> <i>Muito bom e legal.</i> <i>Maravilhoso.</i> <i>Ótimo.</i> <i>Só a massa.</i> <i>Muito interessante.</i></p>	<p><i>Combinação formidável.</i> <i>As doenças.</i> <i>Foi o que vimos nas imagens.</i> <i>A palestra da doutora.</i> <i>Saber mais sobre a saúde.</i> <i>Como a nossa saúde fica.</i> <i>As consequências que a droga faz com um ser humano.</i> <i>A hora da explicação.</i> <i>Saber porque não usar drogas.</i> <i>O ensinamento interessante.</i> <i>Sobre o efeito que acontece se usar drogas.</i> <i>O tema sobre as drogas.</i></p>	<p><i>Poderia ter mais tempo e explicar mais sobre o que as drogas fazem.</i> <i>Falar de outras drogas.</i> <i>Aumentar os encontros na semana.</i> <i>O que mais o crack pode fazer.</i> <i>Ter mais encontros.</i></p>

Para finalizar o último encontro, foi realizada a avaliação momento, em que foi utilizado um instrumento que possuía duas questões (Apêndice J). Todos os alunos responderam e as respostas estão sintetizadas no Quadro 14.

Quadro 14 - Síntese da avaliação do quarto encontro

Como você se sentiu realizando esta atividade?	O que a atividade representou para você?
<p><i>Bem, porque era contra as drogas. Muito feliz pelo trabalho em grupo. Legal, concentrada, interessada. Muito bem. Foi muito legal, eu adorei. Muito legal. Muito alegre. Feliz. Maravilhoso. Muito bem. Adorei fazer aquela bandeira. Me senti muito bem porque eu aprendi muita coisa sobre as drogas. Bom e tranquilo. Curioso. Me senti bem legal, amorosa, companheira. Meio nervoso. Esse projeto é muito legal. Animada. Eu me senti orgulhoso. Feliz por vocês terem vindo. Eu me senti que eu combati as drogas.</i></p>	<p><i>Ela representou que as drogas matam e causam doenças. Muito importante para meu aprendizado. Representou para mim muito. Eu aprendi a escolher amizades e não experimentar drogas. Muitas coisas. Aprender mais sobre as drogas. Um trabalho muito interessante. Várias coisas: não usar drogas, não devemos roubar, que o cigarro tem várias substâncias tóxicas. Mais educação. Uma boa influência para não uso de drogas lícitas e ilícitas. Que a droga mata e prejudica as pessoas. Representou muito para mim, foi muito bom fazer essa bandeira sobre as drogas, foi muito massa. Tudo me ensinou que não devo usar drogas. Um símbolo inspirador. Muito bom para todos nós. Muito. Construir uma bandeira contra as drogas. Muitas coisas boas e legais. A bandeira das drogas foi muito bom. Ela representou dados dos outros dias.</i></p>

5.3 A experiência dos profissionais na atividade educativa - A escola e os profissionais na prevenção das drogas

5.3.1 Visão dos profissionais facilitadores na condução da atividade educativa

Nesta sessão, apresentamos os depoimentos/falas dos profissionais que participaram das atividades educativas. Ao todo foram sete profissionais envolvidos de seis categorias profissionais diferentes, como pôde visualizar no Quadro 1, os quais atuaram como facilitadores das atividades educativas, sendo um deles a pesquisadora, portanto o único facilitador que não foi entrevistado. A diversidade dos profissionais na execução da

intervenção educativa permitiu visão multidisciplinar sobre o tema drogas, o que de fato atende, dado a complexidade que envolve, os aspectos relacionados à sua prevenção.

Nos depoimentos dos profissionais, percebeu-se a preocupação em realizar as atividades de forma a chamar a atenção dos alunos, com uma metodologia mais participativa, incentivando os adolescentes a expressarem os seus conhecimentos prévios e se sentirem à vontade com a temática abordada.

A atividade foi planejada de uma maneira bem lúdica, de forma que a gente pudesse ter a participação dos adolescentes, que são da faixa etária de 10 a 14 anos. Então a gente imaginou que de uma maneira dinâmica, que trouxesse o lúdico aos elementos do jogo, a gente obteria maior participação deles. Então, a gente pensou de forma a aumentar a participação deles (Psico.).

Eles contribuíram conosco e a gente pôde levar assuntos, que apesar de serem pertinentes, já fazem parte da vivência deles, do cotidiano, a gente levou de uma forma mais dinâmica, de uma maneira mais clara para eles (A.S.).

... eu já procurei na apresentação ao invés de muito conteúdo escrito, trazer mais imagens porque eu tinha pensado numa técnica mais projetiva (Enferm.).

...e aí quando você coloca a imagem, eu acho que ela fala muito, tanto é que nas avaliações eles citam as figuras, as imagens, porque a imagem fica gravada às vezes muito mais do que o próprio conteúdo escrito (Enferm.).

...nas falas deles você pode perceber que a técnica de projeção, essa técnica da gravura, da figura, da imagem, ela é uma atividade que realmente traz à discussão aquilo que eles veem e como essa imagem gera neles algumas informações ou algum impacto (Enferm.).

...não se tornou um trabalho cansativo, através de vídeos motivacionais, através de assuntos (relacionados) de acordo com a faixa etária deles. Então acredito que foi um trabalho bem realizado (PM1).

Os profissionais relataram ter observado que os adolescentes demonstraram ter conhecimentos prévios sobre o assunto, o que foi considerado importante para condução da temática. Houve preocupação de resgatar o conhecimento existente.

Eu até me surpreendi com as declarações dos alunos, eles até sabiam mais do que eu suspeitava, então para mim o nível deles pra tentar combater este tipo de problema, eu achei muito bom (Farm.).

...e o que eu percebi é que os alunos já tinham um certo conhecimento, então achei bem mais fácil poder desenvolver esse trabalho com eles... (PM1).

A gente percebeu que eles trouxeram realmente que tinham um conhecimento, que tinham vivência (Psico.).

A gente tem que partir do ponto que já existe um conhecimento. Então, a gente precisa aproveitar isso e construir alguma coisa, em conjunto com o indivíduo (Psico.).

A atividade educativa no ambiente escolar foi valorizada por todos os profissionais. Neste sentido, a escola como espaço de promoção da saúde faz parte de política pública, integrando-a no território da atenção. As narrativas que seguem corroboram com essa afirmação:

... a droga é uma questão social, que muda os comportamentos na escola, que a violência acaba atingindo a escola. Por conta do uso de drogas, há muita evasão escolar. Então é um tema importantíssimo pra ser colocado nas escolas em forma de prevenção mesmo (Psico.).

Para mim foi o melhor local, aqui estão protegidos de algum familiar que possa usar alguma substância e de amigos ou alguém conhecido de traficantes ou alguma coisa na área deles. Então eu acho que o local na escola é o mais seguro para eles, para eles tentarem se abrir mais (Farm.).

Eu gostei de ser na escola porque é um ambiente já familiar para eles. Eles já estão lá, eu acho que facilita a execução da atividade e eu acho que eles se sentiram até mais à vontade do que se fossem para outro espaço diferente, desconhecido. Eu acho que a proposta foi muito boa (A.S.).

O melhor local para ser realizada este tipo de atividade, na minha concepção, é na escola mesmo, porque os alunos já estão no ambiente de aprendizado, então nada melhor que poder formar essa aliança entre a escola, posto de saúde e entre a Polícia Militar. Enfim, todos os fatores que vierem a somar, estando juntos com a escola, acredito que seja algo bem positivo (PM1).

Muito bom ser na escola, porque é o habitat da criança, é onde ela vem aqui com intuito de aprender ou ser uma pessoa melhor no futuro. Não teria lugar melhor para desenvolver o projeto (PM2).

Eu vejo que a escola é o celeiro de informação, é aqui que esses meninos estão passando de uma série para outra, então eles estão crescendo, tanto físico como intelectualmente. É aqui a ambiência deles, então por ser o espaço deles, com certeza é o local onde eles estão à vontade para tudo: para se expressar, para participar ou não, porque é a casa deles, onde eles se sentem com liberdade para isso. Então eu acho que não poderia ser um espaço melhor (Enferm.).

A saúde não pode se apartar da escola e nem por ser uma turma difícil podemos dizer que ela não vai participar (Enferm.).

Assuntos importantes para prevenção de drogas, como a família, foi preocupação dos profissionais no desenvolvimento das atividades, como podemos observar no comentário: *Nós tentamos trazer nas perguntas e nos desafios as questões das drogas também relacionadas à saúde, à família, a questões mais amplas (Psico.).*

Alguns profissionais sentiram-se desafiados no planejamento e na execução das suas respectivas oficinas. Vejamos algumas declarações:

Apesar de já trabalhar com a temática de prevenção do uso de drogas, foi um desafio porque trabalhar com crianças e adolescentes requer certo dinamismo, uma postura diferenciada, mas foi uma troca de experiências (A.S.).

Bom, é uma superação, porque você lidar com um monte de adolescentes, cada um, uma cabeça. Eles não têm muita concentração, mas assim, o assunto chamou a atenção deles (Farm.).

Eu me senti desafiada o tempo inteiro, porque trabalhar com adolescentes é um desafio, trabalhar com muitos adolescentes é um desafio maior ainda, trabalhar essa temática é ainda mais difícil (Enferm.).

... para o profissional que está na atividade isso se constitui um desafio muito grande, trazer a todo o momento esse adolescente para participar e não deixar que essa participação desses adolescentes desvirtue totalmente o objetivo da atividade (Enferm.).

Na visão dos profissionais que atuaram como facilitadores, as atividades desenvolvidas foram avaliadas como proveitosas e realizadas com êxito. Esta informação é confirmada pelos comentários seguintes:

Achei muito bom, achei muito proveitoso (Psico.)

Bem, eu considero a atividade muito relevante. Ela tem efeito. Apesar de ser o primeiro momento, de ser o primeiro encontro, mas a gente já percebe que surtiu um efeito. Mesmo diante de certa imaturidade de alguns, que apesar de terem mais novos de 10, 11, 12 anos, mas a gente percebe que ainda assim a gente conseguiu levar um certo conhecimento, diante do que eles vivenciam. Eu acho que é um resultado satisfatório, é positivo. Eu vejo pelo lado positivo (A.S.).

...não se tornou um trabalho cansativo, através de vídeos motivacionais, através de assuntos (relacionados) de acordo com a faixa etária deles. Então acredito que foi um trabalho bem realizado (PM1).

Atividade proveitosa. A gente vê que os alunos numa situação diferente eles se envolvem de verdade e isso é bom para eles e quando eles se envolvem, eles aprendem mais (PM2).

Acredito que tenha sido benéfico, porque nós podemos ter como resultados mediatos que os alunos viram as consequências das drogas e eles trazem isso para si. Também podemos ver, talvez até a longo prazo, caso eles levem essas informações para os familiares, para os amigos, para que eles também se mantenham longe das drogas (PM1).

Trabalho proveitoso, já que nós já fazemos esse trabalho no nosso dia a dia (PM2).

Por fim, evidencia-se nos próximos comentários que os facilitadores sentiram-se satisfeitos em realizar as atividades do Projeto de Intervenção para prevenção das drogas na escola:

Eu me senti ótima, porque é uma coisa que me identifico muito. Primeiro que me identifico muito trabalhando com essa faixa etária, crianças e adolescentes. Me identifico muito fazendo atividades que envolvem dinâmicas. Gosto mais de ouvir do que falar, porque eu acredito em ouvir a experiência das pessoas e trabalhar com isso. Então, para mim foi excelente, da minha parte foi uma experiência muito boa, com certeza (Psico.).

Eu gostei demais. Me senti bem, me fez bem. É sempre bom a gente trabalhar com diversos públicos, diversas categorias. São adolescentes e a gente acaba tendo um pouquinho de desgaste, mas acredito que seja uma troca (A.S.).

Bem tranquilo, afinal já é o que faço no meu dia a dia. A minha aula no dia a dia é relacionada ao PROERD, que é um programa de prevenção às drogas e a cada dia da semana eu trabalho um tema específico sobre as drogas. Aqui foi algo diferente, porque tivemos que fazer certo resumo, mas nada diferente do meu habitual (PM1).

Nada mais gratificante do que ajudar no fortalecimento de um trabalho como esse (PM2).

5.4 O projeto de intervenção na visão dos profissionais da escola

Uma semana após a realização dos quatro momentos com os alunos, foram realizadas as entrevistas com os profissionais da escola. Foram três profissionais entrevistados: a professora que acompanhou as atividades, o diretor da escola e o coordenador pedagógico.

Os profissionais da escola, assim como os facilitadores, demonstraram em suas falas a importância das atividades educativas terem sido desenvolvidas no ambiente escolar. Os depoimentos a seguir corroboram com essa informação:

...esses tipos de trabalhos que vêm sendo desenvolvidos por alguns pesquisadores nas Unidades de Ensino são sempre muito importantes, eles trazem novos conhecimentos, novos saberes, novas relações entre os estudantes e o conhecimento... (Dir.).

Importante ser na escola, pois além dos alunos na comunidade que eles vivem terem muito contato com isso, pode abranger um maior número de adolescentes no projeto (Prof.).

Para mim foi uma benção porque eu acho um espaço privilegiado. Todo espaço é espaço de produção de conhecimento, mas o espaço mais privilegiado para produção de conhecimento, para o debate de questões polêmicas, questões importantes como a questão das drogas, o espaço privilegiado é o espaço escolar... (Dir.).

