



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TATIANA BARRETO PEREIRA VIANA**

**COMPORTAMENTO DE ADOLESCENTES ESCOLARES FRENTE AO  
CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.**

**SALVADOR/ BAHIA**  
**2015**

**TATIANA BARRETO PEREIRA VIANA**

**COMPORTAMENTO DE ADOLESCENTES ESCOLARES FRENTE AO  
CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde. na Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Climene Laura de Camargo**

**Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ridalva Dias Martins Felzemburgh**

**SALVADOR/ BAHIA  
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Sistema de Bibliotecas da UNEB  
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Viana, Tatiana Barreto Pereira

Comportamento de adolescentes escolares frente ao consumo de drogas lícitas e ilícitas / Tatiana Barreto Pereira Viana . – Salvador, 2015.  
104 f.

Orientadora: Climene Laura de Camargo.

Coorientadora: Ridalva Dias Martins Felzemburgh.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.

Contém referências e apêndices.

1. Adolescentes - Uso de álcool - Brasil. 2. Adolescentes - Uso de drogas - Brasil.  
3. Drogas - Abuso - Brasil. I. Camargo, Climene Laura de. II. Felzemburgh, Ridalva  
Dias Martins. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem.

CDD: 362.2909812

**TATIANA BARRETO PEREIRA VIANA**

**COMPORTAMENTO DE ADOLESCENTES ESCOLARES FRENTE AO CONSUMO  
DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para o título de mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovado em 20 de Julho de 2015

**BANCA EXAMINADORA**

**Climene Laura de Camargo – Orientadora** *C. Camargo*  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

**Marcus de Almeida Gomes – Membro externo** *Marcus de Almeida Gomes*  
**Doutor em Educação Física e Professor da Universidade do Estado da Bahia**

**Cláudia Geovana da Silva Pires – Membro interno** *Cláudia Geovana da Silva Pires*  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

**Maria Carolina Ortiz Whitaker – Suplente** *Maria Carolina Ortiz Whitaker*  
**Doutorado em Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este estudo com muito amor e carinho,  
à minha família, principalmente ao meu marido Marcelo, amigo e  
companheiro e minha filha, Maria Eduarda por todo carinho, incentivo, amor e  
compreensão nos momentos de ausência. Muito obrigada!**

## AGRADECIMENTOS

Sinto-me feliz por chegar ao término do Mestrado! A caminhada não foi fácil... Vivi momentos de muita resiliência, dedicação e solidão para a produção deste conhecimento. No entanto, apesar da companhia da solidão na leitura e escrita, foi fundamental o apoio de todos aqueles que ajudaram e incentivaram o meu crescimento intelectual e humano, por meio de manifestações de carinho e amizade demonstrados. A todos, sou eternamente grata!

À **Deus**, por ter permitido este momento de realização, por ser tão maravilhoso, está sempre presente e me fortalecer diariamente.

Ao meu esposo **Marcelo** e minha filha **Maria Eduarda**, pela paciência nos meus muitos momentos de cansaço e estresse, por compreender que a minha ausência foi necessária para a minha qualificação profissional, pelo incentivo para seguir apesar de todas as lágrimas derramadas, e por me mostrar que o amor pode superar tudo, inclusive à distância. Amo vocês!

Aos meus pais, **Antonio e Dorisdalva**, a minhas irmãs, **Daiana e Doriana**, e minha sobrinha **Joana** por acreditarem na minha capacidade de realizar novos projetos, e estimularem, por mais difíceis e distantes que sejam.

Aos meus sogros, **Teotino e Adélia**, aos meus cunhados **Ricardo e Francisco**, as minhas cunhadas, **Jacyara e Gilvania**, pelo apoio e carinho no cuidado a minha filha nos meses ausentes e pelo incentivo a seguir os meus objetivos profissionais.

Ao **Prof. Dr. Marcius**, importante incentivador e, que me ajudou e ensinou nos primeiros passos da pesquisa. Agradeço por estar presente nesta conquista desde a concepção.

À **Prof. Dra. Climene Laura de Camargo**, minha orientadora, com quem passei dias tensos e difíceis, mas, também vitórias importantes. Obrigada pela oportunidade de aprendizado, pelo envolvimento e por suas preciosas contribuições. Pela sua compreensão e amizade. Agradeço imensamente a sua receptividade na finalização deste estudo.

À **Prof. Dra. Ridalva Dias Martins Felzemburgh**, minha co-orientadora, pelo carinho e amizade nos momentos em que precisei dividir meus dilemas e solidão. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos e experiências profissionais.

À **Prof. Diorlene**, pela realização da análise estatística, pela gentileza em compartilhar ensinamentos e manuscritos, por sua prontidão em me atender.

Às amigas, **Larissa Abreu e Viviane de Jesus**, pela acolhida, apoio e incentivo nessa caminhada.

Aos **adolescentes participantes da pesquisa**, pelo aprendizado diário, por sua imensa generosidade em ajudar na construção dos dados, e, mais, por confiarem e relatar suas vivências, e me fazerem lembrar a todo instante por que estava ali ao lado deles. Como foi gratificante está com vocês.

Aos **professores da Pós-graduação**, por partilhar seus valiosos ensinamentos e incentivar a continuidade da minha qualificação.

Aos amigos da Pós-graduação, ao grupo CRESCER e em especial a **professora Eloina Santana** por compartilhar conhecimentos, lágrimas, sorrisos e a saudade da minha casa.

Aos integrantes da banca examinadora, por suas contribuições para aprimorar este estudo.

Aos meus alunos da graduação em enfermagem do DEDC XII/UNEB, que mesmo com seus compromissos acadêmicos participaram como voluntários neste estudo. Obrigada pela troca de conhecimentos.

À Universidade do Estado da Bahia por autorizar a minha qualificação profissional.

A Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB), pelo auxílio no financiamento.

**À todos muito obrigada!**

Existem dois jeitos de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por ideais nos quais acreditamos nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença.

**Roberto Shinyashiki**



## RESUMO

VIANA, Tatiana Barreto Pereira Viana. **Comportamento de adolescentes escolares frente ao consumo de drogas lícitas e ilícitas**. 2015. X f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA.

A adolescência refere-se a um período de maturação do indivíduo que sofre influências sociais, culturais, ambientais e comportamentais com exposição a diferentes situações de vulnerabilidade à sua saúde. Este estudo teve como objetivo geral analisar o consumo de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes escolares de instituições públicas de ensino. Caracterizou-se como um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com adolescentes escolares na faixa etária de 12 a 19 anos, matriculados na Rede Estadual de Ensino no município de Guanambi-BA. A coleta dos dados foi realizada em quatro Unidades de Ensino Estadual no município de Guanambi, durante o período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Foi utilizada, como técnica de coleta, a entrevista aplicando-se um formulário estruturado baseado no Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). As análises exploratórias das variáveis foram realizadas, através de números e percentuais para variáveis categóricas e medida de tendência central (média) e de dispersão (Desvio Padrão). Posteriormente, verificou-se a correlação entre as variáveis selecionadas e o sexo do adolescente mediante aplicação dos Testes Qui-quadrado de Pearson e o Exato de Fischer (frequências < 5) para as variáveis qualitativas nominais e o Teste Qui-quadrado de Tendência Linear para as variáveis qualitativas ordinais. Adotou-se o nível de significância estatístico de 95% ( $\alpha < 0,05$ ). A amostra de 370 adolescentes apresentou média de idade de, aproximadamente, 17 anos caracterizando-se predominantemente do sexo feminino, a maioria cursa o ensino médio, a maior proporção autodeclarou-se da raça negra, solteira(o), sem parceira(o) fixo, católica, a maioria mora com os pais e é dependente financeiramente. Os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes quanto ao padrão de consumo de álcool, exceto para a frequência do consumo ( $p=0,029$ ), verificou-se tendências proporcionais estatisticamente significantes quanto ao sexo masculino. Também se verificaram tendências proporcionais estatisticamente significantes, para o sexo masculino quanto à vulnerabilidade aos sintomas de dependência, aos problemas decorrentes do uso de álcool, quanto ao remorso ou esquecimento do que aconteceu no dia anterior; com relação aos demais itens os grupos apresentaram padrão de respostas proporcionalmente semelhante. Os grupos se mostraram proporcionalmente semelhantes com relação ao uso de risco e nocivo do álcool ( $p > 0,05$ ). Verificou-se que a iniciação do consumo de tabaco difere proporcionalmente entre os grupos, com predomínio do sexo masculino, sendo este resultado estatisticamente significativo ( $p=0,001$ ). Os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes com relação ao padrão de consumo de drogas ilícitas ( $p \geq 0,05$ ). O estudo possibilitou analisar o comportamento dos adolescentes frente as drogas lícitas e ilícitas, verificou-se que o consumo dessa substância pode se tornar abusivo ou mesmo acarretar a dependência química. Esta realidade ressalta a crescente necessidade dos enfermeiros inseridos nos espaços escolares onde se encontram esses jovens, conhecendo, intervindo e promovendo a saúde, atuando como um agente de transformação através de projetos de intervenção.

**Palavras chave:** Comportamento do Adolescente. Álcool. Tabaco. Drogas Ilícitas.

## ABSTRACT

VIANA, Tatiana Pereira Barreto Viana. **Behavior of adolescent forward to licit and illicit drugs.** 2015 X f. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador - BA.

Adolescence refers to an individual's maturation period suffering soci-ais, cultural, environmental and behavioral influences with exposure to different situations violates bility to your health. This study aimed to analyze the consumption of licit and illicit drugs by school adolescents from public schools. It was characterized as a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with adolescent students aged 12-19 years, enrolled in State Schools in the muni-ple of Guanambi-BA. Data collection was conducted in four Teaching Units This dual-municipality of Guanambi, during the period from November 2014 to January 2015. It was used as a collection technique, the interview applying a structured form based on the Test Identification of Problems Related to Alcohol Use (AUDIT). Exploratory analyzes of the variables were conducted using numbers and percentages for categorical variables and measure of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation). Later, there was a correlation between selected variables and sex of teen-cente by applying the chi-square tests of Pearson and Fisher exact (Frequen-ments <5) for the nominal qualitative variables and the chi-square test Linear trend for ordinal qualitative variables. We adopted the level of statistical significance of 95% ( $\alpha < 0.05$ ). The sample of 370 adolescents had a mean age of approximately 17 years and is characterized predominantly female, the majority attends high school, the highest proportion declared itself to the black race, single (o) without partner (o) fixed, Catholic, most lives with his parents and is financially dependent. The groups were similar in proportion as the pattern of alcohol consumption, except for the fre-quently consumption ( $p = 0.029$ ), there was statistically signi-traffickers in proportion as the male trends. There were also significant estatisti-cally proportional trends for males as to the vulnerability to symptoms of de-pending, problems arising from the use of alcohol, as remorse or forgetting what happened the day before; in relation to other items groups had standard proportionately similar responses. Groups were similar proportion regarding the use of hazardous and harmful alcohol ( $p > 0.05$ ). It was found that the initiation of smoking differs proportionally among the groups, with a predominance of males, which is statistically significant result ( $p = 0.001$ ). The groups were similar in proportion with respect to the pattern of illicit drug use ( $p \geq 0.05$ ). The study made it possible to analyze the behavior of adolescents in the licit and illicit drugs, it was found that the consumption of this substance can become abusive or even lead to addiction. This reality underscores the growing need of nurses inserted in school spaces where these young people, knowing, speaking and promoting health, acting as an agent of transformation through pro-jects intervention.

**Keywords:** Adolescent Behavior. Alcohol. Tobacco. Illicit drugs.

## RESUMEN

VIANA, Tatiana Pereira Barreto Viana. **Comportamiento del avance de los adolescentes a las drogas lícitas e ilícitas.** 2.015 X f. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador - BA.

La adolescencia se refiere al período de maduración sufrimiento soci-ais de un individuo, las influencias culturales, ambientales y de comportamiento con la exposición a diferentes situaciones vulnera bilidad para su salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar el consumo de drogas lícitas e ilícitas por los adolescentes escolares de las escuelas públicas. Se caracteriza por ser un estudio transversal descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado con alumnos adolescentes de entre 12-19 años, matriculados en las escuelas públicas en el muni-ple de Guanambi-BA. La recolección de datos se llevó a cabo en cuatro Unidades de Enseñanza Esta doble-municipio de Guanambi, durante el período comprendido entre noviembre de 2014 y enero de 2015. Se utilizó como técnica de recolección, la entrevista la aplicación de un formulario estructurado basado en la prueba Identificación de Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT). Los análisis exploratorios de las variables se realizaron utilizando los números y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Más tarde, hubo una correlación entre las variables y el sexo de adolescente-cente seleccionados mediante la aplicación de las pruebas de chi-cuadrado de Pearson y exacto de Fisher (frementos  $<5$ ) para las variables cualitativas nominales y la prueba de chi-cuadrado Tendencia lineal para las variables cualitativas ordinales. Adoptamos el nivel de significación estadística del 95% ( $\alpha <0,05$ ). La muestra de 370 adolescentes tenía una media de edad de aproximadamente 17 años y se caracteriza predominantemente femenino, la mayoría asiste a la escuela secundaria, la proporción más alta se declaró a la raza negro, sola (o) y sin pareja (o) fijo, católica, la mayoría vive con sus padres y es económicamente dependiente. Los grupos fueron similares en la proporción en que el patrón de consumo de alcohol, excepto para el consumo frecuencia ( $p = 0,029$ ), no fue estadísticamente significantes traficantes en la proporción en que las tendencias masculinas. También hubo estatisti-camente significativas tendencias proporcionales para los hombres en cuanto a la vulnerabilidad a los síntomas de la dependientes, problemas derivados del uso de alcohol, como el remordimiento ni olvidar lo que sucedió el día anterior; en relación con otros grupos de artículos tuvieron respuestas similares proporcionalmente estándar. Los grupos fueron proporción similar con respecto al uso de alcohol perjudicial y de riesgo ( $p > 0,05$ ). Se encontró que el inicio del consumo de tabaco se diferencia proporcional entre los grupos, con un predominio del sexo masculino, que es estadísticamente resultado significativo ( $p = 0,001$ ). Los grupos fueron similares en proporción con respecto al patrón de consumo de drogas ilícitas ( $p \geq 0,05$ ). El estudio ha permitido analizar el comportamiento de los adolescentes en las drogas lícitas e ilícitas, se encontró que el consumo de esta sustancia puede llegar a ser abusivo o incluso conducir a la adicción. Esta realidad pone de relieve la creciente necesidad de las enfermeras insertadas en espacios escolares donde estos jóvenes, conocer, hablar y promoción de la salud, actuando como agente de transformación a través de la intervención proyectos.

**Palabras clave:** Comportamiento Adolescente. Alcohol. Tabaco. Las drogas ilícitas.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Número de alunos matriculados na Rede de Ensino Estadual. Guanambi – Bahia, 2014.	47
<b>Quadro 2</b> – Descrição dos parâmetros utilizados para o cálculo da amostra.	48
<b>Quadro 3</b> – Cálculo amostral, amostragem estratificada com alocação proporcional.	49

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead. 42
- Figura 2** – Localização do Município de Guanambi na Bahia. 46

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição das características sociodemográficas dos adolescentes escolares por sexo (n=370). Guanambi - BA, nov. 2014 - jan. 2015.	58
<b>Tabela 2</b> - Características do padrão do consumo de álcool entre adolescentes escolares segundo quantidade e frequência do consumo de bebida alcoólica por sexo (n=370). Guanambi - BA, nov. 2014 – jan. 2015..	60
<b>Tabela 3</b> - Distribuição percentual das características dos adolescentes escolares segundo sinais e sintomas de dependência de bebida alcoólica por sexo (n=370). Guanambi - BA, nov. 2014 - jan. 2015.	61
<b>Tabela 4</b> - Características da distribuição percentual dos adolescentes escolares segundo problemas recentes na vida, relacionados ao consumo de bebida alcoólica por sexo (n=370). Guanambi - BA, nov. 2014 - jan. 2015.	63
<b>Tabela 5</b> - Distribuição do indicador zona de risco para o consumo de álcool (n=127). Guanambi - BA, nov. 2014 - jan. 2015.	64
<b>Tabela 6</b> - Características do padrão do consumo de tabaco entre adolescentes escolares segundo quantidade e frequência por sexo (n=370). Guanambi - BA, nov. 2014 - jan. 2015.	66
<b>Tabela 7</b> - Características do padrão do consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolares segundo quantidade e frequência por sexo (n=370). Guanambi - BA, nov. 2014 - jan. 2015.	68

## LISTA DE SÍMBOLOS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
IST – Infecção Sexualmente Transmissível  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
NAF – Nível de Atividade Física  
CID – Classificação Internacional das Doenças  
PENSE – Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar  
UNEB – Universidade do Estado da Bahia  
PETI – Programa de Trabalho de Erradicação do Trabalho Infantil  
ISC – Instituto de Saúde Coletiva  
UFBA – Universidade Federal da Bahia  
LILACS – Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
SCIELO – Scientific Electronic Library Online  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
MS – Ministério da Saúde  
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente  
PNAISAJ – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens  
SUS – Sistema Único de Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
PSE – Programa Saúde na Escola  
AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test  
IPAQ - International Physical Activity Questionnaire  
CEPEE - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2.CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTDO</b> .....	23
2.1 ÁLCOOL, TABACO E DROGAS: COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA.....	23
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES .....	237
2.2.1 Programa Saúde na Escola .....	333
2.2.2 O cuidado ao adolescente pelo enfermeiro na estratégia saúde da família .....	35
2.3. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	399
<b>3.MÉTODOS E MATERIAIS</b> .....	488
3.1 DESENHO E TIPO DO ESTUDO.....	488
3.2. LOCAL DO ESTUDO .....	<b>48</b>
3.3. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA .....	5050
3.4. COLETA DE DADOS .....	52
3.4.1. Seleção e treinamento dos entrevistadores .....	53
3.4.2. Instrumento de coleta de dados .....	53
3.5. OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA E ARMAZENAMENTO DOS DADOS .....	55
3.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	56
3.8. ASPECTOS ÉTICOS .....	57
3.8.1 Risco e benefícios.....	57
<b>4.RESULTADOS</b> .....	58
4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES ENTREVISTADOS .....	<b>58</b>
4.2. PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA AUDIT ENTRE OS ADOLESCENTES ESCOLARES. ....	<b>61</b>
4.3. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE TABACO E DROGAS ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES .....	<b>66</b>
4.4. CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES .....	<b>63</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	71



<b>6.CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO                    AOS                    RESPONSÁVÉIS                    PELO(A) ADOLESCENTE.....</b>	<b>91</b>
<b>1</b>	
<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS.....</b>	<b>93</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A predileção em pesquisar sobre o comportamento do adolescente no espaço escolar foi influenciada por inquietações emergentes da experiência vivida durante minha prática docente.

Na Universidade do Estado da Bahia - UNEB, ministrando o componente curricular Estágio Supervisionado I com carga horária de 450h, em algumas Unidades de Saúde da Família do município de Guanambi – BA desde o ano 2010 e como especialista em Saúde da Família pelo ISC/UFBA percebi a ausência e/ou pouca frequência do adolescente em atividades planejadas e desenvolvidas pelas equipes de saúde nestas Unidades.

Daí surge o interesse em desenvolver o projeto de extensão intitulado “Projeto Interdisciplinar em Atenção Integral a Saúde do Adolescente”, iniciando em 2010 em uma ONG com 12 adolescentes e em 2011 e 2012 desenvolvido em 02 sedes do PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL (PETI) ao qual constatei através do diagnóstico situacional o quanto é importante à atuação do enfermeiro neste espaço, já que possibilita o contato com adolescentes com características de vulnerabilidade, tão susceptível às influências do contexto social em que vivem.

Frente a essa situação realizei em 2011 um estudo intitulado: Estratégia Saúde da Família: desafios enfrentados pela equipe multiprofissional no atendimento à saúde do adolescente, esta pesquisa encontra-se vinculada ao Programa de Iniciação Científica (PICIN/UNEB).

Na pesquisa citada acima as autoras Viana e Magalhães (2012) identificaram que não existia atendimento específico ao público adolescente nas Unidades de Saúde da Família estudadas e que os profissionais de saúde encontravam dificuldades em captar esse público, existindo ainda o desafio em mantê-los inseridos nos serviços, visto que dificilmente o adolescente apresenta regularidade na procura da unidade e mais ainda no retorno. Geralmente quando reaparecem na unidade é por conta de uma situação de risco que se encontra como: gravidez na adolescência, DST, vítima de violência, em uso e/ou dependência de drogas lícitas e ilícitas.

Diante desta experiência inicial teórica e prática, foi se delineando a necessidade de estudar no Mestrado o comportamento de adolescentes e o consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Embora a população brasileira esteja envelhecendo, o Brasil ainda deve ser considerado um país essencialmente jovem com 45 milhões de adolescentes na estratificação por faixa etária de 10 a 19 anos. No município de Guanambi a população total é de 78.833 habitantes, sendo que 6.624 correspondem à população residente de 10 a 14 anos de idade e 7.454 de 15 a 19 anos, totalizando 14.078 adolescentes representando uma parcela importante da população exposta a comportamento de risco e relações de vulnerabilidade de caráter estrutural (IBGE, 2010).

Para Marques et. al, (2012) a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano a qual se apresenta caracterizada pelas dimensões psicobiológica, sociocultural e cronologicamente implicadas no crescimento e no desenvolvimento, as quais resultam também de contextos políticos, históricos e econômicos.

Também é a fase de experimentação de vários comportamentos. Experimentar novos contatos sociais, novas atividades e quanto maior a aceitação delas no grupo em que vive mais fácil ocorrerá à experimentação. A curiosidade natural do adolescente o impulsiona a experimentar novas sensações e prazeres, inclusive aqueles relacionados às drogas (CHAIM; SCIVOLETTO, 2014).

No contexto atual de vida, é mais fácil fumar um cigarro de maconha do que driblar as dificuldades de tempo, violência e problemas econômicos para sentir prazer. As drogas dão prazer passivo, imediato, sem demandar grandes espaços físicos ou esforços. O fácil acesso, o baixo custo das drogas e a maior aceitação do uso de algumas substâncias, como a maconha, tornam muito fácil para o jovem satisfazer esse tipo de curiosidade (CHAIM; SCIVOLETTO, 2014).

Estudos realizados no Brasil sobre o consumo de álcool e de outras drogas ressaltam o alto uso destas substâncias entre os adolescentes. As bebidas alcoólicas ocupam o topo da lista, tornando-se um importante problema de saúde pública (PESQUISA NACIONAL DA SAÚDE DO ESCOLAR, 2013). Os resultados dessas pesquisas mostram que as drogas legais para os adultos, como álcool e tabaco, são os problemas de saúde pública mais proeminente aos adolescentes no território brasileiro.

Os dados de uma pesquisa multicêntrica realizado no Brasil com escolares do 9º ano do ensino fundamental (PeNSE 2012), mostram que 66,6% dos escolares já haviam experi-

mentado bebida alcoólica, sendo esse indicador maior nas Regiões Sul (76,9%) e Centro-Oeste (69,8%) e menor nas Regiões Norte (58,5%) e Nordeste (59,6%). Em relação ao uso precoce de bebidas alcoólicas, observou-se que, entre os adolescentes com idade de 15 anos, 31,7% tomaram a primeira dose com 13 anos ou menos. Este percentual oscilou de 26,7%, na Região Norte a 43,2%, na Região Sul (PESQUISA NACIONAL DA SAÚDE DO ESCOLAR, 2013).

No 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 identificou-se (25,5%) já haviam feito uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, chamando a atenção para o sexo masculino (26,2%) e (10,4%) na faixa etária de 10 a 12 anos. Entre as cinco drogas mais consumida por esse público destaca em primeiro lugar (5,2%) solvente/inalantes, segundo (3,7%) a maconha, terceiro (2,6%) ansiolíticos, em quarto (1,8%) a cocaína e quinto (1,7) as anfetaminas. Esse mesmo estudo mostrou que no município de Salvador/Ba (22,3%) dos estudantes de ensino fundamental e médio, já haviam feito uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, sem diferença significativa entre os sexos. Das drogas mais consumidas por este público: (6,4%) solvente/inalantes, (4,4%) ansiolíticos, (3,8%) maconha, (3,0%) cocaína e (2,8%) anfetaminas (CEBRID, 2010).

A precocidade e o aumento na frequência de experimentação de bebidas alcoólicas e de seu uso abusivo entre adolescentes justificam a necessidade de se realizar estudos para se conhecer os fatores associados a tal consumo (REIS; OLIVEIRA, 2015).

No Brasil, os estudos sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes têm sido realizados com maior frequência em capitais de estado e em regiões metropolitanas (REIS; OLIVEIRA, 2015; STAUCK et al., 2009; VIEIRA et al., 2007), porem fatores socio-culturais e demográficos produzem particularidades que podem influenciar no comportamento e no estilo de vida em cidades do interior, incluindo a relação com o padrão de consumo de álcool refletindo nas condições de saúde do adolescente (REIS; OLIVEIRA, 2015).

A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social (MENDES, 2011).

Os estudos epidemiológicos são importantes, para desenvolver programas de prevenção primária, ou seja, evitar que um adolescente experimente alguma droga ou ao menos, re-

tardar o primeiro uso. Quanto mais tarde ocorrer o início do uso da droga, menores são as chances do indivíduo se tornar usuário regular e, posteriormente dependente (PECHANSKY; SZOBOTA; SCIVOLETTO, 2004 apud CHAIM; SCIVOLETTO, 2014).

A vulnerabilidade deste público refere-se a situações de risco relacionadas a comportamento, hábitos de vida e morbidades. O período da adolescência é de maior vulnerabilidade frente aos riscos, devido as características próprias do seu desenvolvimento, época de transformações físicas, emocionais e sociais associadas a escassez de ações direcionadas a esse grupo e a baixa procura dos mesmos aos e pelos serviços de saúde.

Cuidados específicos aos adolescentes têm como objetivo principal não permitir que essa vulnerabilidade e suas peculiaridades prejudiquem sua saúde integral. Sendo assim, se faz necessário a redução dos fatores de risco e dos efeitos das desigualdades sociais. É importante que se realize um processo de trabalho curativo e preventivo com ações voltada as suas necessidades, e que os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, tenham conhecimento teórico e prático dos problemas relacionados a essa faixa etária.

Considerando que os aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais e comportamentais podem determinar aos adolescentes situações de vulnerabilidade frente ao álcool, tabaco e drogas, surge a seguinte problemática: Qual o comportamento de adolescentes escolares em relação ao uso de drogas?

Ao iniciar a construção do objeto de estudo foi realizado um levantamento bibliográfico nos seguintes bancos de dados eletrônicos: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) acessadas através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), na BVS Saúde Pública, no banco de teses e dissertações das Universidades Públicas do Brasil, utilizando os seguintes descritores: álcool, tabaco, drogas ilícitas, comportamento do adolescente e vulnerabilidade observou-se que são restritos estudos relacionados aos temas.

Informações sobre o comportamento dos adolescentes e o uso de drogas lícitas e ilícitas, são fundamentais para orientar políticas de saúde voltadas a essa população, frente a uma sociedade, onde as desigualdades socioeconômicas manifestam-se tanto no processo de saúde-doença, como no acesso e utilização de serviços de saúde este estudo se faz necessário pela relevância social, pois, apresenta-se como uma proposta de aprofundar o conhecimento sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas com reflexo nas condições de saúde do adolescente.

Espera-se com esta pesquisa promover reflexões e contribuir para o campo da enfermagem e da saúde, proporcionando ferramentas à reorganização da assistência à Atenção In-

tegral a Saúde do Adolescente, contribuindo para a redução de situações específicas de riscos a esta população vulnerável melhorando assim, a qualidade de vida deste público.

Considerando os aspectos mencionados, foram definidos os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:**

Analisar o consumo de drogas licita e ilícitas por adolescentes escolares de instituições públicas de ensino no município de Guanambi.

**E os objetivos específicos:**

Caracterizar sócio demograficamente os adolescentes escolares;

Identificar o consumo de drogas lícitas e ilícitas;

Analisar o padrão de consumo de drogas lícitas e ilícitas por sexo.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

### 2.1 ÁLCOOL, TABACO E DROGAS: COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA.

A saúde dos adolescentes apresenta-se influenciada por múltiplos fatores principalmente pelo comportamento. Os comportamentos relacionados com a saúde surgem como comportamentos de saúde positivos e negativos. Os comportamentos de saúde positivos são comportamentos que contribuem para a promoção da saúde, prevenção do risco e detecção precoce da doença ou deficiência. Já os comportamentos de saúde negativos referem-se a comportamentos que, pela sua frequência ou intensidade, aumentam o risco de doença ou acidente como consumo de substâncias, a alimentação desequilibrada, a condução sob o efeito do álcool (SIMÕES, 2010).

O desenvolvimento normal do adolescente envolve uma progressiva independência e autonomia da família, uma maior associação com os pares, a formação da identidade e a maturação fisiológica e cognitiva. Este turbilhão de mudanças permite ao jovem abrir novos horizontes e experimentar novos comportamentos. E dentro destes novos comportamentos estão incluídos comportamentos que se denominam de comportamentos de risco. Estes comportamentos servem para experimentar novas descobertas até então, sem os limites estabelecidos pelos pais (SIMÕES, 2010).

Para Feijó e Oliveira (2001) a expressão comportamento de risco pode ser definida como a participação dos adolescentes em atividades que possam comprometer a sua saúde física e mental. Muitas dessas condutas podem iniciar apenas pelo caráter exploratório, assim como pela influência do meio (pares e família); entretanto caso não sejam precocemente identificadas, podem levar a consolidação destas atitudes com significativas consequências nos níveis individual, familiar e social.

A adolescência é a faixa etária de maior vulnerabilidade para experimentação e uso abusivo de substâncias psicoativas, tanto as lícitas como as ilícitas. A vulnerabilidade dos adolescentes (experimentação e uso precoces), em geral, está relacionada a diversos fatores, como a onipotência, busca de novas experiências, ser aceito pelo grupo, independência, desafio da estrutura familiar e social, conflitos psicossociais e existenciais, assim como aspectos relacionados à família – estrutura, apoio, presença de drogadição (COSTA et. Al, 2007).

Nos tempos atuais, o uso indiscriminado de drogas lícitas e ilícitas cresce progressivamente no Brasil, entre os adolescentes das mais diversas classes sociais. Drogas são substâncias que geram drogadição, ou seja, intoxicação e hábitos e/ou dependência química, e que, por seus efeitos sobre o psíquico e sobre o comportamento, são nocivas ao indivíduo e a sociedade (VALENÇA, BRANDÃO, GERMANO, VILAR, MONTEIRO, 2013).