Foi possível também observar nos comentários dos profissionais que as atividades trouxeram vantagens para os alunos, sendo isso demonstrado pela mudança de comportamento e de receptividade às atividades e à pesquisadora.

...a gente percebe seu empenho e vê como os meninos já estão encarando essa temática com mais propriedade, a partir dos encontros que estão sendo desenvolvidos, das discussões, das apresentações das temáticas. É um momento pra eles diferente dos momentos da escola, que chama a atenção deles e esse chamamento de atenção propicia essa questão de abrir um horizonte maior para o debate do tema que está sendo desenvolvido por você e pelos meninos (Dir.).

Para os alunos foi positivo porque é sempre importante que eles tenham essa reflexão sobre as drogas, que é prejudicial, que eles passam, apesar de que na comunidade que eles vivem ter o contato bem próximo com as drogas, a refletir sobre esse assunto e acaba sendo uma prevenção para que aqueles que não têm contato evitem usar (Prof.).

...a gente já foi observando uma mudança na recepção deles, quando eles já nos procuram na segunda-feira perguntando se na terça-feira teria o encontro, se a Dra. já tinha chegado. Então, não posso falar das atividades em si porque eu não acompanhei de dentro da sala,, mas posso falar da receptividade dos alunos, porque conhecendo a turma, eu imagino que eles estavam tendo uma oficina que estava fazendo bem para a vida deles (Coord.).

Essa oportunidade é muito importante para todos os alunos da escola pública, principalmente para o Ensino Fundamental II, que a gente sabe que precisa dessa atenção especial, porque é um período de pré-adolescência, de transição. Que os meninos estão se conhecendo e às vezes isso gera uma instabilidade (Dir.).

Na fala dos entrevistados também se visualizou que eles reconheceram a importância das atividades para os adolescentes participantes.

Essas atividades, eu acredito que vão ampliar o cognitivo dos meninos no que tange à aprendizagem mesmo. Mas também essa visão mais ampla da temática da questão das drogas que a gente sabe que é recorrente na adolescência e principalmente porque a gente trabalha com crianças que estão em situação de risco (algumas) e estão fragilizadas no sentido de serem captadas pelas drogas e esses trabalhos vêm a colaborar no intuito de deixá-los mais aptos a dizer NÃO (Dir.).

Então, qualquer atividade que venha a discutir com eles essa temática, eu acho que só benefício traz. Nós não temos ainda uma forma de aferir o efeito, porque às vezes a gente observa que eles que meio que levam aquilo na brincadeira, que eles brincam com o tema. Então, ainda não deu pra sentir qual é o efeito que uma palestra, que uma oficina tem na vida deles, mas a gente pode acreditar que de alguma forma contribui (Coord.).

Na visão dos profissionais, as atividades deveriam ser realizadas com mais encontros e serem ampliadas para outras turmas da escola.

Eu já fico feliz com a possibilidade de outros encontros. Que eles possam ter mais momentos, que sejam momentos durante o ano todo, como o projeto da escola (Prof.).

As sugestões seriam que esse trabalho fosse massificado, universalizado, ampliado. É um trabalho muito legal... (Dir.).

O trabalho interdisciplinar foi ressaltado pelo diretor da escola como importante no desenvolvimento das atividades do projeto. *...você deu uma assistência muito grande aos meninos em termos de estrutura, que me refiro a tudo que você podia trazer de fora para dentro da escola. O que a escola não tinha em termos de disponibilidade, inclusive de recursos humanos qualificados, pois seu trabalho trouxe outros profissionais de outras áreas de atuação, que tiveram a oportunidade de se relacionarem com os alunos, uma equipe interdisciplinar (Dir.).*

Os profissionais colocaram-se à disposição para realização de outros trabalhos na escola.

...e a gente dispõe desse espaço e colocou à disposição com todo prazer e colocará sempre que a gente perceber que a proposta tem esse bojo de fazer com que nossos alunos cresçam (Dir.).

A gente está sempre aberto a qualquer atividade que venha complementar, porque a gente busca muito fazer a escola diferente, fazer o diferencial, tornar a escola um lugar mais ativo, em que o aluno se sinta bem, se sinta em casa, se sinta à vontade e às vezes a gente fica carente de recursos, de ideias e qualquer coisa externa que venha complementar isso aí é sempre bem vinda (Coord.).

5.5 As atividades da intervenção educativa na visão dos pais e/ou responsáveis

Considerou-se importante revelar as opiniões dos pais/responsáveis a respeito das atividades realizadas, com relação ao comportamento dos filhos, atividades terem sido realizadas na escola e sugestões dadas pelos mesmos.

Diante da experiência da dificuldade em reunir os pais e/ou responsáveis pelos adolescentes, optou-se por fazer as entrevistas com os mesmos em seus domicílios. Para realização desta etapa, mais uma vez contou-se com a participação de uma ACS, que foi treinada para realização dessas entrevistas.

Dos 39 pais/responsáveis, 35 foram entrevistados, pois dois haviam mudado de endereço e não foi possível localizar o novo e outros dois não foram encontrados nas diversas vezes que foram procurados em suas residências. Outro diferencial das entrevistas destes sujeitos foi que as mesmas não foram gravadas como nas entrevistas dos profissionais e sim escrita pela ACS. Isso porque a profissional afirmou ser extremamente arriscado levar qualquer tipo de equipamento eletrônico para o território, visto ser uma área de grande risco social.

Com relação ao comportamento dos filhos na visão dos pais após a realização das atividades, observou-se em suas declarações que alguns constataram mudanças em seus filhos e outros não.

Não mudou muita coisa.

Ele ficou muito melhor e até comentou comigo que gostou.

Ficou feliz e aprendeu bastante, até mudou seu comportamento.

Muito bom.

Excelente.

Ficou curiosa e fez mais pesquisas.

Melhorou o comportamento, pois despertou a curiosidade de dizer não às drogas.

Antes havia muita reclamação dele na escola, mas agora ele está indo bem, não falta mais as aulas.

Ele ficou mais esperto, comportamento 10.

Mudou um pouco para bom.

Os pais consideraram a participação dos filhos nas atividades do projeto como importante, afirmando que eles aprenderam a diferenciar o que é bom do que é ruim, que droga faz mal à saúde e que ficarão mais atentos quando estiverem em situações de risco. As declarações a seguir corroboram com essa informação:

Foi ótimo. Agora ela sabe o que é ruim e bom e que as drogas não levam a nada.

Foi bom, pelo menos ele aprendeu alguma coisa.

Muito importante, porque agora ela sabe definir as drogas.

Foi importante pra ele ficar mais atento, pra saber os perigos das drogas e saber escolher as novas amizades.

Acho que foi muito bom para o desenvolvimento da vida e não se envolver com drogas.

Muito bom, melhor do que tá na rua fazendo coisa errada. Achei que foi ótimo pra saber o que é certo e errado.

Agora ele sabe o que é prejudicial pra vida dele e sabe dizer NÃO.

Eu achei que foi muito importante, porque a situação hoje os adolescentes são influenciados por traficantes e como a droga acaba com a vida.

Muito bom, porque as drogas matam ou levam à cadeia.

Foi muito bom para ele saber que drogas não é bom e seus perigos.

Foi muito importante, para saber que as drogas matam e só traz a destruição de toda a família.

Muito importante ele ter participado, porque já temos casos na família e ele mais uma vez ver que não é bom.

Agora ele ganhou conhecimentos sobre droga, não vai querer usar.

É muito bom pra ela ficar alerta; se entrar nas drogas, só se ela quiser.

Acho que foi muito importante porque agora ela ficou mais curiosa e quer saber mais sobre as drogas.

Os pais/responsáveis afirmam a importância da continuidade de trabalhos como este, que venham a trazer mais informações para os filhos, mostrando a realidade das drogas.

Deveria continuar e se tornar como uma matéria importante na escola.

Foi muito importante, mas deveria acontecer mais vezes.

Foi ótimo, espero que continue.

Essas atividades deveria acontecer com mais frequência

Deveria se expandir.

Quanto ao fato de as atividades terem sido realizadas na escola, os pais consideraram muito bom a excelente, conforme as próximas declarações:

Muito bom.

Excelente, deveria ter sempre.

Foi excelente ser na escola, porque ela deveria instigar o aluno a não ter interesse em drogas.

Foi muito importante porque o aluno fica mais tempo na escola.

No colégio é seguro.

O colégio ajuda a dizer não.

Muito importante na escola, porque a escola recebe mais atenção dos alunos.

Foi bom porque não precisa tirar o aluno do colégio e não atrapalhou em nada.

Porque a escola é um lugar de aprendizado e de amadurecimento dos alunos.

Algumas sugestões importantes sobre a atividade educativa foram dadas pelos entrevistados.

Deveria levar os alunos para conhecer entidades de dependentes químicos e também falar na gravidez na adolescência.

Levar os alunos para uma aula prática, mostrando melhor a realidade.

6 DISCUSSÃO

No capítulo anterior, descreveram-se os resultados a partir dos dados coletados durante a realização do Estudo de Intervenção, apresentando dados dos questionários pré e pós-intervenção, fotografias, narrativas, trabalhos em grupos, avaliação das atividades realizadas, dentre outros dados. Neste capítulo, procede-se à discussão dos dados à luz do referencial teórico de outros estudos.

A idealização deste estudo ocorreu pelas vivências profissionais da pesquisadora, pela relevância da temática, pela indiscutível importância das ações de educação em saúde, tendo em vista a promoção da saúde, pelas inúmeras leituras envolvendo pesquisas e trabalhos relacionados à adolescência, às drogas, à escola e ao trabalho em equipe interdisciplinar.

Inicialmente, para o desenvolvimento das atividades, teve-se a preocupação de buscar profissionais com perfil para realizar ações educativas envolvendo adolescentes e prevenção de drogas. Os profissionais que atuaram como facilitadores entendiam que trabalhar com adolescentes e a temática drogas se constituem desafios, porém este fato não impossibilitou o sucesso das ações desenvolvidas. Houve o cuidado em executar ações com uso de linguagem acessível aos adolescentes e estimulando a participação dos mesmos, não trazendo discussões morais ou religiosas. Aquino (1998) afirma que um erro comum nas ações preventivas para adolescentes contra drogas é dar “um curso de moral e religião”, em que se expõe o bem e o mal com algo absoluto. A utilização de argumentos morais pode levar a uma perda do interesse e da atenção dos adolescentes.

Para realização da intervenção educativa, desenvolveram-se oficinas sobre a temática das drogas, cuja informação foi trabalhada de forma que não despertasse a curiosidade de consumo, uma vez que os efeitos negativos foram demonstrados, porém os efeitos prazerosos momentâneos alcançados com o consumo das drogas também foram discutidos (ZEITOUNE *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde do Brasil afirma que a educação preventiva é diferente de uma simples informação ou repressão. Diante disso, é importante que essas ações educativas tenham uma abordagem em que haja um direcionamento para a vida, em que se pense a prevenção ao uso indevido de drogas em um contexto de valorização da vida e do ser humano (BRASIL, 2000a). Por isso, a preocupação neste estudo em se desenvolver uma intervenção educativa com uma abordagem interessante para os adolescentes, baseada em estudos na literatura sobre o tema e com profissionais experientes e competentes, de categorias

diferentes, cada um trazendo a sua contribuição dentro da sua formação e experiência profissional.

Inicialmente, teve-se uma ideia geral sobre o perfil dos adolescentes participantes, por meio da aplicação do instrumento diagnóstico (pré-teste). Após a análise inicial desses questionários, ainda sem análise estatística e posteriormente confirmada pela mesma, foi possível observar que a droga mais utilizada pelo menos uma vez na vida pelos adolescentes foi o álcool, seguida pelo cigarro. Diante disso, as drogas lícitas foram bem trabalhadas nas oficinas desenvolvidas com os adolescentes, mostrando que as mesmas são a “porta de entrada” para outras drogas mais potentes, como as várias drogas ilícitas hoje existentes no mundo.

Observando-se a divisão por gêneros masculino e feminino na turma em que se realizou a intervenção educativa, percebeu-se o número significativamente maior de meninos, tendo isso refletido diretamente na participação maior dos mesmos nas oficinas desenvolvidas.

Em relação ao número de faltas sem autorização dos pais, percebeu-se mudança positiva após a realização do Projeto de intervenção. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE (2009), realizada com adolescentes escolares do 9º ano, mostram que 18,5% desses alunos faltaram às aulas, nos últimos 30 dias, sem autorização dos pais ou responsáveis, nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Em Fortaleza, o resultado foi de 7,9% para alunos de escolas privadas e 17,7% para escolas públicas (BRASIL, 2009a). Esta última porcentagem aproxima-se da encontrada neste trabalho após a intervenção educativa, 17,9% (sete alunos).

Como exposto anteriormente, a droga identificada como mais usada na vida pelos adolescentes do 6º ano B manhã foi o álcool (nove alunos). Após a realização das oficinas de intervenção, esse dado elevou-se para 13 alunos. Em segundo lugar, o cigarro, pois quatro alunos antes da intervenção e três alunos após a intervenção relataram ter usado pelo menos uma vez na vida. Essa informação está de acordo com os resultados do 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) que concluiu que álcool e tabaco são as drogas de maior prevalência de uso na vida no Brasil, no município de Fortaleza e em outras capitais brasileiras.

Nascimento e Avallone (2013), em pesquisa com adolescentes escolares, também obtiveram como resultado o álcool como a droga mais utilizada entre os estudantes entrevistados.

Os resultados encontrados neste trabalho quanto ao álcool e tabaco são confirmados também pelo cenário epidemiológico brasileiro, em que se destaca a predominância dessas substâncias tanto pelos indivíduos adultos como pelos adolescentes estudantes de escolas públicas. Entretanto, as informações epidemiológicas disponíveis ainda não possibilitam avaliação completa sobre o consumo de drogas no Brasil, pois as pesquisas restringem-se a populações específicas e a regiões determinadas (BRASIL, 2014).

O início precoce do consumo de álcool é um dos fatores preditores mais importantes em futuros problemas de saúde, socioculturais e econômicos. O início do uso antes dos 16 anos aumenta consideravelmente o risco de consumo excessivo na idade adulta, em ambos os sexos. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode levar ao suicídio e a doenças crônicas, incluindo desordens mentais, câncer, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, acidente vascular cerebral, dentre outras (STRAUCH *et al.*, 2009). O baixo custo e a ampla disponibilidade das bebidas alcoólicas também são aspectos importantes na banalização do consumo de tais substâncias (ROMANO *et al.*, 2007). Por isso, a relevância em se desenvolver ações de prevenção primária para a fase inicial da adolescência, possibilitando maior conscientização e evitando o consumo precoce de álcool e, também, de outras substâncias.

Quanto ao consumo de tabaco, o consumo tem início em uma idade cada vez mais precoce. O grande problema é que adolescentes que fumam possuem chance muito grande de se tornarem adultos fumantes e, com isso, ampliando o risco de morbimortalidade da população por doenças crônicas e causas evitáveis (MALCON *et al.*, 2003).

Peden *et al.* (2008) consideram importante o monitoramento da iniciação do uso de cigarros pelos adolescentes, visto que essa ação pode ser prevenida. Além disso, afirmam que o uso precoce do fumo facilita iniciar o consumo de álcool e drogas ilícitas. Portanto, algo primordial na saúde pública é prevenir ou adiar a iniciação deste hábito nocivo (CURRIE *et al.*, 2008).

A venda de bebidas alcoólicas no Brasil para menores de 18 anos é proibida pelo artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) e pela Lei das Contravenções Penais, artigo 63. Apesar disso, neste estudo ficou claro que os adolescentes apresentavam facilidade para comprar essas substâncias, não tendo sido relatado caso de

tentativa de compra com insucesso pelos mesmos, apesar da média de idade desses alunos ser 12,2, o que não gerariam dúvidas que são menores de idade, mesmo sem perguntar a idade.

Em estudo realizado por Romano *et al.* (2007), em duas cidades do Estado de São Paulo, os resultados mostraram quase unanimidade com relação à facilidade em se obter bebidas alcoólicas por adolescentes. Segundo estes autores, o preço baixo apresentado por essas bebidas facilitam o acesso dos adolescentes a esses produtos, além da grande disponibilidade nos mais variados locais, banalizando o uso dos mesmos.

Cavalcante *et al.* (2008) sinalizam que dentre os fatores de risco que viabilizam o acesso de adolescentes a drogas como o álcool estão a grande disponibilidade em estabelecimentos comerciais e a falta de fiscalização adequada para venda. Completam que é comum a compra por menores de 18 anos.

Quando se analisou o uso de substâncias inalantes neste estudo, identificou-se minoria dos adolescentes. Entretanto, aproximadamente 6% da população brasileira já inalaram algumas dessas substâncias solventes ou inalantes, como cola, benzina, éter, gasolina, acetona. Normalmente, os solventes ou inalantes são a primeira droga usada por adolescentes, depois de álcool e tabaco, informação que corrobora com os resultados do deste trabalho. É importante ressaltar que esse dado varia conforme o sexo e a idade, sendo 10,3% entre homens e 3,3% entre mulheres (BRASIL, 2010b). Pode-se considerar o consumo de inalantes como comportamento de risco entre adolescentes (BRASIL, 2014).

As anfetaminas são substâncias sintéticas muito utilizadas indiscriminadamente por adolescentes que querem emagrecer, uma vez que possuem efeito redutor de apetite. No Brasil, o uso dessas substâncias associadas a outras para perda de peso é um dos mais elevados do mundo. Outros problemas identificados no Brasil são: a prescrição médica excessiva dessas substâncias, a facilidade em comprá-las sem receita médica (mesmo que isso seja contra a lei) e compra com receitas falsas (CEBRID, 2013).

Conforme observado nos resultados deste estudo, as drogas ilícitas utilizadas pelos adolescentes que participaram da intervenção educativa foram maconha e cocaína, perfazendo um total de quatro alunos (10,3%) no pré-teste e sete (17,9%) no pós-teste, incluindo as duas substâncias. Entretanto, identificou-se mudança de comportamento positiva entre o pré e o pós-teste, com relação a essas duas drogas, isto porque em relação à maconha, no pré-teste, dois alunos haviam utilizado no último mês, enquanto que no pós-teste apenas um. Em relação à cocaína, um aluno relatou ter usado no último mês no pré-teste, porém no

pós-teste, nenhum relatou ter consumido a substância no período de realização da intervenção educativa.

SENAD (2013) afirma que cerca de 200 milhões de pessoas no mundo todo, o que representa quase 5% da população entre 15 e 64 anos, usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano, segundo dados do UNODC. Dentre elas, a mais consumida é a maconha, a qual se usada de forma crônica, leva a dificuldades de aprendizagem e memória, desmotivação progressiva, bronquites e redução da produção do hormônio testosterona, portanto risco de infertilidade (RIGONI *et al.*, 2007).

Observou-se neste estudo em relação a algumas drogas, que no questionário pós-intervenção houve aumento do número de adolescentes que responderam ter consumido pelo menos uma vez na vida. Associa-se isso ao fato de que, após a intervenção educativa, os adolescentes compreenderam melhor as perguntas. Acredita-se, também, que mesmo com a garantia de sigilo, com a alerta de que não precisava identificar o questionário ou que os pais e colegas não saberiam as respostas de cada aluno, alguns adolescentes podem não ter respondido o pré-teste de maneira fidedigna por medo de serem identificados ou medo de represálias. Com a realização das ações educativas, estabeleceram-se vínculos com esses alunos, o que pode ter contribuído para se sentirem mais à vontade para responder de maneira mais transparente os questionários após a intervenção.

Baus *et al.* (2002), em estudo com adolescentes, em que aplicou o mesmo questionário utilizado neste trabalho, afirma que, mesmo sendo instrumento padronizado e amplamente testado no País, é relevante a interpretação dos dados apresentados com cuidado, principalmente ao possível viés de informação. Os autores ainda ressaltam que por desconfiança das autoridades escolares, sentimento de culpa, autocensura ou outros motivos inibitórios, os alunos mesmo com a garantia do anonimato, podem não ter revelado o uso de drogas, principalmente as ilícitas. Interpretam, com isso, que as prevalências do uso de substâncias podem ser consideradas estimativas mínimas de valores provavelmente altos.

No Brasil, as mudanças com relação ao uso de drogas psicotrópicas, em especial as ilícitas, são normalmente negativas nos últimos anos. Isso motiva a reflexão de que novas soluções para esta questão devem ser buscadas e que as medidas adotadas nos últimos anos não trouxeram os resultados esperados (BRASIL, 2014).

Ao analisar os dados do 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), identificou-se que na capital cearense, a maioria

dos alunos da referida pesquisa se enquadrava na classe C, que compreende as classes C1 e C2 (35,8%). Esta informação está de acordo com os dados obtidos neste estudo, que teve como resultado no pré-teste a maioria C2 e no pós-teste C1. Ao somar as duas classes e considerar apenas como classe C, tem-se a maioria absoluta no resultado de ambos os questionários. Porém, segundo dados da ABEP (2013), essa turma estaria acima da média da grande Fortaleza, que tem em sua maioria famílias nas classes D e E (34,3%).

Em relação ao acesso às informações sobre as drogas, foi observado que após a intervenção educativa, 100% dos alunos afirmaram ter recebido informações sobre drogas na escola, o que demonstra a associação com as atividades desenvolvidas no Projeto de Intervenção. Além disso, reconheceram-se mudanças de comportamentos dos alunos em relação à procura por informações sobre drogas, pois houve aumento significativo de alunos que passaram a afirmar que procurariam profissionais de saúde e da escola, além da melhoria dos relatos associados a todos os outros quesitos: conversaria com alguém da família, com alguém da igreja, procuraria informação em livros e revistas, na internet, dialogaria com amigos. Isso mostra que a intervenção educativa trouxe resultado satisfatório, visto que houve elevação do número de adolescentes que procuraria mais meios de obter informações sobre drogas, o que poderia evitar o contato inicial com essas substâncias e, conseqüentemente, ser mais difícil tornarem-se usuários de drogas.

Em estudo de Sanchez *et al.* (2011) sobre o papel da informação na prevenção ao uso de drogas, obtiveram-se como resultado a falta de informações ou informações incompletas, ineficazes em termos de prevenção, entre os jovens usuários de drogas. Concluíram que o principal motivo de não uso de drogas entre os adolescentes foi terem informação sobre a temática. Com isso, é importante que os adolescentes tenham acesso às informações sobre as drogas, saber a quem podem recorrer em casos de dúvidas e conhecerem a rede social de apoio para situações necessárias.

Quando se associou a situação conjugal dos pais ao uso de drogas, constatou-se neste estudo que não houve diferença significativa entre as respostas de alunos que tinham os pais que moravam juntos e os que tinham pais separados, pois se trata de uma amostra pequena. Entretanto, houve maior relato de consumo pelos adolescentes que não possuíam os pais vivendo juntos. Com relação a isso, estudo realizado por Baus *et al.* (2002), em Florianópolis (SC), com 478 estudantes de escola pública, obteve associação entre uso de drogas e separação dos pais. Assim como outro estudo realizado por Tavares *et al.* (2004),

com 2.000 estudantes em Pelotas (RS), mostrou que os filhos de pais separados referiram uso de drogas significativamente maior do que aqueles cujos pais viviam juntos.

É importante destacar que as condições do ambiente familiar podem apresentar características que favoreçam a produção de estados emocionais demasiadamente estressantes na criança e no adolescente, tanto na pré-separação como na pós-separação dos pais (BAUS *et al.*, 2002).

Alavarse e Carvalho (2006) afirmam que mais importante do que os pais estarem juntos é o clima do ambiente familiar. Assim, em um lar sem violência, em que existe o diálogo e que há preocupação dos pais com os filhos, a probabilidade desses filhos se envolverem com o álcool e, conseqüentemente, outras drogas, é menor.

Pelos dados quantitativos apresentados, a intervenção educativa promoveu interesse, envolvimento e participação dos adolescentes. Isso motiva a reflexão de que os encontros para realização do estudo de intervenção proporcionaram aos adolescentes mais conhecimentos, permitindo aos mesmos reflexões importantes. Além disso, foi estabelecido vínculo importante entre os adolescentes e os profissionais.

Ao observar os dados qualitativos neste estudo, inicialmente se deparou com uma importante questão: interação Unidade de Saúde e Escola. Sabe-se que esta relação é de indiscutível relevância e foi citada na fala dos profissionais entrevistados. A realização das atividades do projeto de intervenção resultou em melhor integração entre os dois espaços, pois até esse momento, as ações eram isoladas e os gestores das duas instituições não se conheciam. A realização das oficinas do Projeto de Intervenção proporcionou o estabelecimento de vínculos entre as duas instituições com perspectivas de realização de inúmeros outros trabalhos em parcerias, fortalecendo o trabalho interdisciplinar.

Políticas públicas que articulem educação e saúde são fundamentais para que se desenvolvam ações baseadas nos princípios da integralidade da atenção, equidade e garantia de direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2014).

Maia *et al.* (2003) salientam que não existem fórmulas específicas para que sejam estabelecidas as articulações entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e instituições de qualquer outro setor, porém, consideram importante a parceria dessa primeira com os estabelecimentos existentes nos territórios de atuação das equipes de saúde da família. Além disso, devem existir ações de planejamento conjuntas entre saúde e educação, com objetivo de fortalecer os resultados das atividades educativas junto aos jovens e adolescentes.

A escolha do ambiente escolar para realização das atividades de intervenção não foi por acaso. A escola como espaço importante de realização de atividades de educação em saúde foi valorizada por todos os profissionais facilitadores, pelos profissionais da escola e pelos pais dos alunos e adolescentes.

Assim como neste estudo, Segovia e Gonçalves (2011), em estudo com diretores de escolas sobre a disponibilidade de espaços físicos e psicológicos, nas escolas, para ações preventivas relacionadas ao uso de drogas, relatam que os diretores reconheceram que a problemática das drogas precisa ser trabalhada no ambiente escolar, devendo também participar outras instituições e especialistas. Destacam, ainda, que essas ações na escola possibilitam o desenvolvimento de empatia, calor e ampliação da visão nos vínculos com alunos.

Segundo Gubert *et al.* (2009), pode-se considerar a escola um espaço crucial para que sejam desenvolvidos conhecimentos e habilidades de crianças e adolescentes, pois estes permanecem por um período importante, durante a etapa do seu crescimento e desenvolvimento.