O problema é que o uso precoce de álcool e drogas pode afastar o adolescente de seu desenvolvimento normal, impedindo-o de desempenhar outras atividades importantes nessa fase da vida.

Feijó e Oliveira (2001) destacam para os adolescentes, que o uso de drogas lícitas e ilícitas é maior do que das ilícitas, apresentando-se em ordem decrescente o álcool, o tabaco e a maconha. No Brasil, o álcool também é a droga mais usada em qualquer faixa etária e o consumo entre adolescentes vem aumentando principalmente entre os mais jovens (12 a 15 anos de idade) e entre as meninas (CARLINI-COTRIM, 1999). Por sua vez, quanto mais precoce a experimentação, piores as consequências e maior o risco de desenvolver abuso e dependência do álcool (MELONI, LARANJEIRA, 2004).

Tal comportamento aumenta o risco de uma série de problemas sociais e de saúde, como: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, hipertensão arterial, acidentes de trânsito, problemas de comportamento, violência e ferimentos não intencionais (REBOUSSIN, SONG, SHESTHA, LOHMAN, WOLFSON, 2006 apud VIEIRA, RIBEIRO, ROMANO, LARANJEIRA, 2007).

Um estudo realizado por Andrade et al (2012), que analisou a relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying utilizando dados da PeNSE (2009), identificaram que o consumo de álcool e drogas foi significativamente associados a violência física entre os adolescentes do sexo masculino, sendo estas substância consideradas fatores que influenciam comportamentos violentos entre adolescentes e associado a outras consequências negativas à saúde.

Outro estudo que analisou os fatores associação aos ferimentos em adolescentes a partir dos dados da PeNSE 2012, apontou que 1 em cada dez adolescentes sofreram lesões graves nos últimos 12 meses, como cortes ou perfurações, ossos quebrados ou juntas deslocadas. Os fatores associados à exposição a situações de violência foram: insegurança na escola e no trajeto casa-escola, ser conduzido por alguém alcoolizado, dirigir veículo motorizado, não usar cinto de segurança, não usar capacete na moto e sofrer bullying. Dentre os fatores de risco de



comportamento individual, destacam-se: uso de álcool, cigarro, experimentação de drogas ilícitas e ter relação sexual precoce (MALTA et al, 2014) .

Quando comparado o comportamento sexual de usuários e não usuários de drogas ilícitas, em outra pesquisa, os usuários de drogas apresentaram maior incidência de comportamentos sexuais de risco para DSTs. O uso de álcool e maconha esteve mais associado com início precoce de atividade sexual, não uso de preservativos, pagamento por sexo e, inclusive, prostituição (SCIVOLETTO et al., 1999).

Alguns pesquisadores enfatizam que o consumo do tabaco, o uso de anticoncepcional, drogas como cocaína e anfetaminas, o consumo de bebida alcoólica, uso de esteróides anabolizantes, são importantes fatores de risco para desenvolvimento da HAS na adolescência (FREITAS, RODRIGUES, YAGUI, CARVALHO, MARCHI-ALVES, 2012).

O comportamento tabágico inicia-se geralmente na adolescência com a experimentação tornando-se geralmente a primeira droga consumida por esse grupo. O consumo de tabaco aumenta significativamente em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, como o consumo de drogas ilícitas e álcool (FERREIRA; TORGA, 2010). Entre os fatores de risco apontados pelo tabagismo nessa fase está a idade, gênero, nível socioeconômico, hábito de fumar dos pais ou irmãos, dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais (MALCON; MENEZES, 2002).

Recente relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 2009 apresenta resultados que com exceção do fumo, os demais fatores tiveram presentes em meninos e meninas. Esses resultados são importantes, pois o fumo, a inatividade física, o consumo de álcool e o baixo consumo de frutas e verduras correspondem isoladamente as posições de segundo, quarto, quinto e oitavo lugar entre as principais causas de morte em países desenvolvidos.

As informações apresentadas a cima mostram a existência de múltiplos fatores de risco que interagem e que têm como resultado um envolvimento dos jovens em comportamentos que podem ameaçar a sua saúde (SIMÔES, 2010).

Esta mesma autora enfatiza que para haver mudança desse cenário é necessário ação de prevenção. Há necessidade de uma intervenção precoce, que promova os fatores de proteção dos comportamentos de risco, que envolva os principais contextos de vida e que seja delimitada para vários comportamentos alvo.

Outro fator que reforça esta posição é a verificação de que o comportamento anterior constitui um dos principais fatores determinantes do comportamento futuro, e de que os com-

portamentos de risco constituem um dos principais fatores de risco de outros comportamentos de risco (SIMÔES, 2010).

Por isso, torna-se importante intervir nas etapas precoces do desenvolvimento do adolescente, de preferência em etapas onde ainda não tenha ocorrido estes comportamentos, como nos primeiros momentos na escola, existe potenciais fatores de risco, ou ha lacunas na proteção, ou ainda a comportamentos que poderão indiciar futuros comportamentos problema (SIMÔES, 2010).

## **2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES**

Neste capítulo será abordado sobre políticas públicas, programas, leis e diretrizes que norteiam a saúde dos adolescentes de forma integral no Brasil: Estatuto da Criança do Adolescente, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

As grandes modificações mundiais, políticas, econômicas, sociais e culturais, intensificadas no século XX trouxeram mudanças significativas para a vida em sociedade que influenciaram profundamente nos modos de vida das populações e repercutiram na saúde. O processo de saúde- adoecimento está intimamente relacionado a múltiplos determinantes sociais e a modos de vida envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas, evidenciando a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho a essa realidade e ao mesmo tempo exigindo estratégias que favoreçam a integração com outras políticas setoriais e tecnologias para a defesa da vida e para a garantia de opções saudáveis para a população. (BRASIL,2010).

Pesquisadores relatam que apesar das mudanças significativas no cenário da saúde da população brasileira, como: perfil demográfico, redução das taxas de fecundidade, diminuição da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2005), os dados do IBGE (2010) sinalizam que a população adolescente de 10 a 19 anos diante deste cenário exerce um papel importante na constituição do país (45.000.000), justificando a importância de desenvolver estudos que ampliem o conhecimento sobre esse segmento populacional.

Estes dados dão a dimensão da responsabilidade do Estado para com esse público. Se por um lado os adolescentes representam um potencial produtivo, por outro demandam um conjunto de ações e políticas voltadas para a promoção do acesso à saúde integral, educação, oportunidades de emprego, segurança pública, condições de vida e moradia e o direito a diversidade e a igualdade de fato (BRASIL, 2010). Tais ações e políticas derivam do respeito aos Direitos Humanos como princípio norteador da sociedade que, por sua vez, tem direcionado leis e normas que buscam situar o adolescente como sujeito de direito (BRASIL, 2010).

A adolescência segundo Davim et al. (2009) é uma fase propensa a riscos, considerando que é nesta faixa etária que ocorre múltiplas mudanças, de ordem física, psicológica e social, que acarretarão mudanças de comportamento.

Tem-se, com isso, a necessidade de se atentar para as vivências, as especificidades e os diversos modos de adolecer no Brasil que geram experiências plurais a esse sujeito (HORTA; SENA, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, a faixa etária que corresponde a adolescência é de 10 e 19 anos. Enquanto que no Estatuto da Criança e do Adolescente, esta faixa etária é considerada de 12 a 18 anos.

Reconhecendo a vulnerabilidade do grupo jovem, de 15 a 24 anos de idade, às repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas, o Ministério da Saúde amplia a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2010). Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (BRASIL, 2005). Assim o uso da expressão “adolescências e juventudes” aparecem como forma de contemplar a grande diversidade de experiências e significados específicos vivenciados dentro do continuum da vida (DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E DE JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, 2010).

A adoção do critério cronológico, para definir a adolescência, tem como objetivo a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as características individuais. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência e da juventude (BRASIL, 2005).

As autoras Horta e Sena (2010) também destacam que limitar uma fase da vida tendo como parâmetro apenas faixa etária pode-se incorrer em risco de que sejam ignorados os contextos sociais e culturais, considerando que as fronteiras entre idades pelas quais os indivíduos passam não são necessariamente as mesmas em todas as sociedades.

Desse modo, para a compreensão da situação do adolescente se faz necessário à estruturação de políticas, em especial na área da saúde, ao se referir aos elementos que estruturam o conceito de saúde como resultado do bem-estar que envolve a interação e determinação pelo

meio-social, o meio ambiente e com os recursos e possibilidades para viver de cada sujeito (HORTA; SENA, 2010).

No Brasil, políticas públicas e programas foram criados para garantir os direitos humanos das crianças e adolescentes, como a Constituição Federal de 1988, onde afirma no Art. 227 que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, [...], além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2010. p. 22).

Em 1989, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) um programa destinado exclusivamente ao público adolescente: o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). Seu principal objetivo era a prestação de atendimento adequado aos adolescentes, fundamentado numa política de promoção de saúde, de identificação de riscos e detecção precoce dos agravos com tratamento e reabilitação (BRASIL, 1989).

A política acima citada apresentou na época, um novo olhar sobre o adolescente, apresentando arcabouço teórico que incentivava a reflexão sobre conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltada para esse grupo etário (RAPOSO, 2009).

Para melhor garantir os direitos desse público criou-se através da Lei nº 8.069 /1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que através do Art. 11. “assegura o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990).

O ECA trouxe uma abordagem de proteção integral para as crianças e os adolescentes que, sem distinção de raça, cor, ou classe social, são reconhecidos como sujeitos de direitos (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a mudança de paradigma expressa na concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado e na doutrina da proteção integrada preconizada pelo ECA apresentou um marco legal que configurou uma perspectiva de análise para contextualização dos direitos da adolescência e juventude no âmbito da saúde (RAPOSO, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) destaca no Título II, Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, Do Direito à Vida e à Saúde. Art 7º que:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (Estatuto da Criança e Adolescente, 1990).

Portanto, o ECA promoveu mudanças significativas na política de atendimento à infância e adolescência ao propor um novo sistema articulado e integrado de atenção a todas as suas necessidades e a garantia de seus direitos (RAPOSO, 2009).

Nesse sentido, o adolescente passa a ser visto como um sujeito com necessidades que dependem do contexto econômico e social em que vive, dessa forma, torna-se necessário a articulação entre os níveis individuais e coletivos (MARQUES et al., 2012).

Em 1993, foi criada as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, subsidiada pelos princípios e diretrizes do SUS. A partir da Reunião Mundial de Ministros da Juventude, em 1998, realizada em Portugal, o Brasil adotou o referencial etário de 10 a 24 anos e criou a Agenda Nacional sobre a Saúde de Adolescentes (PENSO et al., 2013).

Após o processo de mobilização da sociedade brasileira para a construção de uma política que respondesse às necessidades de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros (RAPOSO, 2009) em 2005, teve início a discussão sobre a criação da Secretaria da Juventude e, em 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o marco referencial elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com vários segmentos sociais, para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PENSO et al., 2013) com o objetivo geral de “promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 24 anos, no âmbito da Política Nacional de Saúde, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade” (BRASIL, 2006).

Esta política encontra-se respaldada em diretrizes descritas em um manual denominado Marco Legal Saúde, um Direito de Adolescentes, que tem como objetivo

Subsidiar os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente, de modo a fornecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos dos adolescentes, principalmente, sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade. (BRASIL, 2005, p.5).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) apresenta uma análise da atenção à saúde do adolescente, principalmente por destacar a integralidade da atenção o que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares (RAPOSO, 2009).

Entre as diretrizes de prioridades nacionais pactuadas pelo Pacto pela Vida que respondem a desafios demográficos, epidemiológicos, e de gestão sanitária que o Brasil tem hoje, estão à consciência de que fatores sociais determinam a saúde, o que requer a melhoria das condições e da qualidade de vida da população e a necessidade de um modelo de organização do sistema de saúde que intervenha de forma mais resolutiva e integrada e que compreenda e reflita os modos de vida das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2010, p.14).

Com o intuito de orientar ações, integradas às políticas públicas e programas já existentes no SUS, frente aos desafios presentes na situação de saúde dos adolescentes e jovens o Ministério da Saúde propõe em 2010 as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010, p. 71) são diretrizes que preconizam uma abordagem sistêmica das necessidades do público adolescente com o objetivo de

Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que converjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens trabalho com um olhar holístico e sustentável, com vistas à sua capacidade de liderança, participação e espírito de serviço à coletividade. (DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E DE JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, 2010).

Sposito e Carrano (2003) reforça que muitas das intervenções direcionadas para a melhoria da saúde do adolescente falham em virtude do foco estreito e da desarticulação das iniciativas governamentais como também a pouca participação dos jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades oriundas de políticas públicas.

As autoras Horta, Lage e Sena (2009) também argumentam que, apesar das considerações teóricas sobre a importância do jovem como um dos participantes na construção de políticas públicas no setor saúde, o jovem ainda é objeto dessas políticas por uma ótica de riscos e vulnerabilidade. Considera-se que os programas destinados a essa população têm baixa capacidade de induzir mudanças, ainda se concentrando num campo de ações programáticas pontuais que não avançam para o delineamento da política direcionada para a saúde dos jovens (HORTA; SENA, 2010).

Entretanto, esta desarticulação entre as necessidades e a oferta dos serviços de saúde para o adolescente preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens pode dificultar a integralidade da atenção.

Costa (2011) enfatiza que a ausência de reconhecimento dos direitos à saúde citada acima aos adolescentes por parte dos profissionais de saúde, pode ser um dos motivos que ocasiona a pouca demanda de adolescentes à procura de cuidados de saúde.

Em relação ao processo de trabalho preconizado pela PNAISAJ a este público, tem se apresentado como um desafio para profissionais da área de saúde, nesse sentido, é essencial que se entenda o adolescente a partir dele próprio, do que ele vive, sente e necessita no seu cotidiano. Esse entendimento é condição necessária para o cuidado, do ponto de vista humanístico e integral, viabilizando uma assistência direcionada para essa demanda específica (MARQUES et al., 2012).

Na organização da atenção à saúde do adolescente e do jovem devem ser levados em consideração os aspectos de adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas deste público, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; o respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local e da participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2005).

Porém, para que não haja violação dos direitos do adolescente à saúde, garantidos pelo Estado e pelos princípios da política de saúde é necessário que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos serviços de saúde, especialmente os da rede de atenção básica, que se colocam como principais obstáculos da efetivação da atenção integral à saúde do adolescente sejam qualificadas para que ofereçam uma atenção resolutiva e de qualidade, o que abrange a construção de uma rede de proteção social que garanta os direitos dessa população, por meio de ações educativas, de educação permanente, em parcerias intersetoriais e atividades extramuros com a comunidade.

Desse modo, será possível desenvolver ações de promoção à saúde, em especial na atenção primária, ao contrário das práticas de hoje, ou seja, centralizado no modelo biomédico e fragmentado, e que em nada contribuem para o empoderamento dos adolescentes como sujeitos em seu processo saúde-doença (HORTA; SENA, 2010).

Sendo assim, as autoras afirmam que, mesmo presentes na sociedade, a discussão sobre a adolescência, as políticas públicas e de saúde, em particular, ainda necessitam avançar para um diálogo mais amplo, capaz de ver efetivamente os adolescentes nos espaços sociais de sua vida, atender a suas demandas e necessidades para além de um foco de problemas e riscos. É preciso que esse diálogo traga repercussões para a qualidade de vida desses jovens.



Favorecer a incorporação nas ações de saúde e na rede de atenção à saúde, voltados para o reconhecimento dos adolescentes e jovens como sujeitos plenos de direitos, socialmente mais responsáveis e mais cooperativos, com capacidade de posicionamento frente à vida e à sua saúde e investir na saúde desse público é custo-efetivo porque garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país (BRASIL, 2010).

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010), apresenta duas proposições para a atenção integral a saúde do adolescente: uma é o fortalecimento da promoção da saúde, que possam ser cumpridas dentro da estrutura que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a outra é a reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (PENSO et al., 2013).

As diretrizes apresentam indicadores práticos de como o serviço de saúde pode acolher o adolescente sugerindo três eixos como forma de viabilizar a atenção integral: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva e a atenção integral ao uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens (PENSO et al., 2013).

Santos e colaboradores (2012) apontam que a fragmentação da atenção ao adolescente, pode ser superada, e um exemplo é a saúde no contexto familiar, realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que privilegia a saúde do adolescente inserida nas práticas de promoção da saúde da família e o Programa Saúde na Escola (PSE), que por sua vez, foi criado com uma perspectiva similar, com vistas à melhor integrar a saúde do adolescente, mas a partir da participação da escola e da comunidade.

### **2.1.1 Programa Saúde na Escola**

O Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da

rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Os principais objetivos deste Programa são:

Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, 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; Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2009).

No artigo 4º do Decreto nº 6.286/2007, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde:

Avaliação clínica; Avaliação nutricional; Promoção da alimentação saudável; Avaliação oftalmológica; Avaliação da saúde e higiene bucal; Avaliação auditiva; Avaliação psicossocial; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da morbimortalidade por acidentes e violências; Prevenção e redução do consumo do álcool; Prevenção do uso de drogas; Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico. (BRASIL, 2009).

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde (BRASIL, 2009).

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias, tanto na promoção de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e redução de danos de agravos psicossociais. Por concentrarem a maior parte dessa população, os estabelecimentos escolares agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia de proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação (BRASIL, 2013).

As condições de vida e saúde e também as iniquidades sociais em nosso país permitem dizer que essa parcela da população está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade como comportamento de risco para uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, que precisam ser objeto prioritário de ação eficaz pelo sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social. Conhecer e lidar com esses

fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo e protegendo a saúde, impactará de maneira positiva a qualidade de vida, as condições de aprendizado e, conseqüentemente, a construção da cidadania.

A escola, junto aos responsáveis, deve promover e supervisionar a saúde do escolar. Nesse sentido, a enfermagem precisa atuar nessas instituições de ensino identificando e intervindo sobre a situação de saúde dos escolares, especialmente nos aspectos físicos e de condições de vida possibilitando a detecção precoce do problema. Pode-se afirmar que a saúde não envolve apenas assistência ao bem-estar físico, biológico e psicológico, mas principalmente o acesso das pessoas à obtenção dos direitos às necessidades humanas básicas e essenciais, além das condições de sobrevivência e vida digna (MOURA et al., 2005).

O sistema de saúde deve proporcionar atenção integral e de qualidade a toda a população, incluindo a saúde do escolar, esteja ou não frequentando a escola. Por isso, deve haver uma estreita relação entre a Unidade Escolar e a Unidade Básica de Saúde (MOURA et al., 2005).

Alguns autores referem que o enfermeiro é um educador em assuntos de saúde (SCHIRR, 2006; CARVALHO, 2009), desempenhando função importante para a população, pois participa de programas e atividades de educação em saúde, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral (CORTEZ, 2012).

Nesse sentido, o enfermeiro deve atuar com uma abordagem ao adolescente usuário de drogas lícitas e ilícitas pautado na integralidade e na ética, compreendendo-o como pessoa integrada em uma conjuntura social, familiar e educativa. Como educador, o enfermeiro deve priorizar a promoção a saúde do adolescente em uma perspectiva emancipatória que ressalta a sua corresponsabilidade e participação na luta e prevenção do uso dessas substâncias psicoativas. Para exercer esse papel é necessário a intersectoralidade e a transdisciplinaridade.

### **2.1.2 Estratégia Saúde da Família: cuidado ao adolescente pelo enfermeiro**

Em vistas de se construir mudanças nas práticas de saúde, o Ministério da Saúde em 2006 lançou a Portaria Nacional de Atenção Básica, identificando a estratégia saúde da família como um caminho para se alcançar tal objetivo (BRASIL, 2006)

Conforme Oliveira; Spiri, (2006), a atenção básica:

Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se em uma grande base, ordenadora do cuidado no SUS, fazendo-se presente de forma bastante distribuído em todo o território nacional. Ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, podem e devem ser realizadas nestes pontos de atenção, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2013).

A proximidade das equipes com as famílias, escolas e outros espaços de convivência de crianças e adolescentes é um fator positivo para criação de vínculo que elas podem desenvolver nesses territórios (BRASIL, 2013).

Diante de uma população que se encontra reprimido em uma rede de serviços e considerando os direitos à vida e à saúde, identificados pelo ECA, os serviços têm como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção aos agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do SUS (SÃO PAULO, 2006 p. 27).

A ausência de reconhecimento dos direitos à saúde citada acima aos adolescentes por parte dos profissionais de saúde, neste caso o enfermeiro pode ser um dos motivos que ocasiona a pouca demanda de adolescentes à procura de cuidados de saúde (COSTA, 2011).

Ferrari, Thomson e Melchior (2006) salientam que a ausência destes nos serviços de saúde está associada além da baixa procura a pouca oferta de ações voltadas para os adolescentes que buscam por estes serviços.

Acredita-se que esta desarticulação entre as necessidades e a oferta dos serviços de saúde para o adolescente pode dificultar a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Boff (2003 apud BATISTA, 2008) o cuidar representa atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro, o que nos faz perceber que realmente a essência humana encontra-se no cuidado.

A atividade de cuidar na enfermagem é a principal característica da profissão. Waldow (2004 apud COSTA, 2011) afirma que a enfermagem é cuidadora em sua essência e foi a primeira a profissionalizar o cuidado.

Waldow (2006 apud WALDOW, 2008, pag. 87) reforça que na enfermagem o cuidar “compreende os comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”.

Portanto, o cuidado da enfermagem ao adolescente deve ser ético, pressupondo habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências. Este cuidado deve ser orientado por ações que assiste, oferece suporte e facilita ou melhora a vida de quem é atendido em suas necessidades. Assim Batista (2008) corrobora que cuidar do adolescente é ser capaz de enxergar a pessoa real, que apresenta desejos, limites e potenciais, sonhos e necessidades, podendo assim o enfermeiro oferecer a eles espaço para a escolha e construção de um futuro próximo.

Nascimento, M e Nascimento, M. A. (2005) enfatiza que o SUS tem proporcionado mudanças nos serviços de saúde e a prática da enfermeira vem passando por transformações mudando sua atuação profissional predominantemente individualizada e hospitalocêntrica. Assim as autoras salientam que a enfermeira para atuar na estratégia saúde da família deverá incorporar alguns conceitos aplicáveis ao processo de trabalho em unidades básicas de saúde com ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde em bases coletivas e na qualidade de membro da equipe de uma unidade produtora de serviços de saúde, responsável por uma demanda social de uma área adscrita.

Pesquisadores corroboram com as autoras acima quando destacam que na estratégia saúde da família, a equipe tem o desafio de desenvolver ações coletivas e individuais e o enfermeiro é um integrante da equipe ao qual deve realizar sua prática conforme organização do processo de trabalho (FORTUNA et al., 2011).

Nesse contexto, Henrique, Rocha e Madeira (2010) destacam que a organização desses serviços para o atendimento aos adolescentes é fundamental, assim tornam-se necessários o acolhimento, a escuta e a atenção integral, superando a assistência fragmentada dirigida às queixas e aos problemas orgânicos.

Na USF, a enfermeira tem importante papel de coordenação e integração, incentivando os membros da equipe para o oferecimento de assistência integrada e com qualidade. Com isso sendo o enfermeiro mais atuante, próximo à equipe, possibilita apoio e coordenação das

atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Nesta mesma direção Costa et al., (2010) ressaltam que

A enfermagem, enquanto profissão possui papel fundamental na assistência ao adolescente, por isso deve buscar estratégias para atender às suas necessidades de saúde utilizando ferramentas que possibilitem a modificação do processo de trabalho e valorizem o adolescente enquanto sujeito. (COSTA et al., 2010)

Os serviços de saúde devem responder às necessidades de saúde dos adolescentes de modo integrado e proporcionar-lhes um ambiente adequado. A competência técnica deve ser acompanhada de respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente e descobrir os problemas subjacentes que possam ou não ser a causa imediata da vinda à consulta (SÃO PAULO, 2006 p. 88).

No âmbito da atenção à saúde do adolescente, percebe-se a ausência de instrumentalização técnica dos profissionais de enfermagem de modo a lidar com as necessidades e as demandas de saúde dessa população.

Para cada oportunidade de assistência a um adolescente se faz necessário compreender a importância de identificar condutas de risco, assim como sua vulnerabilidade, considerando-se que a aplicação dos conhecimentos epidemiológicos e conceituais permitirá aperfeiçoar o desenvolvimento dessa população, reduzindo custos afetivos, físicos e econômicos (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

Por ter se tornado um problema de saúde pública o uso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência requer atenção especializada e abordagem integral do adolescente, o enfermeiro deve atuar na redução crescente de usuários dessas substâncias e produzir conhecimento científico e tecnológico, que indiquem contribuições para resolução de problemas de uso e abuso (VALENÇA et al., 2013).

Para essas mesmas autoras a uma necessidade de reflexão acerca da atuação da enfermagem diante do abuso dessas drogas por adolescentes, uma vez que tal atenção não deve ser restrita a programas ministeriais, os quais têm como objetivo prestar assistência de forma pontual, sem considerar o desenvolvimento integral do adolescente.

## 2.2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

O conceito de saúde e condições de vida está intimamente relacionado e sofrem alterações de acordo com o momento histórico vivido. Para se entender a construção do conceito saúde se faz necessário analisar conceitos sobre organismo vivo e meio ambiente e suas relações entre si. Como essa concepção muda de uma cultura para outra, e de uma era para outra, as noções de saúde também mudam (CAPRA, 2006).

O mesmo autor destaca que para que haja transformação social, se faz necessário utilizar um conceito amplo de saúde que inclua em suas bases fundamentais dimensões individuais, sociais e ecológicas, já que tanto a Saúde quanto os organismos vivos, devem ser compreendidos dentro de uma visão sistêmica (CAPRA, 2006).

Até o século XIX, as formas de representação da doença sintetizavam-se em duas vertentes baseadas na unicausalidade: a ontológica e a dinâmica. Na Antiguidade predominava a concepção ontológica que

... atribuía à enfermidade um estatuto de causa única e de entidade, sempre externa ao ser humano e com existência própria - um mal, sendo o doente, o ser humano ao qual essa entidade-malefício se agregou: o corpo humano é tomado com receptáculo de um elemento natural ou espírito sobrenatural que, invadindo-o, produz a 'doença'; sem haver qualquer participação ou controle desse organismo no processo de causalção. (CANGUILHEM (1978:19-23) apud OLIVEI; EGRY, 2000).

Nos séculos V e IV a.C., a medicina hipocrática reconhecia a doença como parte da natureza e dava prosseguimento a vertente dinâmica, a saúde era a expressão de uma condição de equilíbrio do corpo humano, obtida através de um modo de vida ideal, que incluía nutrição, excreção, exercício e repouso adequados (ROSEN, 1994). Hipócrates valorizava a prática clínica e a observação da natureza, à qual atribuía grande importância na causação das doenças, nela podendo ser encontradas as origens da corrente ecológica moderna (BARATA, 1990). Com o tempo, a noção de causalidade foi se tornando mais complexa e delinearam-se as primeiras hipóteses sobre o contágio (OLIVEI; EGRY, 2000).

Até meados do século XIX predominava a teoria miasmática, que explicava as mudanças sociais e práticas de saúde observadas até aquele momento histórico, mas nas últimas décadas daquele século o trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur firmou um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

A revolução sanitária do século XIX lança as bases da Epidemiologia, voltada para a observação e o registro da ocorrência das doenças nas populações quando a teoria contagionista superou a atmosférico-miasmática, após um embate que perdurou do século XVI ao XIX (ROSEN, 1994; CZERESNIA 1997 apud OLIVEI; EGRY, 2000).

A partir desse novo paradigma, predominou a concepção de que a saúde e a doença deveriam ser pesquisadas em laboratório, além do desenvolvimento de práticas de saúde centradas em doenças específicas. Sendo assim, prevaleceu o conceito de saúde estritamente biologicista (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Embora já se soubessem que desde o século XVII haviam discussões individualizadas dos saberes sobre a saúde e a doença, na dimensão coletiva, somente no início do século XIX a epidemiologia se constituiu como disciplina científica, fortemente influenciada pelos desenvolvimentos científicos da época, seja no campo das ciências naturais, seja no campo das ciências sociais nascentes (BARRATA, 1998 apud BARRATA, 2005).

No século XIX a sociedade passa a ser estudada cientificamente (BARRATA, 2005) e muito progresso foi feito no estudo destas relações, particularmente entre trabalho, condições de vida e situações de saúde, enquanto que a epidemiologia social na América Latina tem dado uma contribuição importante para o estudo dos determinantes sociais da processo saúde-doença em vários países da a região (PELLEGRINI FILHO, 2011).

O médico Virchow (1821-1902) considerado o pai da medicina social para quem a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, identificou que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica (ROSEN, 1980 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste contexto, em alguns países europeus, os paradigmas sócio-ambientais predominaram como forma de explicação para a origem das doenças (OLIVEIRA; EGRY, 2000) e nesse período, vários estudos como: o de Villermé, em 1826, que relacionou as taxas de mortalidade geral nos bairros parisienses à proporção de rendas não taxadas da população, tomada como indicadora do grau de riqueza ou pobreza desses bairros; Engels, em 1884, que já chamava a atenção para a alta mortalidade entre os pobres, dadas as condições precárias de vida da classe operária na Inglaterra e, alertava para as influências das privações sofridas na infância sobre a saúde na idade adulta; Os estudos de Virchow e Snow, além de tantos outros, também associam condições de vida e processos de adoecimento, fortalecendo a idéia de que as intervenções, para terem eficácia, devem estar baseadas no conhecimento das tendências de



distribuição dos casos, características dos indivíduos acometidos, espacialização e ocorrência em períodos anteriores, e todos eles poderiam perfeitamente ser enquadrados na categoria de estudos de epidemiologia social, pois buscam explicar os padrões de adoecimento através dos vínculos entre a saúde e a sociedade (BARATA, 2005).

Essa relação inicial entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais na busca de explicações para os padrões populacionais de distribuição das doenças perdura durante a maior parte do século XIX e até as primeiras décadas do século XX.

Um dos primeiros estudos sobre determinantes sociais do processo saúde-doença na América Latina foi realizado por Laurell, ao qual destaca a expressão “saúde-doença utilizada para indicar um determinado processo social”. A autora ressalta que “o estudo do processo saúde-doença como um processo social não se refere a uma exploração de seu caráter, mas coloca o problema de sua articulação com outros processos sociais, o que remete ao problema de sua determinação” (VERNASQUE, 2010).