Para o SENAD (2013), a escola pode ser considerada um *locus* para construir condições que possibilitem a obtenção de espaços de aprendizagens que sejam democráticas, populares, inclusivas e plurais. Assim, políticas públicas voltadas para a educação e a saúde convergem para o ambiente escolar, com objetivo de contribuir com a qualidade de vida dos alunos.

Santos (1997) ressalta que a escola é também um local para desenvolvimento de ações educativas em saúde e no caso dos adolescentes, deve ser aberto um canal de comunicação, valorizando-os como seres humanos, procurando um espaço que eles aprendam a se valorizar.

Por isso, a escolha do ambiente escolar para o desenvolvimento deste trabalho, visto ser esse espaço privilegiado, cujos alunos já estabeleceram vínculos e as ações de educação em saúde podem ocorrer com bons resultados.

Para Freire (2002, p. 110), “... a educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos implica tanto o esforço de reprodução da ideologia dominante quanto o seu desmascaramento”.

Conforme mencionado, durante o desenvolvimento deste estudo de intervenção, procurou-se utilizar estratégias metodológicas de educação em saúde que estimulassem a

participação dos adolescentes. Dentre estas, utilizou-se o jogo educativo (Oficina 1), dinâmicas de grupo (todas as oficinas), exposições dialogadas (todas as oficinas), vídeos educativos (Oficina 2), trabalho em grupo (Oficina 4).

Ao utilizar jogos e vivências, estimula-se a participação dos adolescentes e contribui-se para a reflexão e o aprendizado, visto que partem-se das experiências e percepções de cada participante, inserindo-os em um certo contexto social. Com isso, o processo educativo não é um modelo pronto, uma vez que os sujeitos irão integrá-lo com vivências, colocações, valores e opiniões, sendo um espaço para que se reflita o papel de cada participante, fortalecendo a autoestima e a autonomia (BRASIL, 2005).

Verificou-se a evolução das contribuições dos adolescentes ao longo do desenvolvimento das atividades de intervenção. Inicialmente, pareciam mais tímidos, porém com a maior aproximação com a pesquisadora, sentiram-se mais à vontade em expressar suas opiniões. Entretanto, durante todo o desenvolvimento do trabalho, continuaram sendo os meninos e os mais jovens os mais participativos.

Camargo (2008) afirma que é necessário que haja evolução nas estratégias, a fim de que se tenha uma participação democrática, consciente e voluntária dos adolescentes, além disso, que promovam a inspiração à multiplicação de ações, transformando a realidade concreta, buscando a integralidade e orientadas por práticas intersetoriais.

O jogo educativo mostra-se como uma estratégia de mudanças de modelos de ações educativas relacionadas ao cuidado e à promoção da saúde por ser uma estratégia lúdica (MARIANO *et al.*, 2013). A atividade lúdica apresenta-se como método alternativo no auxílio ao processo de ensino-aprendizagem, apresentando critérios para uma aprendizagem efetiva, visto que merece atenção para determinado assunto, seu sentido pode ser debatido pelos participantes e o conhecimento produzido por essa atividade lúdica ser transportado para o campo da realidade, o que caracteriza a transcendência (COSCRATO; PINA MELLO, 2010).

As dinâmicas de grupo possibilitaram identificação do conhecimento prévio dos adolescentes sobre a temática trabalhada. Dias *et al.* (2009) elucidam que essa estratégia metodológica permite conhecer essas experiências dos participantes, com enfoque no emocional, nas crenças e nas ações de cada um deles, buscando-se a ampliação do autoconhecimento e da responsabilidade consigo.

A exposição dialogada foi pensada como um momento de troca de experiências entre facilitadores e adolescentes, permitindo a construção do conhecimento com enfoque mais dinâmico, por meio de imagens, figuras, fotos e exposição de vídeos educativos.

A exibição de vídeos educativos mostrou-se ferramenta viável para ações de educação em saúde com adolescentes, visto que os alunos mostraram-se atentos e interessados durante a exibição dos mesmos. Moran (1994) afirma que a utilização do vídeo no processo de ensino-aprendizagem é bastante relevante para aproximar o ambiente educacional com as relações do cotidiano e com as linguagens da sociedade.

Na oficina 1, foi possível observar que os adolescentes compreendem a influência muitas vezes negativa dos amigos com relação ao uso indevido de drogas, percepção também manifestada pelos alunos na terceira oficina. Silber e Souza (1998) explicam que um dos fatores associados ao uso de drogas pelos adolescentes é a pressão dos amigos.

Segundo Rebolledo *et al.* (2004), o primeiro contato dos adolescentes com as drogas se deve, principalmente, ao fato de que os mesmos possuem amigos que usam essas substâncias, ocasionando pressão em direção ao uso.

Nas oficinas 1 e 2, foi possível observar que o conhecimento apresentado pelos adolescentes demonstrou ser inicialmente superficial, estando associado ao que vivenciam no território ou o que escutam nos meios de comunicação. Observou-se, também, que os alunos não demonstraram entender a gravidade da problemática, visto que levavam o assunto muito na brincadeira.

Essa visão simplista dos adolescentes sobre as drogas e as questões a elas associadas também foram identificadas por Zeitoune *et al.* (2012) em estudo com 35 adolescentes de uma comunidade do Rio de Janeiro sobre o conhecimento acerca das drogas lícitas e ilícitas. Assim, estes autores sugerem a necessidade de se investir em ações educativas, em que sejam discutidas as dimensões, a complexidade e as consequências das drogas para a saúde física, mental e social dos adolescentes e de toda a sociedade. Todas essas dimensões das drogas foram trabalhadas nas oficinas desenvolvidas com os alunos participantes deste estudo.

Foi possível perceber também que os adolescentes demonstraram entender a importância da família na prevenção do uso de drogas, bem como a presença da mesma na recuperação daqueles que já se encontram abusando dessas substâncias. Essas percepções sobre a família foram debatidas principalmente nas oficinas 1 e 3.

Tavares *et al.* (2004) colocam em estudo acerca dos fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares que vários aspectos do relacionamento entre adolescente e família “estão associados ao uso de drogas”. Assim, os autores sugerem que ações preventivas

contra o abuso de drogas devem ser dirigidas também às famílias, principalmente àquelas em que foram identificadas situações de risco.

Rodriguez *et al.* (2005) sinalizam que apesar de as famílias atuais terem passado por mudanças em suas estruturas, como diminuição da natalidade, aumento dos divórcios, famílias monoparentais e reconstituídas, as funções básicas são mantidas: cuidados psicológicos e físicos. Tais cuidados são importantes e acolhem os adolescentes na transição para a fase adulta.

É importante destacar também que alguns adolescentes, durante o desenvolvimento das oficinas, afirmaram possuir familiares usuários de drogas (lícitas e ilícitas) nos mais variados graus de parentesco, outro expôs sentir-se desapoiado pela família, especificamente pela mãe. Tais situações foram explicitadas como influências negativas para os outros membros da família.

Conforme Currie *et al.* (2008), inúmeros valores são agregados pela família, como crenças, conhecimentos e hábitos, os quais podem influenciar práticas que promovam saúde nos componentes das famílias ou aumentem a vulnerabilidade dos mesmos para as doenças.

Conforme o SENAD (2013), podem conter na família tanto fatores de risco como de proteção em relação ao uso de drogas. Assim, cita como um fator de proteção da família “pais que acompanham as atividades dos filhos”. Já um fator de risco associado à família é citado “pais que fazem uso abusivo de drogas”.

Diante disso, a importância da família foi trabalhada nas oficinas. Na terceira oficina, os fatores de risco e de proteção relacionados ao uso de drogas foram discutidos, estando a família e a escola.

As consequências do uso de drogas para os adolescentes e a escola também foram debatidas pelos facilitadores e alunos. O desrespeito aos pais a aos colegas, o abandono das atividades escolares, envolvimento com delitos, ser preso e morrer foram as opiniões dos adolescentes dos adolescentes relacionadas aos efeitos das drogas para os jovens. Sobre essa questão, Grunbaum *et al.* (2000) elucidam que o uso de substâncias psicoativas na adolescência, que é um momento da vida determinante para a formação pessoal, acarreta consequências negativas, como o comprometimento da estabilidade física e biológica, tornando frágeis as relações interpessoais, incluindo aí aquelas também no âmbito familiar. Gil *et al.* (2008) acrescentam ainda prejuízos escolares e ocupacionais, comportamentos violentos, como brigas, homicídios e prática de outros delitos. Assim, as atividades as escolares ficam bastante prejudicadas, pois há dificuldade de acompanhar de maneira

adequada (NASCIMENTO; AVALLONE, 2013). É visível que o abuso de drogas traz estes problemas escolares, exemplificando o comprometimento no aprendizado e altos índices de evasão escolar (RIGONI *et al.*, 2007).

A importância da escola foi demonstrada pelos adolescentes, os quais também explicitaram que o uso de drogas traz consequências negativas para este espaço. A escola, como mencionada, é um local privilegiado e de formação, sendo um espaço em que se encontram muitos jovens. Assim como os fatores familiares, as escolas também podem conter fatores de risco (baixo desempenho escolar, falta de regras claras, absenteísmo) e de proteção, como bom desempenho escolar, vínculos afetivos com professores e colegas, descoberta de possibilidades e talentos pessoais. Além dos fatores familiares e escolares, podem-se citar os fatores do próprio indivíduo, fatores sociais e os fatores relacionados às drogas. Todos possuem fatores de risco e de proteção (SENAD, 2013).

Uma grande influência ao uso/abuso de drogas discutida na segunda oficina foi o poder da mídia, que tendem a estimular o consumo como algo bom, por exemplo, pessoas saudáveis, ricas, festas agradáveis, dentre outras situações. Foi interessante a demonstração por meio de um vídeo, pois os adolescentes viram na prática essa situação. Romano *et al.* (2007) afirmam que os adolescentes são os mais prejudicados com as escassas restrições aos anúncios de bebidas nos meios de comunicação.

O consumo de álcool é estimulado pela mídia, segundo Alavarse *et al.* (2006), pelos anúncios que associam riqueza, sucesso e prestígio, o que fazem com que os adolescentes cresçam sentido estimulado ao uso dessas substâncias. Há discrepância entre o tempo que mostram esse tipo de situação e o que é destinado às informações obrigatórias sobre os danos causados pelo abuso do álcool.

Na terceira oficina, houve discussões muito interessantes sobre os efeitos das drogas no organismo, as influências dos amigos e da família, as circunstâncias que levam o adolescente a usar drogas e a associação com as Doenças Sexualmente Transmissíveis, gravidez e abortos. Os fatores de risco e de proteção relacionados ao uso de drogas também foram debatidos. SENAD (2013) ressalta que tais fatores não irão determinar o uso ou não de drogas, pois estão relacionados ao aumento ou redução da probabilidade de um indivíduo vir ou não a usar algum tipo de droga.

Conforme comentado anteriormente, os fatores de risco e de prevenção estão relacionados ao indivíduo, à família, à escola, à sociedade e à droga. Assim, alguns deles podem representar risco para um determinado adolescente, enquanto que podem ser proteção

para outro. Por exemplo, a família pode ser um fator de proteção para um adolescente, mas para outro pode ser um fator de risco. Portanto, esses fatores estão muito mais associados a uma lógica individual, ganhando sentido de forma única para cada um. Com isso, os profissionais devem evitar os preconceitos, estando atentos aos adolescentes (BRASIL, 2014).

Os alunos demonstraram compreender que a adolescência é uma fase em que há rebeldia e desobediência, momento em que a pessoa pensa já ser independente. Para Ressel *et al.* (2009), a adolescência é um período de vulnerabilidade e exposição a muitos riscos, pelas muitas transformações ocorridas neste período, em que há vislumbamento de poder e autocontrole sobre sua vida. Nesta fase, é comum o distanciamento dos adolescentes com suas famílias, em que muitas inquietações e conflitos psicossociais, havendo necessidade de integração social, busca da autoestima e de independência familiar. Tudo isso faz com que existam situações de comportamentos variados e vulneráveis a processos de morbimortalidade.

Ao longo do desenvolvimento das oficinas educativas, observou-se que os alunos se expressavam com relação aos questionamentos de maneira mais segura e com mais detalhes. Especialmente no quarto encontro, verificou-se que as discussões das três oficinas iniciais levaram a uma visível mudança nos conhecimentos dos alunos sobre drogas, atribuiu-se a isto a aquisição de saberes sobre o tema.

Oliveira e Ressel (2010), em estudo com o grupo de adolescentes, concluíram que ações de educação em saúde com a utilização de metodologia participativa, que permita o diálogo, a reflexão e a conscientização, são eficazes e importantes para o empoderamento dos participantes. Os autores perceberam que à medida que as ações educativas se realizavam, os adolescentes tornavam-se conscientes da importância de transformar sua realidade, assim como mudar seus comportamentos para hábitos saudáveis e atitudes positivas.

Os desejos dos adolescentes para o último encontro foram expressos por meio da dinâmica de grupo desenvolvida no início da oficina. De forma geral, as expectativas giravam em torno de aprender mais, saber mais sobre a temática das oficinas, considerado positivo, pois, no geral, os adolescentes demonstraram interesse em participar de mais um momento de atividades educativas. A realização da dinâmica foi importante para gerar um clima de descontração e motivação para as próximas atividades. Berkenbrock (2008) afirma que as dinâmicas devem ser uma estratégia para auxiliar os coordenadores de grupos a terem momentos de forma mais alegres.

A atividade em grupo da quarta oficina foi pensada para estimular o trabalho em equipe e para constatar na prática o que os participantes aprenderam. As contribuições trazidas por cada adolescente neste trabalho em grupo foram importantes para construção da bandeira, visto que uma construção depende muito mais da qualidade das contribuições do que da quantidade. Para que se possa ter um crescimento da pessoa e do grupo, é importante escutar e ser escutado, contribuir com informações, fazer reformulações e aceitar contribuições (BRASIL, 2000a). Assim, todos os adolescentes foram estimulados a contribuírem com ideias, informações, ouvir e serem ouvidos.

O trabalho em grupo desenvolvido com os adolescentes na quarta oficina foi bastante relevante, pois os adolescentes puderam se sentir pertencentes a um grupo, trazendo contribuições e opiniões na construção de uma bandeira que os identificaram como equipes, havendo construção coletiva do conhecimento. Aquino (1998) salienta que é muito eficaz desenvolver atividades que estimulem a emoção e que deem a oportunidade de viverem experiências de se sentirem pertencentes a um grupo. Devem ser estimuladas as manifestações artísticas grupais, momento importante para participação dos adolescentes considerados tímidos.

Com a realização de atividades em grupo, é possível que se desenvolva a capacidade de ouvir, falar e se comunicar, também possibilita o estabelecimento de um procedimento coletivo de discussão e reflexão, além de permitir que se construa uma experiência de reflexão educativa comum (BRASIL, 2005).

A cada encontro, foi incentivado o uso da caixa de opiniões para que os alunos pudessem manifestar suas impressões e/ou dúvidas, o que se mostrou muito positivo para aqueles que não queriam se expressar oralmente. Almeida *et al.* (2011), em estudo com grupo de adolescentes, utilizou um dispositivo chamado “caixa de dúvidas”, com o mesmo objetivo deste trabalho, e observaram que essa ferramenta possibilitou que os adolescentes pudessem ter mais liberdade em expressar suas opiniões, principalmente os mais tímidos, visto que a privacidade de quem se manifestava foi preservada.

Os momentos de avaliação das oficinas foram importantes para observar a opinião dos adolescentes com relação às ações educativas desenvolvidas, permitindo que pudessemos também avaliar criticamente as oficinas desenvolvidas, a partir da visão dos participantes.

Muito relevante também foi conhecer as opiniões dos profissionais facilitadores, dos profissionais da escola e dos pais/responsáveis sobre a intervenção educativa desenvolvida com os adolescentes. Todos expressaram a importância desse trabalho. A

integração escola e unidade de saúde para esta atividade demonstrou ser promissora. Esta observação obtida neste estudo corrobora com Valadão (2004) que destaca que a promoção da saúde na escola possibilita oportunidades para que frentes solidárias e parcerias estratégicas sejam estabelecidas.

Considera-se importante a realização deste estudo, pois foi possível perceber significantes mudanças nos comportamentos e conhecimentos demonstrados pelos alunos, além da oportunidade de obter diferentes opiniões sobre o processo. Concorda-se com Oliveira e Gonçalves (2004), que sinalizam que a educação em saúde contribui para que as pessoas se tornem mais autônomas na identificação e utilização de formas e meios que preservem e melhorem sua vida.

7 CONCLUSÕES

As inquietações trazidas pela experiência em realizar ações com pessoas usuárias e ex-usuárias de drogas lícitas e ilícitas no CAPS álcool e outras drogas e em perceber que as ações de prevenção das drogas no território de atuação da autora eram muito pontuais e, quando realizadas, focadas em aspectos específicos, sem a preocupação de estarem inseridas em um enfoque interdisciplinar, levaram ao desejo de realizar este estudo.

A adolescência é uma fase de muitas descobertas, fase de autoafirmação, em que a personalidade do jovem é formada. Ações de prevenção primária contra o uso de drogas são importantes para evitar o primeiro contato com estas substâncias, por isso, acredita-se ter escolhido uma faixa etária importante para o desenvolvimento da intervenção educativa, pois é a fase inicial da adolescência.

Na realização deste trabalho, a minoria dos adolescentes relatou ter experimentado algum tipo de droga, lícita ou ilícita. Isso sugere que é importante realizar ações de Educação em Saúde com essa temática o mais cedo possível, para que se evite o primeiro contato ou a permanência do uso de algum tipo de substância psicotrópica. Assim, a prevenção primária das drogas realizada na fase inicial da adolescência pode evitar que muitos adolescentes se envolvam com drogas, visto que estarão mais orientados e saberão melhor os riscos e as consequências trazidos por essas substâncias.

A utilização do ambiente escolar para desenvolvimento de ações de educação em saúde demonstrou ser muito válida, pois além de ser um ambiente de aprendizado, é um local que os alunos já mantêm um vínculo estabelecido com as pessoas e o espaço. A realização das atividades no horário da aula também enriqueceu os encontros, visto que a assiduidade dos adolescentes pôde ser mantida, evitando o deslocamento deles em horário diferente das aulas, o que poderia ter prejudicado a presença nos encontros. Além disso, a realização de atividade interdisciplinares neste ambiente permite que se fortaleça a integração saúde-educação, permitindo o desenvolvimento de parcerias, as quais são muito importantes para o fortalecimento de políticas públicas, como PSE, SPE e várias outras.

A importância da família foi discutida, em que se percebeu que o ambiente familiar pode funcionar como fator protetor ou de risco às drogas. Portanto, seria importante inserir a família também nas ações educativas sobre a temática, visto que os pais representam referências para os filhos.

A predominância do uso de drogas lícitas (álcool e cigarro) pelo menos uma vez na vida mostra a necessidade de serem intensificadas ações de combate ao uso dessas drogas desde cedo, para que se evite que os adolescentes experimentem essas substâncias e que essa experimentação leve ao uso de drogas ilícitas.

As mudanças nas respostas dos adolescentes entre o primeiro e o segundo questionários, motivaram a reflexão de que a intervenção educativa foi importante para oferecer melhor segurança aos mesmos em responder aos questionamentos. Quanto às questões relativas ao uso de drogas pelo menos uma vez na vida, houve aumento, entre pré e pós-teste, do número de adolescentes que responderam terem experimentado algumas drogas. Isso leva a pensar também que na aplicação do primeiro questionário, mesmo que tenha ficado claro o anonimato das respostas, alguns adolescentes podem ter se preocupado em revelar seus verdadeiros comportamentos. Entretanto, durante os encontros semanais, houve a criação de vínculos dos alunos com a pesquisadora, estabelecendo-se uma relação de confiança, que pode ter deixado os mesmos mais seguros e mais à vontade em responderem o pós-teste.

A intervenção educativa permitiu a reflexão sobre as drogas pelos adolescentes de maneira participativa, pois os profissionais convidados possuíam perfil para a realização das atividades e foram incentivados a buscarem estratégias metodológicas que estimulassem essa participação. Essa metodologia participativa contribuiu para os resultados positivos obtidos no estudo.

Pode-se concluir, também, a partir dos resultados deste trabalho e da revisão de literatura que deve haver maior fiscalização para compra de bebidas alcoólicas por menores de idade, pois a facilidade em comprar e o número de adolescentes que já haviam comprado mesmo que não fosse para si, foi um dos dados mais destacados neste estudo.

Vale ressaltar que é importante também que o governo reveja as regras referentes aos anúncios de bebidas alcoólicas, pois da maneira em que essas substâncias são hoje “oferecidas” ao consumidor como algo bom e prazeroso, incentivam o uso das mesmas, principalmente para crianças e adolescentes.

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados de maneira satisfatória, visto que se perceberam mudanças positivas nos adolescentes em relação aos seus comportamentos e conhecimentos sobre a problemática das drogas.

Diante da situação vivenciada no mundo, no Brasil e em Fortaleza, é necessário que a problemática das drogas seja trabalhada com os adolescentes por meio de ações

preventivas, de maneira que as orientações sobre os verdadeiros efeitos dessas substâncias para o organismo, escola, família e sociedade sejam abordadas em um enfoque interdisciplinar, usando tecnologias educativas que estimulem a participação e que sejam isentas de questões repressivas, morais e religiosas.

Conclui-se que ações de educação em saúde que estimulem a participação dos educandos são extremamente proveitosas, visto que torna o processo mais interessante, promove autonomia e consciência crítica dos participantes.

Durante o desenvolvimento do Projeto de Intervenção junto aos adolescentes, obtiveram-se limitações e dificuldades, entretanto, aconteceram também muitas descobertas importantes e momentos de trocas de experiências, de discussões relevantes e inesquecíveis. As limitações deste estudo foram:

- Quantidade de encontros com os adolescentes, pois foram apenas quatro encontros, tendo a certeza de que se teriam alcançado resultados ainda mais positivos se o número de oficinas fosse maior;

- Grande quantidade de alunos na turma, o que dificultou em alguns momentos a realização das atividades do projeto;

- Não houve enfoque em relação aos danos das drogas em relação à saúde bucal;

- Não foi possível mobilizar os pais/responsáveis dos adolescentes;

- Foi trabalhada apenas uma turma, não tendo como comparar os resultados dentro da própria escola;

- O questionário utilizado para preenchimento antes e após as ações educativas demonstrou-se muito cansativo de ser respondido, pois possuíam muitas questões. Isso pode ter levado alguns alunos a responderem os questionamentos sem a leitura atenta. Isso ficou visível diante do comportamento de alguns, principalmente no pós-teste.

Com relação às potencialidades visualizadas neste trabalho, destacam-se:

- Realização no ambiente escolar, o que permitiu melhor integração entre Unidade de Saúde e Escola;

- Ações educativas realizadas por profissionais de diferentes categorias profissionais em busca de objetivos comuns;

- Possibilidade de conhecer o perfil socioeconômico dos adolescentes e comparar os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes antes e após a intervenção educativa;

- Foi possível obter as diferentes visões da intervenção educativa realizada (adolescentes, facilitadores, profissionais da escola e pais / responsáveis).

Diante das limitações e potencialidades apresentadas neste trabalho, sugere-se que mais estudos sejam realizados, em que se utilizem tecnologias educativas estimuladoras da participação dos adolescentes, a fim de que se possam cada vez mais exercitar a interdisciplinaridade e para que a temática Educação em Saúde na Prevenção de Drogas possa estar mais presente nas rodas de discussão entre os profissionais de saúde.

Considera-se que a obtenção das diferentes visões sobre o trabalho realizado permitiu observar de maneira ampla as ações desenvolvidas, possibilitando reflexões interessantes e avaliações sobre a intervenção educativa.

Por fim, pode-se concluir que os resultados deste estudo não são fáceis de serem avaliados em curto prazo, porém, espera-se ter contribuído com a melhora do nível de conhecimento, autonomia e consciência crítica desses sujeitos, possibilitando, assim, que tenham mais segurança das escolhas que farão em relação às drogas.

Desse modo, Pesquisas de Intervenção com esta temática são importantes para a ESF e para o SUS, visto que vem fortalecer políticas públicas relevantes, como Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e Programa de Saúde na Escola (PSE). Além disso, este estudo de intervenção demonstrou ser relevante para os adolescentes, profissionais de saúde envolvidos, gestores da escola e para a ESF.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil 2013 - base LSE 2011 [Internet]**. 2013. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>. Acesso em: 1 mar. 2014.

ABRAMOVAY, M; CASTRO, M. G.; **Drogas nas escolas**: versão resumida. Brasília: UNESCO, 2005.

AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte (MG): Edições do Campo Social, 2002.

ALAVARSE, G.M.A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Esc Anna Nery.**, v.10, n.3, p.408-416, 2006.

ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. **Rev Rene**, v.12, n. esp., p.1052-1058, 2011.

ALMEIDA, M. M. **A adesão de adolescentes ao tratamento para uso de álcool e outras drogas**: um bicho de sete cabeças? 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 319-325, 2011.

AMARAL, M. A. **Entre o desejo e o medo**: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescente. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

AQUINO, J. R. G. (Org.). **Drogas na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, A.P.; BALLÃO, C.M.; PIETROBON, S.R.G. Programa de prevenção ao uso de drogas no contexto escolar. **Revista Conexão [Internet]**, v. 4, 2008. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/3800/2687>. Acesso em: 1 mar. 2014.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.1, p.40-46, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual do multiplicador**: adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família: informe técnico institucional. **Rev Saúde Pública**, v.4, n.3, p. 316-319, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Presidente amigo da criança e do adolescente: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Justiça, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de dezembro de 2007a.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID [Internet]**. 2007b. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11431&rastra=PREVEN%C3%87%C3%83O%2FTipos+de+Preven%C3%A7%C3%A3o/Preven%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria%2C+secundaria+e+terci%C3%A1ria. Acesso em: 6 fev. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de agravos e de enfermidades e na assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes.** Conteúdo e texto original de Beatriz H. Carlini. 2. ed. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2014.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas.** 6. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

BERKENBROCK, V.J. **Dinâmicas para encontros de grupo:** para apresentação, intervalo, autoconhecimento. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BURRONE, M.S. **Análises del registro de intervenciones preventivas sobre el consumo de drogas em adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba-Argentina.** 2010. Tesis (Maestria) - Universidade Nacional de Córdoba, Córdoba, 2010.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad Saúde Pública**, 1999, v.15, n.2, p.177-185, 1999.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). Promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMARGO, M. Oficina de educação em saúde com adolescentes: relações de trocas interindividuais no contexto das interações. **Cadernos de Aplicação**, v. 21, n. 2, p.571-588, 2008.