A renovação do interesse pelas explicações sociais do processo saúde-doença vai se dar na segunda metade do século XX sob a influência das transformações sociais ocorridas a partir dos anos 60 e caracterizadas pela emergência dos movimentos políticos de luta pelos direitos civis, o fortalecimento da perspectiva crítica, a valorização do contexto sócio-cultural e político na determinação dos comportamentos humanos (KRIEGER, 2000 apud BARATA, 2005).

Segundo Campos (2006 pg. 47-48) a saúde e a doença dependem das condições socioeconômicas, ainda que não somente delas

....assim, fatores econômicos como renda, emprego e organização da produção interferem positivamente ou negativamente na saúde dos agrupamentos populacionais. Os ambientes de convivência e de trabalho podem ter efeitos mais ou menos lesivos a saúde das pessoas. A cultura e valores tem também grande influência sobre a saúde: o valor que se atribui a vida, o reconhecimento de direitos de cidadania a portadores de deficiências, a concepção sobre saúde, sexualidade, a forma como cada povo lida com diferenças de gênero, de etnia ou mesmo econômicas, tudo isto amplia ou restringe as possibilidades de saúde das pessoas. (CAMPOS 2006 pg. 47-48).

Ao se refletir sobre a saúde como um estado de consenso entre o sujeito e sua própria realidade, esta passa a ser definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um bem-estar bio-psico-social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, sendo assim uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (REIS, 2004; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com Scliar apud CAMARGO et al. (2011), a saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas, nestes significados interferem a época, o local, os valores individuais e questões sociais, políticos e culturais.

De forma complementar pesquisadores consideram que é preciso superar o modelo biomédico, e por isso afirma que o fenômeno saúde, diferente da doença, é muito mais complexo e difícil de identificar. Mais do que uma caracterização objetiva, a saúde perpassa o contexto social, cultural e histórico, localizado num determinado espaço e tempo (AYRES, 2007 apud CAMARGO et al., 2011).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Lei 8080/1990 que o regulamenta, no Art 3º já se reconhecia a importância das condições de vida na concepção de saúde de forma ampliada, entendida como

Fatores determinantes e condicionantes, entre outros, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, saúde, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL,1990).

Embora a saúde (ou a doença) se manifeste num corpo que é físico, ela não se restringe meramente ao aspecto biológico, mas como a maneira que esse alguém se encontra inserido no mundo social é que vai contribuir para seu quadro de saúde/doença e, conseqüentemente, para sua qualidade de vida (REIS, 2004).

Ao se ter lucidez de que o contexto social em que os indivíduos estão inseridos e, conseqüentemente, as condições de vida dos mesmos têm influencia direta em seu estado de saúde torna-se possível compreender melhor como tal processo ocorre (REIS, 2004).

Por conseguinte, as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas por fatores biológicos; pelo contrário, as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Considerando que o processo saúde/doença pode ser compreendido como resultante das possibilidades normativas dos indivíduos em relação ao mundo social e biológico, as suas relações com as posições ocupadas pelos agentes no espaço social determinam os diferentes riscos de adoecer e morrer.

Nesse sentido para Whitehead (2000 apud SOUZA; SILVA; SILVA, 2013) a investigação dos fatores individuais é importante para a identificação dos indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo. Porém, são as desigualdades sociais entre classes que possuem mai-

or determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde (desigualdades injustas e evitáveis = nível socioeconômico, raça\etnia, gênero, etc.).

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para Krieger (2001) os determinantes sociais de saúde são os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Já a Tarlov (1996) propõe uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os distintos significados dos determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) correspondem a um conjunto de fatores que caracteriza as particularidades dos indivíduos e também reflete sua inserção em um tempo-espaço. Os determinantes referidos constituem uma rede complexa de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo (SANT'ANNA et al., 2010).

Em 13 de março de 2006, no Brasil através de um Decreto Presidencial foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), onde define que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Retornando ao estudo sobre iniquidades, constatamos que, na tentativa de esquematizar as relações entre os diversos fatores analisados nos diferentes enfoques sobre o tema, alguns modelos foram criados levando em consideração, principalmente, os DSS. Dentre esses, o modelo de Diderichsen e Hallqvist – elaborado em 1998 e adaptado em 2001 por Diderichsen, Evan e Whitehead – descreve, em linhas gerais, que a posição social do indivíduo é determinada por um dado contexto social, que, por sua vez, provoca diferenças de saúde, como exposição diferente a riscos diferentes e, considerando que cada indivíduo, uma vez tendo sido exposto, possui uma vulnerabilidade e uma reação específica a esses riscos, as consequências sociais e físicas serão diferentes ao se contrair uma doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOUZA, SILVA, SILVA, 2013).

Em outro estudo, Whitehead (2000) estabelece sete princípios para o desenvolvimento das diferenças em saúde: 1) variação biológica; 2) a adoção de hábitos, costumes e práticas saudáveis; 3) o fato de certos grupos perceberem e adotarem primeiro alguns hábitos considerados saudáveis, porém, posteriormente, esses hábitos serão adotados pelos demais grupos sem impedimentos; 4) a adoção de hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde devido à restrição de alternativas; 5) exposição a riscos no ambiente de trabalho; 6) acesso inadequado aos serviços essenciais de saúde e a outros serviços públicos; 7) a tendência dos problemas de saúde causarem efeitos mais severos nos indivíduos de classes sociais desfavorecidas (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

O modelo esquemático sobre a relação entre os determinantes sociais e a situação de saúde da população utilizada e adotada como referência pelo CNDSS é o apresentado na figura 1.

**Figura 1-** Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Buss; Pellegrini Filho (2007).

Como se pode ver na figura, **os indivíduos** estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na 2ª camada aparecem o **comportamento e os estilos de vida individuais** situada no limiar entre os fatores individuais e os estilos de vida, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Tomando o modelo de camadas de Dahlgren e Whitehead, relacionado aos fatores comportamentais e de estilos de vida indica que estes estão fortemente influenciados pelos DSS, pois é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para atuar nesse nível de maneira eficaz, são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A 3ª camada destaca a **influência das redes comunitárias e de apoio**, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.

Na 4ª camada estão representados os fatores relacionados a **condições de vida e de trabalho**, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007).

Finalmente, na última camada estão situados os **macrodeterminantes** relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas.

As tendências observadas nas condições de saúde da população nos últimos cinquenta anos devem ser interpretadas em termos dos determinantes sociais de saúde (VICTORA, 2011).

Assim como os adultos, os adolescentes também têm necessidades de saúde, a depender da qualidade de interação entre as esferas biológica, psicológica e social, de acordo com a etapa de desenvolvimento. Em suma, a realidade específica que vivem os adolescentes apontam que os esforços direcionados à saúde pública necessitam ser mais eficientes, abrangentes e criativos (COSTA; BIGRAS, 2007).

Por conseguinte, as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas somente por fatores biológicos, pois as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Nesse sentido, a investigação dos fatores individuais é importante para a identificação dos indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo. Porém, são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA-FILHO, 2002).

Portanto, o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O estudo das condições de vida de determinados grupos sociais deve levar em conta não só a distribuição da renda e o poder aquisitivo na esfera do consumo individual, mas também certas ações estatais que buscam garantir o atendimento de necessidades consideradas básicas para a sobrevivência, neste caso o adolescente, como, por exemplo, saúde, saneamento, educação, alimentação e nutrição, lazer, segurança, entre outras (REIS, 2005).

Sendo assim, os aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais e comportamentais podem determinar aos adolescentes situações de vida desiguais - como acesso diferenciado a saúde, aos alimentos, à habitação, à educação, entre outros aspectos – influenciando nas condições de saúde, expondo este público a vulnerabilidades.

### **3.MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 DESENHO E TIPO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado durante o período de novembro de 2014 a janeiro de 2015 em quatro escolas públicas da rede estadual do município de Guanambi – BA, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEPEE/UFBA).

Segundo Lima-Costa e Barreto (2003) o estudo descritivo é aquele delineado para determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva examina a incidência ou a prevalência de uma doença relacionada à saúde de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade, renda entre outras. Quando a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde difere segundo tempo, lugar ou pessoa, o estudo epidemiológico descritivo é capaz não apenas de identificar grupos de alto risco para fins de prevenção, mas também gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras. E o delineamento transversal tanto à exposição quanto a ocorrência da doença ou evento de interesse são determinados para o indivíduo, permitindo inferências de associações nesse nível.

#### **3.2. LOCAL DO ESTUDO**

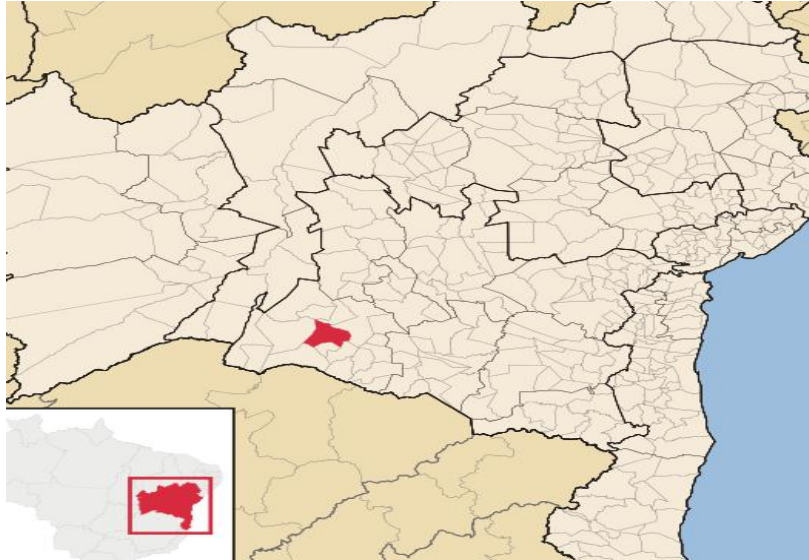
O estudo foi realizado em Guanambi um município do estado da Bahia, distante 796 quilômetros a sudoeste de Salvador, sendo interligado à capital pela BR-030, BR-242 e BR-324. Sua população estimada em 2013, segundo o IBGE, era de 84,645 habitantes, o que a torna a 20ª cidade mais populosa da Bahia (WIKIPÉDIA, 2014), sendo que 14.078 é número de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (IBGE, censo 2010).

O município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, respondendo pela atenção básica e pelos serviços de média complexidade da rede local de saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no município de Guanambi no ano de 1998. Atualmente, o município conta com uma cobertura de 73,4% da Estratégia Saúde da Família, com-



posto por 17 Unidades de Saúde da Família (USF) implantadas, 14 USF estão localizadas na zona urbana e 03 na zona rural (CNES, 2014).

**Figura 2 - Localização do Município de Guanambi na Bahia**



Fonte: [pt.wikipedia.org/wiki/Guanambi](http://pt.wikipedia.org/wiki/Guanambi)

Assim como em outros municípios, a rede de ensino em Guanambi é composta de escolas municipais, estaduais e particulares. Em relação à Rede Estadual de Ensino conforme o site da Secretaria Estadual de Educação da Bahia (SEC), referência do ano de 2014, possuía 5.480 alunos matriculados, sendo 1.067 do ensino fundamental, 3.032 do ensino médio e 1.381 do ensino profissionalizante divididos em 07 unidades:

- Quatro (04) que ofertam o Ensino Fundamental e o Ensino Médio (Colégio Estadual Governador Luiz Viana Filho, Colégio Estadual Idalice Nunes, Colégio Gercino Coelho e a Unidade de Ensino Monteiro Lobato);
- Uma (01) que oferta o Ensino Fundamental e a Educação Profissionalizante (Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde e Gestão) e
- Duas (02) que ofertam o Ensino Médio (Colégio Modelo Luiz Eduardo Magalhães e o Colégio Antônio Carlos Magalhães este último localizado no distrito de Mutans).

**Quadro 1** - Número de alunos matriculados na Rede de Ensino Estadual. Guanambi-Bahia, 2014.

Colégios Estaduais no Município de Guanambi/BA	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Profissionalizante	Total
Colégio Estadual Governador Luiz Viana Filho	270	1.159	...	1.429
Unidade de Ensino Monteiro Lobato	103	74	46	223
Colégio Estadual Gercino Coelho	233	204	60	497
Colégio Estadual Idalice Nunes	461	394	...	855
Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde	...	...	1.275	1.275
Colégio Modelo Luís Eduardo Magalhães	...	881	...	881
Colégio Antônio Carlos Magalhães	...	320	...	320
<b>Total</b>	<b>1.067</b>	<b>3.032</b>	<b>1.381</b>	<b>5.480</b>

Fonte: <http://escolas.educacao.ba.gov.br>

### 3.3. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população alvo do estudo foi constituída por adolescentes, de ambos os sexos, matriculados em quatro escolas na Rede Estadual de Ensino no município de Guanambi, perfazendo um total 5.480 de alunos, sendo 1.067 no ensino fundamental, 3.032 no ensino médio e 1.381 no ensino profissionalizante. A escolha das escolas se deu de forma intencional, por conter o maior número de alunos em relação à proporção de representatividade no universo amostral.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser adolescente - faixa etária de 10 a 19 anos - conforme fundamentação cronológica denominada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estar frequentando uma das quatro Unidades de Ensino Estadual no período da coleta dos dados, aceitar participar da pesquisa e apresentar o Termo de Assentimento com sua assinatura assim como o Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento com assinatura do seu responsável.

Foram excluídos do estudo os adolescentes que apresentaram qualquer impedimento à aplicação do questionário como, deficiência visual e auditiva; que se recusaram a participar da pesquisa e aqueles ausentes do local no período de realização da coleta dos dados.

Optou-se no delineamento amostral pela técnica de amostragem estratificada proporcional em sete níveis: escolas estaduais de Guanambi. Para estimar o tamanho da população a ser entrevistada, consideraram-se as informações fornecidas pelo cadastro de alunos matriculados, adotou-se que a prevalência de comportamentos de risco como desconhecida ( $p=0,50$ ), admitiu-se um erro amostral de 5% ( $d=0,05$ ), sob o nível de confiança de 95% ( $\alpha=0,05$ ), o total de elementos em cada estrato correspondeu ao total de alunos matriculados nas escolas ( $N=5.480$ ). O  $n$  encontrado foi alocado proporcionalmente aos respectivos estratos ( $n=376$ ) (Quadro 2). Utilizou-se a seguinte fórmula para o dimensionamento da amostra (SIQUEIRA et al, 2001):

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h^H [N_h^2 * P_h * (1 - P_h) / w_h] / [N^2 * d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h^H N_h * P_h * (1 - P_h)] \text{ onde,}$$

**Quadro 2.** Descrição dos parâmetros utilizados para o cálculo da amostra.

Parâmetro	Descrição
H	total de estratos (H=7)
N=5.480	número total de alunos matriculados
N <sub>h</sub>	total de alunos matriculados no estrato H
w <sub>h</sub>	N <sub>h</sub> /N – fração de observações alocadas no estrato h
P <sub>h</sub>	proporção de alunos no estrato h, assumiu-se prevalência de comportamentos de risco desconhecida (P <sub>h</sub> = 0,50).
n	tamanho da amostra
n <sub>h</sub>	tamanho da sub-mostra no estrato h
$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$	percentil da distribuição gaussiana que corresponde o nível de confiança 95% ( $\alpha=0,05$ ), para hipótese bilateral.
D	erro amostral ( $d=0,05$ )

**Quadro 3** Cálculo amostral, amostragem estratificada com alocação proporcional.

H	Escola	Nh	wh	Ph	$Nh*Ph*(1-Ph)$	$Nh^2*Ph*(1-Ph)/wh$	Amostra (nh)
1	Colégio Estadual Governador Luiz Viana Filho	1.429	0,26	0,5	357,25	1957730	98
2	Unidade de Ensino Monteiro Lobato	223	0,04	0,5	55,75	305510	15
3	Colégio Estadual Gercino Coelho	497	0,09	0,5	124,25	680890	34
4	Colégio Estadual Idalice Nunes	855	0,16	0,5	213,75	1171350	59
5	Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde	1.275	0,23	0,5	318,75	1746750	88
6	Colégio Modelo Luis Eduardo Magalhães	881	0,16	0,5	220,25	1206970	60
7	Colégio Antônio Carlos Magalhães	320	0,06	0,5	80	438400	22
	<b>Total</b>	<b>5480</b>	<b>1,00</b>		<b>413</b>	<b>7507600</b>	<b>376</b>

### 3.4. COLETA DE DADOS

Após o parecer favorável para a realização do estudo, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), foi estabelecido o primeiro contato com o cenário da pesquisa, neste caso com os adolescentes, a fim de realizar a apresentação do projeto e verificar se os mesmos possuíam ou não interesse em participar da pesquisa.