CAMPOS. C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm.**, v.57, n.5, p.611-614, 2004.

CANOLETTI, B.; SOARES, C.B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica 1991 a 2001. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.115-129, 2005.

CARLINI-COTRIM, B.H.R.S. *et al.* **O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.

CAVALCANTE, M.B.P.T; ALVES, M.D.S; BARROSO, M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão da promoção da saúde. **Esc Anna Nery.**, v.12, n.3, p.555-559, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas:** leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.

CHIZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COSTA, F.S.; SILVA, J.L.L.; DINIZ, M.I.G. **Informe-se em promoção da saúde**, v.4, n.2, p.30-33, 2008.

COSCRATO, G; PINA J.C; MELLO, D.F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.2, p.257-263, 2010.

CURRIE, C. *et al.* **Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey**. Copenhagen: World Health Organization, 2008. (Health policy for children and adolescents, n. 5).

DANTAS, T. M. *et al.* Educação em saúde como ferramenta na saúde sexual do adolescente. **Cadernos de cultura e ciência**, v.1, n.2, p.12-22, 2010.

DIAS, V.P.D; SILVEIRA, D.T; WITT, R.R. Educação em Saúde: o trabalho em grupos na atenção primária. **Rev APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

FORMIGLI, V.L; COSTA, M.C.O; PORTO, L.A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad Saúde Pública**, v.16, n.3, p.831-841, 2000.

FREIRE, L. A. M. **Educação em saúde com adolescentes: uma análise sob a perspectiva de Paulo Freire**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

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

GIL, H.L.B. *et al.* Opinião de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Peru. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.16, n. esp, p.551-557, 2008.

GRUNBAUM, J.A. *et al.* Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. **Addict Behav.**, v.25, n.1, p.145-151, 2000.

GUBERT, F.A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev Eletr Enf.** [Internet], v.11, n.1, p.165-172, 2009. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf. Acesso em: 6 fev. 2014.

HAIKAL, D. S. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3317-3329, 2011.

HAWE, P.; SHIELL, A.; RILEY, T. Theorising Interventions as Events in Systems. **Am J Community Psychol.**, v.43, p.267-276, 2009.

HEIDMANN, I.T.S.B. *et al.* Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.2, p.352-358, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Cidades [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 11 mar. 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). **Estimativa da população** [Internet]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/. Acesso em: 11 mar. 2013.

MACHADO, N.G. *et al.* Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev enferm UERJ**, v.18, n.2, p.284-290, 2010.

MAIA, D.; DANTAS, M. R. Ministério da Saúde. Saúde na escola e qualidade de vida. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e sua Interface com a Escola**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p.1-7, 2003.

MARIANO, M.R. *et al.* Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. **Rev Eletr Enf**. [Internet]., v.15, n.1, p.265-273, 2013. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a30.pdf. Acesso em: 11 mar. 2013

MARQUES, A. C. P. R; CRUZ, M.S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.22, supl.II, p.32-36, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. revista e aprimorada. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORAN, J. M. Interferências dos meios de comunicação no nosso conhecimento. **Rev Bras Comunic.**, v.7, p.36- 49, 1994.

NAIDOO J; WILLS, J. **Health Promotion** – foundations for practice. London: Baillière Tindall, 1994.

NASCIMENTO, M.O.; AVALLONE, D.M. Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares. **Adolesc Saude**, v.10, n.4, p.41-49, 2013.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M.; TERRIEN, J. Os trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Estudos em avaliação educacional**, v.15, n.30, p.5-16, 2004.

NOGUEIRA, B.R. **Violência nas escolas e o papel do PROERD**. Palestra conferida na Capacitação para Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Projeto Um Outro Caminho é Possível. Teresina, 2008, Mimeo.

OLCZEWSKI, L.L. **Adolescentes que perderam a liberdade**: a escola e as drogas. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2007.

OLIVEIRA, S. G.; RESSEL, L. B. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde.**, v.9, n.1, p.144-148, 2010.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm.**, v.57, n.6, p.761-763, 2004.

PEDEN, M. *et al.* (Ed.). **World report on child injury prevention**. Geneva: World Health Organization; Unicef, 2008.

PEREIRA, S.M; BARRETO, M.L. Estudos de intervenção. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e Saúde**. Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p.55-64.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013**. Disponível em:

http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios_de_gestao/plano_municipal_de_saude_2010-2013.pdf. Acesso em: 11 mar. 2013.

REBOLLEDO, E. A. O.; MEDINA, N. M. O.; PILLON, S.C. Factores de riesgo asociados al uso de drogas em Estudantes adolescentes. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.12, nº esp, p.369-375, 2004.

RESSEL, L. B. *et al.* Saúde, doença e vulnerabilidade para mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery.**, v.13, n.3, p.552-557, 2009.

RIGONI, M. S.; OLIVEIRA, M. S.; MORAES, J. F. D.; ZAMBOM, L. F. **O consumo de maconha na adolescência e as conseqüências nas funções cognitivas**. *Estud Psicol.* 2007 maio/ago; 12(2): 267-75.

RODRÍGUEZ, M. C. M. *et al.* **Los adolescentes españoles y su salud**: resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad de Sevilla, 2005.

ROECKER, S.; MARCON, S.S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery.**, v.15, n.4, p.701-709, 2011.

ROMANO, M. *et al.* Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública.**, v.41, n.4, p.495-501, 2007.

SANCHEZ, Z. *et al.* O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, supl.1, p.1257-1266, 2011.

SANTOS, R. M. S. **Prevenção de droga na escola: uma abordagem psicodramática.** Campinas: Papyrus, 1997.

SEGOVIA, N. S.; GONÇALVES, M. F. C. Los espacios escolares para la prevención de la drogodependencia: concepción de directivas de escuelas secundarias. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.19, n. esp., p.782-788, 2011.

SENAD. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 5. ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

SENAD. **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: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2010.

SILBER, T. J.; SOUZA, R. P. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolesc Latinoam.**, v.1, n.3, p.148-161, 1998.

SILVA, E. L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, J.L.L. **Conhecendo o Programa de Saúde do Adolescente** [Internet]. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/discicamep/prosad.htm>. Acesso em: 16 fev. 2014.

SIVEIRA, R. W. M.; REZENDE, D.; MOURA W. A. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.3, n.2, p.184-197, 2010.

SMART, R.G. *et al.* **Drug Use Among Non-Student Youth.** Geneva: World Health Organization, 1980.

SOUZA, A. C. *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.26, n.2, p.147-153, 2005.

SOUZA, M.M. *et al.* A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v.16, n.2, p.18-22, 2004.

STRAUCH, E. S. *et al.* Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.4, p.647-655, 2009.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.6, p.787-796, 2004.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

UNICEF. **O direito de ser adolescente:** oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2011** (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10). New York: UNODC, 2011.

UNVPA - Fundo de População das Nações Unidas. **Direitos da população jovem:** um marco para o desenvolvimento. 2. ed. Brasília: UNVPA, 2010.

VALADÃO, M.M. **Saúde na escola:** um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 138f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. , n.8, p. 121-126, 2001.

VITÓRIA, P. D.; SILVA, S. A.; VRIES, H.D. Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.2, p.343-354, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneva: WHO, 1986.

ZEITOUNE, R.C.G. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc Anna Nery**, v.16, n.1, p.57-63, 2012.

APÊNDICE A – CRONOGRAMA

Etapas	Abr 2013	Mai 2013	Jun 2013	Jul 2013	Ago 2013	Set 2013	Out 2013	Nov 2013	Dez 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Abr 2014
Qualificação do projeto	X												
Correções após qualificação		X	X										
Envio do projeto para análise do comitê de Ética em Pesquisa				X									
Realização da Pesquisa de Intervenção								X	X				
Análise dos dados obtidos										X	X		
Finalização da dissertação											X	X	
Defesa da dissertação													X

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OS PAIS / RESPONSÁVEIS (TCLE)**

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada **PREVENÇÃO DAS DROGAS EM ALUNOS ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL DE FORTALEZA – CE**. A participação é voluntária e muito importante para essa pesquisa, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos. O objetivo geral do estudo é: Verificar o resultado de intervenção educativa para prevenção de uso indevido de drogas entre adolescentes no ambiente escolar. Seu filho preencherá um questionário na escola para identificar conhecimentos e comportamentos em relação ao uso de álcool e outras drogas. Ele terá também como benefício a participação em atividades educativas visando aquisição de informações sobre o tema exposto, sem exposição a nenhum risco ou desconforto. As ações educativas serão realizadas na escola, no horário da aula, sendo quatro atividades no total, cada uma com duração média de aproximadamente uma hora, sendo realizadas no período de quatro semanas. Você também participará de uma entrevista. Essa pesquisa não oferece nenhum pagamento por participar da mesma. A qualquer momento, seu filho poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Você também participará de uma entrevista, ao final das atividades realizadas com seu filho (a). Os resultados dessa pesquisa serão divulgados nos meios de veiculação acadêmica protegidos de identificação de seus participantes.

Responsável pela pesquisa: Renata Luzia Cavalcante Costa
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna Nº: 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60430-160 Fortaleza-CE
Telefones p/contato: 85 3452 6644

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
Telefone: 3366.8344

O abaixo-assinado, _____, _____ anos, RG nº _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que autorizo a participação do meu filho/minha filha como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também, sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.
Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (caso o voluntário não saiba ler)	Data	Assinatura

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTES (TA)

Caro (a) adolescente, convidamos você a participar de uma pesquisa chamada **PREVENÇÃO DAS DROGAS EM ALUNOS ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL DE FORTALEZA – CE**. Sua participação é voluntária e muito importante para essa pesquisa, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos. O objetivo geral do estudo é: Verificar o resultado de intervenção educativa para prevenção de uso indevido de drogas entre adolescentes no ambiente escolar. Você preencherá um questionário na sua escola para identificar conhecimentos e comportamentos em relação ao uso de álcool e outras drogas. Você também terá como benefício a participação em atividades educativas visando aquisição de informações sobre o tema exposto, sem exposição a nenhum risco ou desconforto. As ações educativas serão realizadas na escola, no horário da aula, sendo quatro atividades no total, cada uma com duração média de aproximadamente uma hora, sendo realizadas no período de quatro semanas. Essa pesquisa não oferece nenhum pagamento por participar da mesma. A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados nos meios de veiculação acadêmica protegidos de identificação de seus participantes.

Responsável pela pesquisa: Renata Luzia Cavalcante Costa
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna Nº: 1115
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60430-160 Fortaleza-CE
 Telefones p/contato: 85 3452 6644

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
 Telefone: 3366.8344

O abaixo-assinado, _____, _____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Assentimento e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também, sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DAS ATIVIDADES E DA ESCOLA (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada **PREVENÇÃO DAS DROGAS EM ALUNOS ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL DE FORTALEZA – CE**. Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. O objetivo geral do estudo é: Verificar o resultado de intervenção educativa para prevenção de uso indevido de drogas entre adolescentes no ambiente escolar. Ao final das ações educativas realizadas, você participará de uma entrevista com duração de aproximadamente 20 (vinte) minutos. Você não será exposto a nenhum risco ou desconforto e não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa. As ações educativas serão realizadas na escola, no horário da aula, sendo quatro atividades no total, cada uma com duração média de aproximadamente uma hora, sendo realizadas no período de quatro semanas. As informações conseguidas através da participação na pesquisa não permitirão a identificação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das informações mencionadas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço da responsável pela pesquisa: Renata Luzia Cavalcante Costa
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna Nº: 1115
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60430-160 Fortaleza-CE
 Telefones p/contato: 85 3452 6644

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
 Telefone: 3366.8344

O abaixo-assinado, _____, _____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também, sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (caso o voluntário não saiba ler)	Data	Assinatura

**APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS
RESPONSÁVEIS PELAS ATIVIDADES**

1. Fale sobre a atividade realizada.
2. Qual sua opinião sobre o processo?
3. Diga sua opinião sobre o fato de ter sido realizada na escola.
4. Comente como você se sentiu desenvolvendo esta atividade.

**APÊNDICE F - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFESSORES E
MEMBROS DA DIREÇÃO DA ESCOLA**

1. O que você considerou positivo nas atividades realizadas?
2. Em sua opinião, o que trará para os alunos essas atividades?
3. Que sugestões você tem para próximos encontros?
4. Diga sua opinião sobre o fato de ter sido realizada na escola.

**APÊNDICE G - PERGUNTAS DO JOGO UTILIZADO NA PRIMEIRA
ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO**

1. Por que as pessoas usam drogas?
2. O que é um vício?
3. Qual a diferença entre o uso e abuso de drogas?
4. Em sua opinião, qual a droga mais usada pelos jovens?
5. Desafio: Mímica (Situações possíveis – Grávida procurando o Posto de Saúde, Criança se vacinando)
6. Desafio: Você é pai ou mãe de uma família e desconfia que seu filho faça uso de drogas. O que você faria? 3 colegas devem dramatizar, escolhendo os papéis de filho, pai e outro familiar.
7. Desafio: Cante uma música da sua escolha.
8. Qual a diferença entre uma droga lícita e ilícita?
9. “É fundamental a presença da família no cotidiano dos adolescentes, pois eles necessitam perceber que os pais se preocupam com eles, que existe uma identidade familiar e que os problemas que surgirem são enfrentados pelo grupo e não pelos indivíduos isoladamente.”
10. Frase para suscitar reflexão e discussão do grupo.
11. Quais as consequências que as drogas causam no âmbito escolar?
12. Quais as consequências do uso de drogas para um adolescente?
13. Para vocês as drogas prejudicam as relações familiares? (Convivência Familiar). Expliquem?

**APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PRIMEIRA
ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO**

1. O que eu achei do encontro de hoje?

() Bom 

() Regular 

() Ruim 

2. Preencha o quadro de acordo com sua opinião:

O que eu sabia	O que aprendi	Como vou procurar melhorar

**APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA TERCEIRA ATIVIDADE
DE INTERVENÇÃO**

1. O que eu achei do encontro de hoje?
2. O que mais chamou minha atenção no encontro?
3. Sugestões

APÊNDICE J - AVALIAÇÃO DA QUARTA ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO

1. Como você se sentiu realizando esta atividade?

2. O que a atividade representou para você?

**APÊNDICE K - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PAIS OU RESPONSÁVEIS
PELOS ADOLESCENTES**

1. Em sua opinião, qual a importância de seu filho ter participado dessas atividades?

2. Comente sobre o comportamento do seu filho após as atividades.

3. Diga a sua opinião sobre as atividades terem sido realizadas na escola.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO COMEPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DE DROGAS EM ALUNOS ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL DE FORTALEZA - CE

Pesquisador: Renata Luzia Cavalcante Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19530613.0.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 459.825

Data da Relatoria: 14/11/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo será uma pesquisa de intervenção, que segundo Hawe (2009), poderia ser vista como forma de criar novos papéis, para elevar símbolos particulares, para preencher os furos estruturais dentro e entre redes e aumentar as oportunidades para a interação e troca. O estudo terá delineamento quase experimental, utilizando um instrumento antes e depois das ações de intervenção. Serão sujeitos participantes: adolescentes,

pais dos adolescentes, professores e diretores da escola e profissionais responsáveis pelas atividades educativas. Assim, como a turma escolhida para a realização das atividades possui 40 alunos, somando aos 40 pais/responsáveis e mais

aproximadamente 05 componentes da escola e mais 06 profissionais que conduzirão as atividades, temos um total de aproximadamente 91 sujeitos participantes

da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral verificar o resultado de intervenção educativa para prevenção de uso indevido de drogas entre

adolescentes no ambiente escolar. Será realizado em Escola Municipal de Fortaleza - CE, que possui o Programa Saúde na Escola. Assim, inúmeras políticas públicas serão fortalecidas:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 459.825

Estratégia Saúde da Família, Política Nacional de Promoção da Saúde e Programa Saúde na Escola.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os adolescentes participantes terão oportunidade de receber orientações a respeito dos problemas decorrentes do abuso de drogas, levando em consideração não só o enfoque biológico, mas também social e legal. Não consideramos que tenha risco aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, de cunho social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos necessários foram anexados. A pesquisadora refez Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando a estimativa de tempo das atividades para cada um dos sujeitos da pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 18 de Novembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B - QUESTIONÁRIO INICIAL

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Quantos anos você tem? Anos

3. Com quem você mora (você pode assinalar mais de uma resposta):

Pai.

Mãe.

Madrasta.

Irmã (s) ou irmão (s).

Avó (s) ou avô (s)

Outros.....

4. Seus pais:

Vivem juntos.

Vivem separados.

Um deles já morreu (ou os dois).

Outros.....

5. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantos dias você faltou a alguma aula sem autorização dos seus pais ou responsáveis?

Não faltei..

Faltei de 1 a 3 dias.

Faltei de 4 a 8 dias.

Faltei 9 dias ou mais.

6.

A. Você já experimentou alguma bebida alcoólica? Exemplos: cerveja, chopp, vinho, pinga, caipirinha, aperitivos, sidra, outras.

Não.

Sim.

B. Que idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

Nunca tomei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

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

Não.

Sim.

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

Não.

Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês.

Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, tomei de 20 dias ou mais no mês.

E. Você já comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica (mesmo que não tenha sido para você).

Não.

Sim.

Já tentei, mas não consegui.

F. Quando foi a primeira vez que você tomou bebida alcoólica?

Nunca tomei.

Durante os últimos 30 dias.

Faz mais de um mês, porém menos de 1 ano.

Faz mais de um ano.

7.

A. Você já tomou alguma bebida energética? Exemplos: Red Bull[®], Flash Power[®], Flying Horse[®], Bad Boy[®], Blue Energy[®], Burn[®].

Não.

Sim.

B. Se você já tomou alguma bebida energética, alguma vez foi misturada com álcool?

Nunca tomei bebida energética.

Não, nunca misturei com álcool.

Sim, já misturei com álcool.

8.

A. Você já fumou cigarro?

Não.

Sim.

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

Não.

Sim.

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

Não.

Sim, fumei de 1 a 5 dias no mês.

Sim, fumei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, fumei de 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando fumou pela primeira vez?

Nunca fumei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

E. Quantos cigarros você fuma por dia?

Não fumo.

De 1 a 10 cigarros por dia.

De 11 a 20 cigarros por dia.

Mais de 20 cigarros por dia.

9. Você já fumou em narguile (narguilê, arguile, nargas)?

Não.

Sim.

10.

A. Você já cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”? Exemplos: loló, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, acetona, tíner, esmalte, aguarrás, tinta (NÃO VALE COCÁINA)

Não.

Sim.

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

Não.

Sim.

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

Não.

- Sim, cheirei de 1 a 5 dias no mês.
- Sim, cheirei de 6 a 19 dias no mês.
- Sim, cheirei de 20 dias ou mais no mês.

D. Se você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”, qual você cheirou por último?

- Não cheirei.
- Loló, lança.
- Cola
- Éter
- Gasolina
- Tíner/ aguarrás/tinta/benzina
- Esmalte/acetona
- Outros.....

E. Que idade você tinha quando cheirou algum desses produtos para se sentir “alterado/diferente” pela primeira vez?

- Nunca cheirei.
- Eu tinhaanos.
- Não lembro.

F. Quando foi a primeira vez que você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

- Nunca cheirei.
- Durante os últimos 30 dias.
- Faz mais de um mês, porém menos de 1 ano.
- Faz mais de um ano.

G. Se você cheirou algum desses produtos, na última vez que você cheirou, onde os conseguiu?

- Nunca cheirei.
- Tinha em minha casa.
- Ganhei de amigos.
- Não lembro.
- Outros.....

11.

A. Você já experimentou maconha (ou haxixe)?

() Não.

() Sim.

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

() Não.

() Sim.

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

() Não.

() Sim, usei de 1 a 5 dias no mês.

() Sim, usei de 6 a 19 dias no mês.

() Sim, usei de 20 dias ou mais no mês.

D. Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

() Nunca experimentei.

() Eu tinhaanos.

() Não lembro.

E. Quando foi a primeira vez que você fumou maconha?

() Nunca fumei.

() Durante os últimos 30 dias.

() Faz mais de 1 mês, porém menos de 1 ano.

() Faz mais de 1 ano.

12.

A. Você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica? Exemplos: Anfepramona, Femproporex, Mazindol, Hipofagin[®], Inibex[®], Desobesi[®], Moderine[®], Absten[®], Fagolipo[®], Dualid[®]. (NÃO VALE ADOÇANTES, SHAKE, NEM CHÁ).

() Não.

() Sim. Qual o nome do que você tomou por último?

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

() Não.

() Sim.

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

() Não.

- Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês.
- Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês.
- Sim, tomei de 20 dias ou mais no mês.

D. Que idade você tinha quando você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica pela primeira vez?

- Nunca experimentei.
- Eu tinhaanos.
- Não lembro.

13. Você já tomou Holoten[®], Carpinol[®] ou Medavane[®] para se sentir “alterado/diferente”?

- Não.
- Sim. Qual o nome do que você tomou por último?

14.

A. Você já tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica? Exemplos: Diazepam, Dienpax[®], Valium[®], Lorax[®], Rohypnol[®], Psicosedin[®], Somalium[®], Apraz[®], Rivotril[®], Alprazolam, Lexotan[®], Dalmadorm[®], Dormonid[®], Bromazepam, Frontal[®], Olcadil[®]. (NÃO VALE CHÁS, NEM PRODUTOS NATURAIS COMO MARACUGINA).

- Não.
- Sim. Qual o nome do que você tomou por último?

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

- Não.
- Sim.

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

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

D. Que idade você tinha quando você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica pela primeira vez?

- Nunca tomei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

15.

A. Você já experimentou cocaína?

Não.

Sim.

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

Não.

Sim.

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

Não.

Sim, usei de 1 a 5 dias no mês.

Sim, usei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, usei de 20 dias ou mais no mês.

D. Que idade você tinha quando você experimentou cocaína pela primeira vez?

Nunca experimentei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

E. Quando foi a primeira vez que você cheirou cocaína?

Nunca cheirei.

Durante os últimos 30 dias.

Faz mais de 1 mês, porém menos de 1 ano.

Faz mais de 1 ano.

16.

A. Você já experimentou crack ou merla?

Não.

Sim. Qual você usou?.....

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

Não

Sim

C. De um mês pra cá, nos últimos 30 dias, você usou crack ou merla?

Não

Sim, usei de 1 a 5 dias no mês

Sim, usei de 6 a 19 dias no mês

Sim, usei de 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando experimentou crack ou merla pela primeira vez?

Nunca experimentou

Eu tinhaanos

Não lembro

E. Quando foi a primeira vez que você usou crack ou merla?

Nunca usei

Durante os últimos 30 dias

Faz mais de 1 mês porém menos 1 ano

17.

A. Você já tomou Artame[®], Bentyl[®], Akineton[®], ou chá de lírio (saia branca, véu de noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

Não

Sim. Qual o nome do que usou por último?.....

B. De um ano pra cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou Artame[®], Bentyl[®], Akineton[®], ou chá de lírio (saia branca, véu de noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

Não

Sim

C. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou Artame[®], Bentyl[®], Akineton[®], ou chá de lírio (saia branca, véu de noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

Não.

Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês.

Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, tomei de 20 dias ou mais no mês.

D. Se você já tomou Artame[®], Bentyl[®], Akineton[®], ou chá de lírio (saia branca, véu de noiva, trombeteira, zabumba, cartucho), que idade você tinha quando tomou para se sentir “alterado/diferente” pela primeira vez?

Nunca tomei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

18. Você já experimentou heroína ou ópio?
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
19. Você já tomou alguns dos remédios abaixo para se sentir “alterado/diferente”? Morfina, Tylex[®], Setux[®], Sylador[®], Tramal[®] (Tramadol), Dolatina[®], (Meperidina ou Petidina), Fentanil[®], Dolosal[®], Belacodid[®].
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
20. Você já experimentou LSD (ácido) ou chá de cogumelo?
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
21. Você já experimentou êxtase?
- () Não
- () Sim
22. Você já usou Benflogin[®] para se sentir “alterado/diferente”?
- () Não
- () Sim
23. Você já usou algum medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força? Exemplos: Anabolex[®], Androlone[®], Androviron[®], Decadurabolin[®], Durabolin[®], Durateston[®], Equipoise[®], Parabolan[®], Primobolan[®].
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
24. Você já ouviu falar de outras drogas não citadas neste questionário?
- () Não
- () Sim. Os nomes são:
25. Até que grau o chefe (responsável) de sua família estudou?
- () Nunca estudou
- () Fez até a 1^a, 2^a ou 3^a série do ensino fundamental
- () Fez até a 4^a, 5^a, 6^a ou 7^a série do ensino fundamental
- () Fez até a 8^a série do ensino fundamental
- () Fez até a 1^a e 2^a série do ensino médio (1^o e 2^o colegial)
- () Terminou o ensino médio (3^o colegial)
- () Fez faculdade, mas não terminou o curso

() Fez faculdade completa (terminou o curso)

() Não sei

26. Na sua casa tem:

A. Televisão em cores? (não vale quebrada)

() Não

() Sim. Quantas?

B. Videocassete? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

C. Aparelho de DVD? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

D. Rádio? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

E. Banheiro?

() Não

() Sim. Quantos?

F. Automóvel? (não vale moto)

() Não

() Sim. Quantos?

G. Empregado(a) que trabalha todos os dias para sua família? Ex. doméstica, babá, motorista, jardineiro etc.

() Não

() Sim. Quantos?

H. Máquina de lavar (não vale tanquinho)? (não vale quebrada)

() Não

() Sim. Quantas?

J. Geladeira? (não vale quebrada)

() Não

() Sim. Quantas?

I. Freezer (da geladeira ou independente)? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

27. Você já recebeu informações educativas sobre drogas? (Pode assinalar mais de uma resposta)

() Não

() Sim, na minha escola

() Sim, na minha família

() Sim, na minha igreja ou grupo religioso

() Sim, através de televisão ou rádio

() Sim, através de livros ou revistas

() Sim, através de internet

() Sim, através de amigos

() Sim, outros

28. Se você quisesse procurar alguma informação sobre drogas, o que você faria? (Pode assinalar mais de uma resposta)

() Nada

() Conversaria com algum professor ou funcionário da minha escola

() Conversaria com alguém da minha família

() Conversaria com alguém da minha igreja ou grupo religioso

() Procuraria informações em livros ou revistas?