Os adolescentes foram informados acerca dos objetivos e o instrumento da pesquisa e decidiram livremente quanto à participação. Após aquiescência dos envolvidos, foi lido pelo pesquisador o seu compromisso contemplado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos responsáveis pelo adolescente e do Termo de Assentimento dirigido ao adolescente, logo após, solicitado assinatura do referido termo.

Aos entrevistados foram resguardadas as informações que podiam dá indício para a sua identificação, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Garantindo também a confidencialidade, a privacidade e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou da comunidade.

Aos participantes do estudo foram prestados esclarecimentos quanto à liberdade de se desligarem da pesquisa a qualquer momento, sem que isso represente qualquer prejuízo para eles. Desse modo, foi obedecido com rigor o determinado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

#### **3.4.1. Seleção e treinamento dos entrevistadores**

Foram selecionados entrevistadores voluntários para a pesquisa de campo mediante entrevista. Os entrevistadores foram: alunos do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus XII com experiência em pesquisa.

Os candidatos selecionados receberam treinamento para a técnica de entrevista e aplicação do formulário.

#### **3.4.2. Instrumento de coleta de dados**

Para obtenção dos dados foi elaborado um instrumento de coleta de dados elaborado com base nas seguintes referências:

- Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL Brasil (2013);
- Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – International Physical Activity Questionnaire - versão curta, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação da atividade física em adultos de 15 a 69 anos;
- Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para identificação de grupos de risco e do uso inadequado de álcool da população geral;

- Tese de Pires (2012), intitulada “Fatores de risco cardiovascular entre graduanda(o)s de enfermagem do primeiro e último anos letivos”;
- Tese de Abreu (2011), intitulada “Prevalência e fatores associados ao tabagismo entre adolescentes e adultos jovens”;
- Dissertação de Nunes (2012), intitulada “Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas-RS”;
- Dissertação de Costa (2012), intitulada “Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares”;
- Questionário Adolescente - Diagnóstico Criança e Adolescente (12 a 17 anos), utilizado na pesquisa realizada pelo Inbrap Pesquisas, na cidade de Londrina, em Novembro/2007;
- oe-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS, 2013.

O instrumento da pesquisa contém questões fechadas, de múltipla escolha e está dividido em seis partes e apresenta as seguintes variáveis para análise em conformidade com os objetivos específicos: (APÊNDICE C).

**A – Características Sociodemográficas e de Condições de Vida:** apresenta questões sobre idade, sexo, cor/raça auto declarada, estado civil, religião, escolaridade do adolescente e dos pais, ocupação, renda familiar per capita em salários mínimos, nº de residentes no domicílio; nº de cômodos, localização do domicílio, disponibilidade de energia elétrica, abastecimento de água, rede coletora de esgoto, destino do lixo;

**B - Hábitos de Vida, Prática de Atividade Física, Consumo de Álcool, Tabagismo e Alimentação:** inclui questões sobre prática de atividade física; o uso de cigarro, bebida alcoólica, droga e hábitos alimentares como a ingestão de carboidratos, proteínas, glicoseimas, frutas e verduras;

**C - Conhecimento, Comportamento e Iniciação Sexual:** composto por questões que levantaram informações sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) dentro e fora da escola, a primeira relação sexual, o uso de contraceptivos, o diagnóstico de DSTs, gestação: quando e quantos e historia de abortamento;

**D - Vivência de Situações de Violência:** formado por questões que levantaram informações sobre bullying, violência doméstica, psicológica e sexual;

**E - Condições de Saúde:** constituído por questões sobre auto percepção de saúde, doenças crônicas não transmissíveis, internação e uso de plantas medicinais;

**F - Acesso e Utilização ao Serviço de Saúde:** estabelecido por questões para levantamento de informações sobre atendimento de saúde: motivo e serviço (particular, convênio e SUS), existência e frequência a Unidade de Saúde (Unidade de Saúde da Família/ Centro de Saúde) e quais tipo de assistência: vacinação, consulta médica, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades educativas.

Foi aplicado um teste piloto do instrumento em outubro de 2014 com 20 adolescentes escolares diferentes do estudo que frequentavam o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PET), mas que apresentavam características semelhantes aos participantes da pesquisa. O objetivo do teste piloto foi constatar a eficácia da aplicabilidade do instrumento, e, possíveis ajustes na linguagem e estruturação. O teste piloto foi aplicado pela pesquisadora e alunos da graduação do curso de enfermagem que foram treinados para atuarem na coleta e as informações colhidas não foram computadas nesta pesquisa. Não houve modificações no instrumento, portanto, foi aplicado junto aos adolescentes elegíveis nas escolas selecionadas para o estudo.

### **3.5. OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA E ARMAZENAMENTO DOS DADOS**

A coleta dos dados foi realizada em quatro Unidades de Ensino Estadual no município de Guanambi, durante o período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Na ocasião os adolescentes foram entrevistados, aplicando-se um instrumento com perguntas fechadas e abertas.

Os adolescentes foram convidados a participar do estudo através de visitas realizadas nas escolas pela equipe da pesquisa nas salas de aula, sendo assim, a inclusão dos adolescentes no estudo aconteceu de forma aleatória mediante interesse dos mesmos e após a identificação, foi enviado os convites aos responsáveis para autorização no estudo. A entrevista agendada com data e horário foi realizada com os adolescentes que preencheram os critérios de inclusão acima descritos

A entrevista apresenta-se como uma técnica privilegiada de interação social, principalmente quando se trata de uma sociedade ou grupos, neste caso os adolescentes, situando-se de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no momento de realizá-la como nos dados que são produzidos (MINAYO, 2009).

As informações coletadas serão armazenadas por um período de cinco anos em um banco de dados elaborado para esta finalidade através do programa software Epi Info Win-

dows 3.5.2 e STATA v.12 protegido por senha e os formulários arquivados no Grupo CRESCER localizado na Escola de Enfermagem, na Universidade Federal da Bahia.

### 3.6. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS

Neste estudo foram utilizadas dois grupos de variáveis:

**A) Características Sociodemográficas:** apresenta questões sobre idade, sexo, cor/raça autodeclarada, estado civil, religião, escolaridade, com quem reside o adolescente e situação financeira.

**B) Hábitos de Vida: Consumo de Álcool (AUDIT), Tabagismo e Droga:** inclui questões sobre prática e nível de atividade física; padrão de consumo de bebida alcoólica, sinais e sintomas da dependência, problemas decorrentes do consumo; experimentação e uso de cigarro; experimentação de drogas.

### 3.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, os instrumentos foram conferidos e digitados no software Epi Info Windows 3.5.2 (Centers for Disease Control and Prevention) e após a digitação, exportados para o software estatístico STATA v.12 para tratamento e geração dos resultados. O tratamento dos dados consistiu na limpeza das informações digitadas incorretamente, geração de novas variáveis, validação da consistência interna das informações obtidas pelas escalas e cálculo dos principais indicadores utilizados no estudo. A consistência interna das respostas obtidas pela escala AUDIT foi obtida mediante o Alfa de Cronbach obtendo um valor de correlação entre as respostas de 0,70 considerando todos os itens.

Para avaliar o padrão, a frequência e a dependência de consumo de álcool foram utilizadas as 10 questões da Escala Audit e o risco foi mensurado através da soma das 10 questões resultando em um indicador com 4 zonas de risco: 1 a 7: I Baixo risco; 8 a 15: II Uso de Risco; 16 a 19: III Uso nocivo;  $\geq 20$  pontos: IV Possível dependência (FORMIGA, GALDINO, RIBEIRO, SOUZA, 2013; PIRES, 2012). O tabagismo e o consumo de drogas lícitas e ilícitas foi mensurado através questões relativas a experimentação do cigarro e consumo de drogas.

Inicialmente foram realizadas análises exploratórias das variáveis selecionadas para atender aos objetivos do estudo, através de distribuição de frequências uni e bivariadas e me-



didat descritivas (medianas, médias e desvio padrão). Posteriormente, verificou-se a associação entre as variáveis selecionadas e o sexo do adolescente mediante aplicação dos Testes Qui-quadrado de Pearson e o Exato de Fischer (frequências < 5) para as variáveis qualitativas nominais e o Teste Qui-quadrado de Tendência Linear para as variáveis qualitativas ordinais. Adotou-se o nível de significância estatístico de 95% ( $\alpha < 0,05$ ).

### **3.8. ASPECTOS ÉTICOS**

Em observância à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, tendo sido aprovado mediante parecer nº 777.967 (ANEXO A).

Todos os participantes do estudo foram devidamente informados quanto os objetivos e metodologia a ser empregados na pesquisa, bem como os benefícios do estudo. Após os devidos esclarecimentos, tanto os adolescentes como seus responsáveis, foram convidados a assinar o Termo de Assentimento (Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em que constam as informações detalhadas sobre o estudo, compreenda os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, visando permitir uma decisão autônoma, sendo assegurando o sigilo e anonimato das informações.

#### **3.8.1. RISCOS E BENEFÍCIOS**

O benefício potencial desta pesquisa é que poderá contribuir para o campo da saúde, buscando vislumbrar a influência dos determinantes sociais de saúde nas condições de saúde dos adolescentes, proporcionando ferramentas para futuras intervenções às suas necessidades de saúde melhorando a qualidade de vida deste público.

Os riscos previstos consistem no desconforto e constrangimento deste, em virtude da aplicação do instrumento de coleta de dados na entrevista. Porém, a equipe foi composta por entrevistadores treinados e que eram avaliados periodicamente, acreditando-se assim reduzir o potencial para constrangimento dos entrevistados.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES ENTREVISTADOS

Participaram do estudo 370 adolescentes escolares, com idade entre 12 a 19 anos e média de idade de 16,8 anos (dp=1,8 anos). Quanto à distribuição por sexo, 239 (64,6%) do sexo feminino e 131 (35,4%) do sexo masculino. Destes, a maioria cursam o ensino médio 270 (73,0%), a maior proporção 260 (70,3%) autodeclarou-se negras(os) (cor preta e parda). Dos entrevistados 209 (56,5%) referiram estar solteira(o), sem parceira(o) fixo. No que se refere à religião, 176 (47,6%) eram católicos. A maioria moram com os pais 214 (57,8%) e em relação à situação financeira 184 (49,7%) são dependentes financeiramente.

Na comparação entre os grupos de adolescentes, predomina o sexo masculino na distribuição etária de 10 a 14 anos (12,6% vs 13,7% ) e 18 anos e mais (42,7% vs 52,7%), na faixa de 15 a 17 anos (44,8% vs 33,6%) o sexo feminino.

Predominantemente, 185 (50,2% vs 49,6%) dos adolescentes autodeclarou-se de cor parda, 75 (18,0% vs 24,4%) de cor preta, 52 (14,2% vs 13,7%) branca, 33 (9,2% vs 8,4%) amarela/indígena e sem informação 25 (8,4% vs 3,8%). Identificou-se o predomínio de cor autodeclarada do sexo feminino para parda, branca e amarela/indígena e do sexo masculino para a preta.

No que se refere à religião, 176 (48,5% vs 45,8%) informaram que eram católicos e 114 (33,0% vs 26,7%) protestante, com predomínio para as meninas e 56 que não tinham nenhuma religião, destes (23,7%) são meninos. Quanto à situação conjugal, a maior frequência foi para os solteiros(as), sem parceira(o) fixo (53,6% vs 61,8%) predominando os meninos. Para as meninas a maior frequência foi de solteira(o) com parceiro fixo (39,8% vs 33,6%) e casadas (6,7% vs 4,6%).

Quanto à escolaridade dos adolescentes, a maior frequência foi para o ensino médio 270 (73,0%), seguida do ensino fundamental 75 (20,3%) e do nível técnico 25(6,7%). Observou-se que tanto para ensino fundamental quanto para o ensino médio houve predominância do sexo feminino (19,2% vs 22,%) (72,4% vs 74,0%), respectivamente.

Maior proporção da amostra dos adolescentes moram atualmente com seus pais 214 (57,8%), 68 (18,4%) com a mãe, 4 (1,1%) com o pai,6 (1,6%) sozinhas(os), 15 (4,0%) com o

companheiro/marido e 50 (13,5%) com os outros (avós, tios(as), irmã(ão), padrastos, madrastas ou vizinhos). Em relação aos grupos observou-se maior frequência para o sexo feminino que reside com os pais (59,0% vs 55,8%), com as mães (20,5% vs 14,5%), com o pai (1,3% vs 0,8%) e com o companheiro/marido (4,6% vs 3,0%). Quanto ao sexo masculino residem sozinhos (0,4% vs 3,8%) ou com outros (10,5% vs 19,1%).

Em relação à situação financeira a maioria 184 (49,7%) dos adolescentes são dependentes, 89 (24,0%) parcialmente dependente e 83 (22,4%) informaram exerce atividade remunerada. Em relação ao grupo observou-se que as meninas são mais dependentes (55,2% vs 39,7%) e os meninos mais independentes (16,7% vs 32,8%).

Os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes com relação as características sociodemográficas ( $p \geq 0,05$ ), exceto para a situação de dependência financeira, apresentou tendências proporcionais estatisticamente significantes quanto ao sexo ( $p=0,001$ ), o sexo feminino se mostrou mais frequentemente dependente financeiramente.