() Procuraria informações na internet

() Conversaria com amigos

() Conversaria com algum profissional de saúde

() Outros

29. Com que intensidade você acredita que o seu futuro será melhor?

() Nenhuma

() Um pouco

() Mais ou menos

() Muito

() MUITÍSSIMO

30. Você sabe se sua família recebe algum auxílio do governo, como por exemplo, bolsa família, bolsa escola, auxílio-gás ou bolsa alimentação?

() Não sei

() Não recebe

() Recebe. Qual?

31. Você já foi obrigado a cumprir alguma medida sócio-educativa do governo, como por exemplo, liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade?

() Não sei

() Não

() Sim. Qual?

Veja se não deixou nenhuma questão em branco

Caso queira, use o espaço abaixo para algum comentário

ANEXO C - QUESTIONÁRIO APÓS ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Quantos anos você tem? Anos

3. Com quem você mora (você pode assinalar mais de uma resposta):

Pai.

Mãe.

Madrasta.

Irmã (s) ou irmão (s).

Avó (s) ou avô (s)

Outros.....

4. Seus pais:

Vivem juntos.

Vivem separados.

Um deles já morreu (ou os dois).

Outros.....

5. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantos dias você faltou a alguma aula sem autorização dos seus pais ou responsáveis?

Não faltei..

Faltei de 1 a 3 dias.

Faltei de 4 a 8 dias.

Faltei 9 dias ou mais.

6.

A. Você já experimentou alguma bebida alcoólica? Exemplos: cerveja, chopp, vinho, pinga, caipirinha, aperitivos, sidra, outras.

Não.

Sim.

B. Que idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

Nunca tomei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

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

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

D. Você já comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica (mesmo que não tenha sido para você).

- Não.
- Sim.
- Já tentei, mas não consegui.

E. Quando foi a primeira vez que você tomou bebida alcoólica?

- Nunca tomei.
- Durante os últimos 30 dias.
- Faz mais de um mês, porém menos de 1 ano.
- Faz mais de um ano.

7.

A. Você já tomou alguma bebida energética? Exemplos: Red Bull[®], Flash Power[®], Flying Horse[®], Bad Boy[®], Blue Energy[®], Burn[®].

- Não.
- Sim.

B. Se você já tomou alguma bebida energética, alguma vez foi misturada com álcool?

- Nunca tomei bebida energética.
- Não, nunca misturei com álcool.
- Sim, já misturei com álcool.

8.

A. Você já fumou cigarro?

- Não
- Sim

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

- Não.
- Sim, fumei de 1 a 5 dias no mês.
- Sim, fumei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, fumei de 20 dias ou mais no mês

C. Que idade você tinha quando fumou pela primeira vez?

Nunca fumei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

D. Quantos cigarros você fuma por dia?

Não fumo.

De 1 a 10 cigarros por dia.

De 11 a 20 cigarros por dia.

Mais de 20 cigarros por dia.

9. Você já fumou em narguile (narguilê, arguile, nargas)?

Não.

Sim.

10.

A. Você já cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”? Exemplos: loló, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, acetona, tíner, esmalte, aguarrás, tinta (NÃO VALE COCÁINA)

Não.

Sim.

B. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

Não.

Sim, cheirei de 1 a 5 dias no mês.

Sim, cheirei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, cheirei de 20 dias ou mais no mês.

C. Se você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”, qual você cheirou por último?

Não cheirei.

Loló, lança.

Cola

Éter

Gasolina

Tíner/ aguarrás/tinta/benzina

Esmalte/acetona

Outros.....

D. Que idade você tinha quando cheirou algum desses produtos para se sentir “alterado/diferente” pela primeira vez?

Nunca cheirei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

E. Quando foi a primeira vez que você cheirou algum produto para se sentir “alterado/diferente”?

Nunca cheirei.

Durante os últimos 30 dias.

Faz mais de um mês, porém menos de 1 ano.

Faz mais de um ano.

F. Se você cheirou algum desses produtos, na última vez que você cheirou, onde os conseguiu?

Nunca cheirei.

Tinha em minha casa.

Ganhei de amigos.

Não lembro.

Outros.....

11.

A. Você já experimentou maconha (ou haxixe)?

Não.

Sim.

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

Não.

Sim, usei de 1 a 5 dias no mês.

Sim, usei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, usei de 20 dias ou mais no mês.

C. Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

Nunca experimentei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

D. Quando foi a primeira vez que você fumou maconha?

- () Nunca fumei.
 () Durante os últimos 30 dias.
 () Faz mais de 1 mês, porém menos de 1 ano.
 () Faz mais de 1 ano.

12.

A. Você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica? Exemplos: Anfeparamona, Femproporex, Mazindol, Hipofagin[®], Inibex[®], Desobesi[®], Moderine[®], Absten[®], Fagolipo[®], Dualid[®]. (NÃO VALE ADOÇANTES, SHAKE, NEM CHÁ).

- () Não.
 () Sim. Qual o nome do que você tomou por último?

B. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

- () Não.
 () Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês.
 () Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês.
 () Sim, tomei de 20 dias ou mais no mês.

C. Que idade você tinha quando você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica pela primeira vez?

- () Nunca experimentei.
 () Eu tinhaanos.
 () Não lembro.

13. Você já tomou Holoten[®], Carpinol[®] ou Medavane[®] para se sentir “alterado/diferente”?

- () Não.
 () Sim. Qual o nome do que você tomou por último?

14.

A. Você já tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica? Exemplos: Diazepam, Dienpax[®], Valium[®], Lorax[®], Rohypnol[®], Psicosedin[®], Somalium[®], Apraz[®], Rivotril[®], Alprazolam, Lexotan[®], Dalmadorm[®], Dormonid[®], Bromazepam, Frontal[®], Olcadil[®]. (NÃO VALE CHÁS, NEM PRODUTOS NATURAIS COMO MARACUGINA).

() Não.

() Sim. Qual o nome do que você tomou por último?

B. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

() Não.

() Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês.

() Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês.

() Sim, tomei de 20 dias ou mais no mês.

C. Que idade você tinha quando você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica pela primeira vez?

() Nunca tomei.

() Eu tinhaanos.

() Não lembro.

15.

A. Você já experimentou cocaína?

() Não.

() Sim.

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

() Não.

() Sim, usei de 1 a 5 dias no mês.

() Sim, usei de 6 a 19 dias no mês.

() Sim, usei de 20 dias ou mais no mês.

C. Que idade você tinha quando você experimentou cocaína pela primeira vez?

() Nunca experimentei.

() Eu tinhaanos.

() Não lembro.

D. Quando foi a primeira vez que você cheirou cocaína?

() Nunca cheirei.

() Durante os últimos 30 dias.

() Faz mais de 1 mês, porém menos de 1 ano.

() Faz mais de 1 ano.

16.

A. Você já experimentou crack ou merla?

Não.

Sim. Qual você usou?.....

B. De um mês pra cá, nos últimos 30 dias, você usou crack ou merla?

Não

Sim, usei de 1 a 5 dias no mês

Sim, usei de 6 a 19 dias no mês

Sim, usei de 20 dias ou mais no mês

C. Que idade você tinha quando experimentou crack ou merla pela primeira vez?

Nunca experimentou

Eu tinhaanos

Não lembro

D. Quando foi a primeira vez que você usou crack ou merla?

Nunca usei

Durante os últimos 30 dias

Faz mais de 1 mês porém menos 1 ano

17.

A. Você já tomou Artame[®], Bentyl[®], Akineton[®], ou chá de lírio (saia branca, véu de noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

Não

Sim. Qual o nome do que usou por último?.....

B. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou Artame[®], Bentyl[®], Akineton[®], ou chá de lírio (saia branca, véu de noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para se sentir “alterado/diferente”?

Não.

Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês.

Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês.

Sim, tomei de 20 dias ou mais no mês.

C. Se você já tomou Artame[®], Bentyl[®], Akineton[®], ou chá de lírio (saia branca, véu de noiva, trombeteira, zabumba, cartucho), que idade você tinha quando tomou para se sentir “alterado/diferente” pela primeira vez?

Nunca tomei.

Eu tinhaanos.

Não lembro.

18. Você já experimentou heroína ou ópio?
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
19. Você já tomou alguns dos remédios abaixo para se sentir “alterado/diferente”?
- Morfina, Tylex[®], Setux[®], Sylador[®], Tramal[®] (Tramadol), Dolatina[®], (Meperidina ou Petidina), Fentanil[®], Dolosal[®], Belacodid[®].
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
20. Você já experimentou LSD (ácido) ou chá de cogumelo?
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
21. Você já experimentou êxtase?
- () Não
- () Sim
22. Você já usou Benflogin[®] para se sentir “alterado/diferente”?
- () Não
- () Sim
23. Você já usou algum medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força? Exemplos: Anabolex[®], Androlone[®], Androviron[®], Decadurabolin[®], Durabolin[®], Durateston[®], Equipoise[®], Parabolan[®], Primobolan[®].
- () Não
- () Sim. Qual o nome do que usou por último?.....
24. Você já ouviu falar de outras drogas não citadas neste questionário?
- () Não
- () Sim. Os nomes são:
25. Até que grau o chefe (responsável) de sua família estudou?
- () Nunca estudou
- () Fez até a 1^a, 2^a ou 3^a série do ensino fundamental
- () Fez até a 4^a, 5^a, 6^a ou 7^a série do ensino fundamental
- () Fez até a 8^a série do ensino fundamental
- () Fez até a 1^a e 2^a série do ensino médio (1^o e 2^o colegial)
- () Terminou o ensino médio (3^o colegial)
- () Fez faculdade, mas não terminou o curso

() Fez faculdade completa (terminou o curso)

() Não sei

26. Na sua casa tem:

A. Televisão em cores? (não vale quebrada)

() Não

() Sim. Quantas?

B. Videocassete? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

C. Aparelho de DVD? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

D. Rádio? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

E. Banheiro?

() Não

() Sim. Quantos?

F. Automóvel? (não vale moto)

() Não

() Sim. Quantos?

G. Empregado(a) que trabalha todos os dias para sua família? Ex. doméstica, babá, motorista, jardineiro, etc.

() Não

() Sim. Quantos?

H. Máquina de lavar (não vale tanquinho)? (não vale quebrada)

() Não

() Sim. Quantas?

J. Geladeira? (não vale quebrada)

() Não

() Sim. Quantas?

I. Freezer (da geladeira ou independente)? (não vale quebrado)

() Não

() Sim. Quantos?

27. Você já recebeu informações educativas sobre drogas? (Pode assinalar mais de uma resposta)

() Não

() Sim, na minha escola

() Sim, na minha família

() Sim, na minha igreja ou grupo religioso

() Sim, através de televisão ou rádio

() Sim, através de livros ou revistas

() Sim, através de internet

() Sim, através de amigos

() Sim, outros

28. Se você quisesse procurar alguma informação sobre drogas, o que você faria? (Pode assinalar mais de uma resposta)

() Nada

() Conversaria com algum professor ou funcionário da minha escola

() Conversaria com alguém da minha família

() Conversaria com alguém da minha igreja ou grupo religioso

() Procuraria informações em livros ou revistas?

() Procuraria informações na internet

() Conversaria com amigos

() Conversaria com algum profissional de saúde

() Outros

29. Com que intensidade você acredita que o seu futuro será melhor?

() Nenhuma

() Um pouco

() Mais ou menos

() Muito

() MUITÍSSIMO

30. Você sabe se sua família recebe algum auxílio do governo, como por exemplo, bolsa família, bolsa escola, auxílio-gás ou bolsa alimentação?

() Não sei

() Não recebe

() Recebe. Qual?

31. Você já foi obrigado a cumprir alguma medida sócio-educativa do governo, como por exemplo, liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade?

() Não sei

() Não

() Sim. Qual?

Veja se não deixou nenhuma questão em branco

Caso queira, use o espaço abaixo para algum comentário:

ANEXO D - DINÂMICA DE AVALIAÇÃO “EM TRÊS PALAVRAS”

Esta dinâmica de avaliação de encontro se presta para ocasiões em que não se tem muito tempo para a avaliação, mas se pretende dar a oportunidade para que todos consigam expressar seu sentimento em relação ao encontro. Para isto, no final do encontro, num instante oportuno, o coordenador propõe que cada qual faça sua avaliação do encontro dizendo três palavras que caracterizaram – em seu modo de ver – o encontro. Espontaneamente cada um irá dizer sua avaliação em três palavras. Podem ocorrer palavras repetidas diversas vezes. Estas palavras repetidas – ou palavras com significado próximo – formam claramente a tônica de avaliação do encontro. A partir delas a coordenação pode perceber qual o sentimento que se conseguiu passar no encontro.

Fonte: BERKENBROCK, V.J. **Dinâmicas para encontros de grupo:** para apresentação, intervalo, autoconhecimento. 7ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ANEXO E - DINÂMICA: “BALÃO DAS EXPECTATIVAS OU DO DESEJO”

Distribui-se entre os participantes um balão, uma tira de papel e uma caneta. Pede-se que cada um escreva nas tiras as suas expectativas em relação ao encontro, identificando-se e em seguida, dobre a tira bem fininha e a coloque dentro do balão, encha o balão e o amarre. Todos ficam de pé e jogam o balão para cima, sem deixá-lo cair. Os participantes trocam os balões entre si e em seguida, cada participante pega um balão qualquer, que não seja o seu, estoura-o e lê as expectativas do seu colega, comentando sua opinião.

Fonte: GONÇALVES, A. M. **Dinâmica de grupos na formação de lideranças.** Rio de Janeiro: DP&A editora, 2007.