**Tabela 1** Distribuição das características sociodemográficas dos adolescentes escolares por sexo (n=370). Guanambi - BA, novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Características Sociodemográficas	Total 370 (100)		Feminino 239 (64,6)		Masculino 131 (35,4)		p-valor
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Grupo Etário</b>							
10 a 14 anos	48	13,0	30	12,6	18	13,7	0,105 <sup>a</sup>
15 a 17 anos	151	40,8	107	44,8	44	33,6	
18 anos e mais	171	46,2	102	42,7	69	52,7	
<b>Cor</b>							
Parda	185	50,0	120	50,2	65	49,6	
Preta	75	20,3	43	18,0	32	24,4	
Branca	52	14,0	34	14,2	18	13,7	
Amarela/Indígena	33	8,9	22	9,2	11	8,4	
Sem informação	25	6,8	20	8,4	5	3,8	
<b>Religião</b>							
Católica	176	47,6	116	48,5	60	45,8	
Protestante	114	30,8	79	33,0	35	26,7	
Espírita	9	2,4	7	2,9	2	1,5	
Candomblé	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Nenhuma	56	15,1	25	10,5	31	23,7	
Outra	14	3,8	11	4,6	3	2,3	
<b>Situação conjugal</b>							
Casada(o)/União estável	22	6,0	16	6,7	6	4,6	0,284 <sup>a</sup>
Solteira(o) com parceiro fixo	139	37,6	95	39,8	44	33,6	
Solteira(o) sem parceiro	209	56,5	128	53,6	81	61,8	
<b>Escolaridade</b>							
Ensino Fundamental	75	20,3	46	19,2	29	22,1	
Nível Técnico	25	6,7	20	8,4	5	3,8	
Ensino Médio	270	73,0	173	72,4	97	74,0	
<b>Com quem você mora atualmente?</b>							
Sozinha	6	1,6	1	0,4	5	3,8	
Com os pais	214	57,8	141	59,0	73	55,8	
Mãe	68	18,4	49	20,5	19	14,5	
Pai	4	1,1	3	1,3	1	0,8	
Companheiro/Marido	15	4,0	11	4,6	4	3,0	
Outros	50	13,5	25	10,5	25	19,1	
Sem informação	13	3,5	9	3,8	4	3,0	
<b>Qual é sua situação financeira?</b>							
Dependente	184	49,7	132	55,2	52	39,7	0,001 <sup>b</sup>
Parcialmente	89	24,0	58	24,3	31	23,7	
Exerce atividade remunerada	83	22,4	40	16,7	43	32,8	
Outro	3	0,8	1	0,4	2	1,5	
Não respondeu	11	3,0	8	3,4	3	2,3	

**Fonte:** Elaboração própria. **Nota:** Idade média=16,8 anos (dp=1,8 anos); <sup>a</sup>TesteQui-quadrado de Pearson; <sup>b</sup>TesteQui-quadrado de Tendência Linear.

#### 4.2. PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA AUDIT ENTRE OS ADOLESCENTES ESCOLARES.

Na **Tabela 2**, observam-se que, dos 370 adolescentes, 241 (65,1%) nunca consumiram bebida alcoólica com predomínio para o grupo feminino 164 (68,6%) quando comparado ao grupo masculino 77 (58,9%).

Para os 127 (34,3%) que informaram uso de álcool, a maior frequência de consumo foi verificada nos adolescentes masculinos que utilizaram mais essa substância comparando com as adolescentes do sexo feminino: mensalmente ou menos (22,6% vs 32,8%), 2 a 4 vezes/mês (6,7% vs 7,6%) porém em relação a 4 ou + vezes por semana a maior frequência foi das adolescentes (0,4% vs 0,0%).

Quanto ao número de doses consumidas, predominou com maior frequência para o sexo masculino 1 dose (10,5% vs 12,2%), 4 ou 5 doses (5,9% vs 17,6%), 6 ou 7 doses (5,9% vs 17,6%), em relação a 2 ou 3 doses (11,7% vs 9,2%) e quanto a 8 ou + doses (1,3% vs 0,7%) foi o sexo feminino.

Quanto à frequência de consumo, de 6 ou + doses em uma ocasião entre aqueles que nunca fizeram esse consumo, foi menor a proporção entre as adolescentes do sexo feminino (19,2% vs 27,5%). Essa frequência de consumo foi maior entre os adolescentes do sexo masculino: menos que uma vez por mês (8,0% vs 9,2%), semanalmente (2,5% vs 3,1%) e todos ou quase todos os dias (0,8% vs 1,5%).

Os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes quanto ao padrão de consumo de álcool, exceto para a frequência do consumo ( $p=0,029$ ), verificou-se tendências proporcionais estatisticamente significantes quanto ao sexo, o sexo masculino apresentou maior frequência de consumo.

**Tabela 2** Características do padrão do consumo de álcool entre adolescentes escolares segundo quantidade e frequência do consumo de bebida alcoólica por sexo (n=370). Guanambi - BA, novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Padrão de consumo de álcool	Total		Feminino		Masculino		p-valor <sup>a</sup>
	370 (100)		239 (64,6)		131 (35,4)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Com que frequência você consome alguma bebida alcoólica?</b>							
Nunca	241	65,1	164	68,6	77	58,8	0,098
Mensalmente ou menos	97	26,2	54	22,6	43	32,8	
2 a 4 vz mês	26	7,0	16	6,7	10	7,6	
2 a 3 vz semana	3	0,8	2	0,8	1	0,8	
4 ou + vz semana	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Não respondeu	2	0,5	2	0,8	0	0,0	
<b>Número de doses, copos ou garrafas que costuma tomar?</b>							
1 dose	41	11,1	25	10,5	16	12,2	0,064
2 ou 3 doses	40	10,8	28	11,7	12	9,2	
4 ou 5 doses	37	10,0	14	5,9	23	17,6	
6 ou 7 doses	6	1,6	3	1,3	3	2,3	
8 ou + doses	4	1,0	3	1,3	1	0,8	
Não se aplica	240	64,7	164	68,6	76	58,0	
Não respondeu	2	0,5	2	0,8	0	0,0	
<b>Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?</b>							
Nunca	82	22,2	46	19,2	36	27,5	<b>0,029</b>
< 1 vz mês	31	8,4	19	8,0	12	9,2	
Mensalmente	10	2,7	6	2,5	4	3,0	
Semanalmente	4	1,1	2	0,8	2	1,5	
Não se aplica	241	65,1	164	68,6	77	58,8	
Não respondeu	2	0,5	2	0,8	0	0,0	

**Fonte:** Elaboração própria. **Nota:** <sup>a</sup>Teste de Tendência Linear

Na população de estudo, 77 (20,8%) dos adolescentes são capazes de controlar a bebida depois que começa, na comparação entre os grupos, houve predomínio para o sexo masculino (18,4% vs 25,2%). Em relação à frequência de incapacidade de controlar o consumo de bebida alcoólica, uma vez ao mês ou quase todos os dias, houve destaque também para o grupo masculino (2,9% vs 6,9%) (0,4% vs 0,8%), respectivamente.

Do total de entrevistados, um elevado percentual 86 (23,2%) nunca deixou de cumprir com compromissos por causa da bebida, predominando o sexo masculino (20,1% vs 29,0%) e 90 (24,3%), entre os adolescentes depois de beber muito nunca precisou beber pela manhã para se sentir melhor, com menor frequência para as adolescentes do sexo feminino (21,3% vs 29,7%).

Com relação aos sinais e sintomas da dependência, verificaram-se tendências proporcionais estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ), sendo que o sexo masculino mostrou-se pro-

porcionalmente mais vulnerável aos sintomas de dependência quando comparado ao sexo feminino.

**Tabela 3** Distribuição percentual das características dos adolescentes escolares segundo sinais e sintomas de dependência de bebida alcoólica por sexo (n=370). Guanambi - BA, novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Sinais e sintomas da dependência	Total 370 (100)		Feminino 239 (64,6)		Masculino 131 (35,4)		p-valor <sup>a</sup>
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Com que frequência você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?</b>							
Nunca	77	20,8	44	18,4	33	25,2	<b>0,023</b>
< 1 vez mês	16	4,3	7	2,9	9	6,9	
Mensalmente	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Todos ou quase todos os dias	2	0,5	1	0,4	1	0,8	
Não se aplica	271	73,2	183	76,5	88	67,2	
Não respondeu	3	0,8	3	1,3	0	0,0	
<b>Com que frequência você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?</b>							
Nunca	86	23,2	48	20,1	38	29,0	<b>0,019</b>
< 1 vez mês	9	2,4	4	1,7	5	3,8	
Mensalmente	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Não se aplica	271	73,2	183	76,6	88	67,1	
Não respondeu	3	0,8	3	1,3	3	1,3	
<b>Com que frequência depois de ter bebido muito você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?</b>							
Nunca	90	24,3	51	21,3	39	29,7	<b>0,022</b>
< 1 vez mês	5	1,4	2	0,8	3	2,3	
Mensalmente	1	0,3	0	0,0	1	0,8	
Não se aplica	271	73,2	183	76,5	88	67,1	
Não respondeu	3	0,8	3	1,2	0	0,0	

**Fonte:** Elaboração própria. **Nota:** <sup>a</sup>Teste de Tendência Linear

Em relação a não sentir culpa ou remorso depois de consumir bebida alcoólica correspondeu a 78 (21,0%) dos entrevistados, entretanto, em adolescentes do sexo feminino, este sentimento esteve presente mensalmente (5,0% vs 3,8%) e, em todos ou quase todos os dias (0,4 vs 0,0%).

Observou-se na amostra que, 75 (20,2%), 43 (17,9%) do sexo feminino e 32 (24,4%) do sexo masculino, sempre se lembrou do que aconteceu na noite anterior em razão da bebida alcoólica. Entre aqueles que informaram amnesia no dia seguinte 15 (4,0%) a maior frequência para o sexo masculino 7 (5,3%).

Na distribuição percentual da questão alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, ou se prejudicou pelo fato de você ter bebido, observou-se que 70

(18,9%) adolescentes, 43 (17,9%) do sexo feminino e 27 (20,9%) do sexo masculino relataram não ter sofrido prejuízos na vida pessoal ou de outra pessoa em razão de ter consumido bebida alcoólica. Entre aqueles que informaram prejuízo, sim, não nos últimos 12 meses (2,1% vs 5,4%) e entre aqueles que informaram sim, nos últimos 12 meses (2,5% vs 6,9%) a maior frequência foi para os adolescentes do sexo masculino.

Constatou-se também para a amostra 62 (16,7%) adolescentes, bem como para o sexo feminino (16,7%) como para o sexo masculino (17,0%), ausência de preocupação ou pedido para parar de beber por parte de parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde. Esses, quando presentes, foram identificados em maior frequência entre os adolescentes masculinos nos últimos 12 meses (4,2% vs 11,6%).

Observou-se na amostra que, a proporção dos adolescentes que em nenhuma vez da vida se machucou ou se prejudicou pelo fato de outra pessoa ter bebido 275 (74,3%), porém 88 (23,8%) relataram ter sido machucado(a) ou se prejudicado(a) pelo fato de outra pessoa ter consumido bebida alcoólica: não, nos últimos 12 meses (15,8% vs 15,5%), não houve diferença significativa entre os sexos, mas, nos últimos 12 meses (8,3% vs 6,9%), o predomínio foi para as adolescentes do sexo feminino.

Com relação aos problemas decorrentes do uso de álcool, verificaram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos quanto ao remorso ou esquecimento do que aconteceu no dia anterior, os homens apresentaram maiores tendências proporcionais comparado as mulheres ( $p < 0,05$ ), com relação aos demais itens os grupos apresentaram padrão de respostas proporcionalmente semelhante.



**Tabela 4** Características da distribuição percentual dos adolescentes escolares segundo problemas recentes na vida, relacionados ao consumo de bebida alcoólica por sexo (n=370). Guanambi - BA, novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Problemas decorrentes do consumo de álcool	Total 370 (100)		Feminino 239 (64,6)		Masculino 131 (35,4)		p-valor <sup>a</sup>
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Com que frequência você sentiu culpa ou remorso depois de beber?</b>							
Nunca	78	21,0	40	16,7	38	29,01	<b>0,01</b>
< 1 vez mês	17	4,6	12	5,0	5	3,8	
Todos ou quase todos os dias	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Não se aplica	272	73,5	184	77,0	88	67,2	
Não respondeu	2	0,5	2	0,8	0	0,0	
<b>Com que frequência você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?</b>							
Nunca	75	20,3	43	18,0	32	24,4	<b>0,03</b>
< 1 vez mês	15	4,1	8	3,3	7	5,3	
Mensalmente	1	0,3	0	0,0	1	0,8	
Semanalmente	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Todos ou quase todos os dias	4	1,1	1	0,4	3	2,3	
Não se aplica	272	73,5	184	77,0	88	67,2	
Não respondeu	2	0,5	2	0,8	0	0,0	
<b>Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, ou se prejudicou pelo fato de você ter bebido?</b>							
Não	70	18,9	43	18,0	27	20,6	<b>0,05</b>
Sim, mas não nos últimos 12 meses	12	3,2	5	2,0	7	5,3	
Sim, nos últimos 12 meses	15	4,1	6	2,5	9	6,9	
Não se aplica	271	73,2	183	76,6	88	67,2	
Sem informação	2	0,5	2	0,8	0	0,0	
<b>Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?</b>							
Não	62	16,8	40	16,7	22	16,8	0,06
Sim, mas não nos últimos 12 meses	8	2,2	3	1,3	5	3,8	
Sim, nos últimos 12 meses	25	6,8	10	4,2	15	11,6	
Não se aplica	272	73,5	183	76,6	89	67,9	
Sem informação	3	0,8	2	0,8	0	0,0	
<b>Alguma vez na vida você já se machucou ou se prejudicou pelo fato de outra pessoa ter bebido?</b>							
Não	275	74,3	178	74,5	97	74,0	0,897
Sim, mas não nos últimos 12 meses	59	16,0	38	15,9	21	16,0	
Sim, nos últimos 12 meses	29	7,8	20	8,4	9	6,9	
Não se aplica	6	1,6	2	0,8	4	3,0	
Sem informação	1	0,3	1	0,4	0	0,0	

Fonte: Elaboração própria. Nota: <sup>a</sup>Teste Qui-quadrado de Tendência Linear

A **Tabela 5** apresenta o escore síntese em quatro níveis de risco dos valores obtidos pela aplicação do AUDIT entre os(as) adolescentes escolares. Quanto ao padrão do uso de

álcool da amostra (n=127) de acordo com os escores obtidos no AUDIT, observou-se a prevalência de (70,0%) dos adolescentes classificados na zona I, (25,2%) na zona II, (4,0%) na zona III e (1,0%) na zona IV.

Utilizando a amostra do estudo para estimar a prevalência entre os grupos, a maior prevalência de uso de baixo risco (Zona I do AUDIT) foi encontrada entre os adolescentes do sexo feminino (75% vs 63,0%), os que fazem uso de risco e nocivo do álcool, ou seja, participantes que pontuaram na Zona II e Zona III do AUDIT, observou-se maior prevalência para o sexo masculino (20,6% vs 31,5%) (2,7% vs 5,6%) e na Zona IV identificou-se prevalência de (1,4% vs 0,0%) para o sexo feminino de possível dependência alcoólica. Os grupos se mostraram proporcionalmente semelhantes com relação ao uso de risco e nocivo do álcool ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 5** Distribuição do indicador zona de risco para o consumo de álcool (n=127). Guanambi - BA, novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Zonas de risco (AUDIT)	Prev n (%)		Feminino		Masculino		p-valor <sup>a</sup>
			73 (57,5)		54 (42,5)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>I: baixo risco</b>	89	70,0	55	75,3	34	63,0	
<b>II: uso de risco</b>	32	25,2	15	20,6	17	31,5	0,144
<b>III: uso nocivo</b>	5	4,0	2	2,7	3	5,6	
<b>IV: possível dependência</b>	1	0,8	1	1,4	0	0,0	

Fonte: Elaboração própria. Nota:<sup>a</sup>Teste de Tendência Linear

### 4.3. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE TABACO E DROGAS ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES

Na **Tabela 6**, observam-se entre os adolescentes que participaram do estudo que, 17,6% (n=65) informaram que alguma vez já experimentou ou tentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas. A percentagem dos meninos que experimentou ou tentou fumar é duas vezes superior à das meninas (26,7% vs 12,6%). Verificaram-se que a iniciação do consumo de tabaco difere proporcionalmente entre os grupos sendo este resultado estatisticamente significativo ( $p=0,001$ ).

A idade com que os adolescentes experimentaram ou tentaram fumar variou entre < 12 anos 7 (10,8%), 12 a 14 anos 29 (44,6%), 15 a 17 anos 25 (38,5%) e 18 e mais 4 (6,2%) com predomínio para a faixa etária de 12 a 17 anos.

Atualmente, 6 (9,7%) dos adolescentes fumam, com prevalência do sexo masculino (6,7% vs 11,4%), destes 4 (6,2%) consomem diariamente e 3 (50,0%) durante um mês consomem cigarros todos os dias não tendo diferença entre os sexos (50,0% vs 50,0%).

Com relação ao tempo que começou a fumar, 3 adolescentes (100,0% vs 50,0%) informaram que 1 ano fuma regularmente, pelo menos 1 cigarro, predominando o sexo feminino e 1 adolescente do sexo masculino há 3 anos (0,0% vs 50,0%).

Quanto ao tempo que fuma diariamente, 2 adolescentes do sexo feminino (100,0 vs 0,0) informaram que há 1 ano, de 2 anos (0,0% vs 66,7%) e 3 anos 1 (0,0% vs 20,0%) do sexo masculino. Nos últimos meses, 2 (50%) adolescentes informaram que tentaram parar de fumar, não apresentando diferença entre os grupos, mais de 1 mês até 6 meses atrás 1 (50%) masculino e 1 (50%) mais de 6 meses até 12 meses atrás do sexo feminino.

**Tabela 6** Características do padrão do consumo de tabaco entre adolescentes escolares segundo quantidade e frequência por sexo (n=370). Guanambi - BA, novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Padrão de consumo de tabaco	Total 370 (100)		Feminino 239 (64,6)		Masculino 131 (35,4)		p-valor
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Alguma vez você já experimentou ou tentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?</b>							
Sim	65	17,6	30	12,6	35	26,7	0,001 <sup>a</sup>
Não	305	82,4	209	87,4	96	73,9	
<b>Atualmente você fuma cigarros?</b>							
Sim	6	9,2	2	6,7	4	11,4	0,678 <sup>b</sup>
Não	59	90,8	28	93,3	31	88,6	
<b>Atualmente você fuma cigarros diariamente?</b>							
Sim	4	6,2	2	6,7	2	5,7	1,000 <sup>b</sup>
Não	2	3,1	1	3,3	1	2,9	
Sem informação	59	90,8	27	90,0	32	91,4	
<b>Nos últimos 30 dias em quantos dias você fumou cigarros?</b>							
Não fumou	1	16,7	0	0,0	1	25,0	1,000 <sup>b</sup>
1 ou 2 dias	1	16,7	0	0,0	1	25,0	
20 a 29 dias	1	16,7	1	50,0	0	0,0	
todos os 30 dias	3	50,0	1	50,0	2	50,0	
<b>Quando foi a última vez que você tentou parar de fumar?</b>							
Último mês	2	50,0	1	50,0	1	50,0	1,000 <sup>b</sup>
Mais de 1 mês até 6 meses atrás	1	25,0	0	0,0	1	50,0	
Mais de 6 meses até 12 meses atrás	1	25,0	1	50,0	0	0,0	

**Fonte:** Elaboração própria. **Nota:** Idade experimentou ou tentou fumar cigarros pela primeira vez: < 12 anos: 7 (10,8%), 12 a 14: 29 (44,6%), 15 a 17: 25 (38,5%), 18 e mais: 4 (6,2%); <sup>a</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson; <sup>b</sup>Teste Qui-quadrado Exato de Fisher.

A **Tabela 7**, apresenta a prevalência de 18 (4,9%) adolescentes que já experimentaram outra droga exceto cigarro e álcool, predominando o sexo masculino (3,4% vs 7,6%), destes 2 (25,0%) do sexo feminino experimenta as vezes e 16 ( 88,9%) apenas 1 vez (75,0% vs 100,0%) com predomínio do sexo masculino.

Quanto ao tipo de droga ilícita que experimentou, a maconha foi identificada como a droga mais consumida entre os adolescentes 14 (3,8%), ocorrendo com maior frequência entre o sexo masculino (2,5% vs 6,1%), em seguida a lança perfume 8 (1,3% vs 3,8%) sexo masculino, cocaína 1 (0,4%) sexo feminino, LSD 1 (0,4) sexo feminino, cola 1 (0,4% vs 0,8%) sexo masculino, extasy 1 (0,42% vs 0,0%), o sexo feminino não relatou uso de crack, heroína, ópio e outras drogas.

Quanto ao tipo de droga ilícita experimentada, a maconha foi identificada como a droga mais consumida entre os adolescentes 14 (2,5% vs 6,1%), em seguida o lança perfume 8

(1,3% vs 3,8%), a cocaína 1 (0,4% vs 0,0%), o LSD 1 (0,4% vs 0,0%), cola 1(0,4% vs 0,8%) e o extasy 1 (0,42% vs 0,0%). Na comparação entre os grupos em relação à experimentação das drogas ilícitas houve maior frequência para o sexo masculino para a maconha, lança perfume e cola. Já o sexo feminino destaca-se as drogas LSD, cocaína e extasy. Houve ausência de relato para crack, heroína, ópio e outras drogas. Os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes com relação ao padrão de consumo de drogas ( $p \geq 0,05$ ).

**Tabela 7** Características do padrão do consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolares segundo quantidade e frequência por sexo (n=370). Guanambi - BA, novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Padrão de consumo de droga	Total 370 (100)		Feminino 239 (64,6)		Masculino 131 (35,4)		p-valor <sup>a</sup>
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Você já experimentou outra droga fora cigarro e álcool?</b>							
Sim	18	4,9	8	3,4	10	7,6	<b>0,079</b>
Não	352	95,1	231	96,7	121	92,4	
<b>Frequência que você experimentou outra droga fora cigarro e álcool?</b>							
Às vezes	2	11,1	2	25,0	0	0,0	<b>0,183</b>
Apenas 1 vez	16	88,9	6	75,0	10	100,0	
<b>Experimentou maconha?</b>							
Não	356	96,2	233	97,5	123	93,9	<b>0,094</b>
Sim	14	3,8	6	2,5	8	6,1	
<b>Experimentou cocaína?</b>							
Não	369	99,7	238	99,6	131	100,0	<b>1,000</b>
Sim	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
<b>Experimentou crack?</b>							
Não	370	100,0	239	100,0	131	100,0	
<b>Experimentou LSD?</b>							
Não	369	99,7	238	99,6	131	100,0	<b>1,000</b>
Sim	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
<b>Experimentou lança perfume?</b>							
Não	362	97,8	236	98,7	126	96,2	<b>0,137</b>
Sim	8	2,2	3	1,3	5	3,8	
<b>Experimentou cola?</b>							
Não	368	99,5	238	99,6	130	99,2	<b>1,000</b>
Sim	2	0,5	1	0,4	1	0,8	
<b>Experimentou extasy?</b>							
Não	369	99,7	238	99,6	131	100,0	
Sim	1	0,3	1	0,42	0	0,0	
<b>Experimentou heroína?</b>							
Não	370	100,0	239	100,0	131	100,0	
<b>Experimentou ópio?</b>							
Não	370	100,0	239	100,0	131	100,0	
<b>Experimentou outra droga?</b>							
Não	370	100,0	239	100,0	131	100,0	

Fonte: Elaboração própria. Nota: <sup>a</sup>Teste Qui-quadrado Exato de Fischer.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo sobre comportamento do adolescente realizado com estudantes do sexo feminino e masculino, na faixa etária de 12 a 19 anos que frequentam escolas públicas estaduais, residentes no município de Guanambi mostra alta prevalência de comportamento de risco refletindo futuramente em problemas de saúde, chamando a atenção para o uso e experimentação de drogas lícitas e ilícitas para o sexo masculino.

Os(as) adolescentes estudados caracterizam-se como uma população predominantemente feminina, de cor autodeclarada parda, a maioria solteir(as)os sem parceiros fixos, católicos, que mora com os pais e são financeiramente dependentes dos mesmos.

A predominância de adolescentes do sexo feminino também foi evidenciado em outros estudos no Brasil em Anápolis/GO (61% vs 39%) (PAIVA et al., 2012); em Teresina/PI (55,6% vs 44,4%) (MONTEIRO et al., 2012); multicêntrico (52,6% vs 47,4%) (MALTA et al., 2014); e em Portugal (59,6% vs 40,4%) (FERREIRA; TORGAL, 2010).

Quanto à raça/cor autodeclarada, observou-se uma predominância da etnia parda seguida da negra, também descritas em estudo realizado com adolescentes no município de Jeremoabo/Ba, (70%) cor parda e (16%) cor negra de sua amostra (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 2015). No Brasil da primeira década do Século XXI, destaca-se uma mudança na distribuição da população, segmentada por cor ou raça. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD mostram um crescimento da proporção da população que se declara preta ou parda nos últimos dez anos: respectivamente, 5,4% e 40,0% em 1999; e 6,9% e 44,2% em 2009. Provavelmente, um dos fatores para esse crescimento é uma recuperação da identidade racial (SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS. UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2010).

Neste estudo a maior proporção dos entrevistados mora atualmente com seus pais e são dependentes financeiramente, esses dados assemelham-se aos observados nos estudos realizados com adolescentes escolares no município de Jequié na região Sudoeste na Bahia: mora com os pais (54,4%), sem trabalho remunerado (71,1) (VEIGA, 2012) e outro em Feira de Santana, coabitando com os pais (56,1%) e com renda obtida por doação dos mesmos (65,5%) (MATOS et al., 2010).

No presente estudo os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes com relação as características sociodemográficas, exceto para a situação de dependência financeira,

que apresentou tendências proporcionais estatisticamente significantes para o sexo feminino que se mostrou mais frequentemente dependente financeiramente.

A inserção dos jovens no mercado de trabalho é um assunto presente na agenda contemporânea de debates no mundo todo. Não só pela ótica da conciliação entre trabalho e estudo, como também da qualidade do trabalho exercido. Um estudo realizado no Brasil em 2010 apenas (14,7%) dos adolescentes declararam somente estudar e (15,6%) conciliavam trabalho e estudo. Cerca da metade, (46,7%), declararam somente trabalhar, (17,8%) informaram realizar afazeres domésticos. Na Região Sul em Santa Catarina, as proporções de adolescentes que só trabalhavam foram de (52,5%) e (57,9%). Na Região Nordeste, essa proporção dobra para 43,5% (SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS. UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2010).

Em outro estudo multicêntrico realizado no Brasil os dados da pesquisa revelaram que 86,9% dos escolares responderam que não trabalharam, (11,9%) responderam trabalhar e receber dinheiro para desempenhar as atividades, e (1,2%) responderam trabalhar sem remuneração. O maior percentual de escolares que responderam não trabalhar está na Região Sudeste (88,5%), mas são os Municípios das Capitais da Região Nordeste que concentram os maiores índices dos que informaram não trabalhar: Recife (92,3%), São Luís (91,9%) e João Pessoa (91,6%) (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR, 2013).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas entre adolescentes é um fato que merece atenção, assim, a realização de estudos de prevalência é de fundamental importância para a caracterização do padrão de utilização destas drogas por parte deste grupo para, a partir de então, vislumbrar estratégias de prevenção e sensibilização dos adolescentes sobre os agravos à saúde pelo consumo destas drogas.

Os dados de uma pesquisa multicêntrica realizado no Brasil com escolares do 9º ano do ensino fundamental (PeNSE 2012), mostram que 66,6% dos escolares já haviam experimentado bebida alcoólica, sendo esse indicador maior nas Regiões Sul (76,9%) e Centro-Oeste (69,8%) e menor nas Regiões Norte (58,5%) e Nordeste (59,6%). Em relação ao uso precoce de bebidas alcoólicas, observou-se que, entre os adolescentes com idade de 15 anos, 31,7% tomaram a primeira dose com 13 anos ou menos. Este percentual oscilou de 26,7%, na Região Norte a 43,2%, na Região Sul (PESQUISA NACIONAL DA SAÚDE DO ESCOLAR, 2013).

Estudos recentes demonstram que o consumo de álcool na adolescência se inicia cada vez mais cedo e que muitos adolescentes podem se tornar consumidores regulares



(FERREIRA; TORGAL, 2010). Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, este estudo evidencia percentagem menor de adolescentes que costumam beber, quando comparados a outros estudos: em São Paulo (54,5%) (VIEIRA et al., 2007); no interior da Bahia região sudoeste (78,0%) (ANJOS; SANTOS; ALMEIDA, 2012); em Uberlândia/Minas Gerais (80,9%) (REIS; OLIVEIRA, 2015) e em outro país (42,6%) em Portugal (FERREIRA; TORGAL, 2010). Nos estudos realizados em: Pelotas/Rio Grande do Sul 23,0% (STRAUCH et al., 2009); 23,6% Contagem /Minas Gerais (REIS et al., 2013) foi menor a prevalência de consumo de álcool entre adolescentes.

As adolescentes do sexo feminino neste estudo, consomem menos bebidas alcoólicas que os adolescentes do sexo masculino, os resultados corroboram aos de outros estudos em nível nacional (38,8%) (VIEIRA et al., 2007); (21,7%) (STRAUCH et al., 2009) e internacional: Portugal (37,8%) (FERREIRA; TORGAL, 2010).

Porém, mesmo em frequência menor, neste estudo o grupo feminino aparece consumindo álcool quatro ou mais vezes por semana a mais que os meninos, corrobora com esses dados um estudo realizado em Uberlândia/MG que apresentou alta frequência de uso de álcool na vida dos adolescentes escolares com predomínio para o sexo feminino (84,2%) (REIS; OLIVEIRA, 2015) e estudos multicêntricos realizados no Brasil com adolescentes escolares: (51,7%) (PeNSE, 2012) e (62,1%) (CEBRID, 2010). Neste sentido, é importante trabalhar com a prevenção do uso abusivo com o grupo de adolescentes escolares investigado.

A maioria dos adolescentes neste estudo apresentou capacidade de controlar o uso de bebida alcoólica, nunca faltou a compromissos por esta razão, nunca teve necessidade de beber pela manhã, após o consumo excessivo para sentir-se melhor e nunca apresentou sentimento de culpa ou remorso depois de beber, porem nestas quatro situações houve menor proporção para as adolescentes do sexo feminino.

Em relação a alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já ter se machucado, ou se prejudicado pelo fato de você ter bebido, a maioria dos adolescentes neste estudo informou não ter sofrido prejuízos na vida pessoal ou de outra pessoa em razão de ter consumido bebida alcoólica. Entre aqueles que informaram prejuízo a maior prevalência foi para os adolescentes do sexo masculino.

Entretanto em um estudo realizado em uma escola pública estadual, no interior da Bahia com estudantes do 3º ano do ensino médio, quando questionados se vivenciaram algum efeito ou consequência relacionada ao uso do álcool; (29,5%) informaram que não e (70,5%) disseram que sim, citando, dentre esses efeitos: acidentes automobilísticos, cefaleia, mal-estar,

vômitos, relações sexuais sem preservativo, “atraso” nos estudos, envolvimento em brigas, discussões no âmbito familiar e social (ANJOS et al., 2012) .

Constatou-se também no presente estudo ausência de preocupação ou pedido para parar de beber por parte de parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde. Esses, quando presentes, foram identificados em maior frequência para os adolescentes masculinos.

Observou-se neste estudo que na proporção da amostra a maioria dos adolescentes informou não ter se machucado ou se prejudicado pelo fato de outra pessoa ter bebido, porém (23,8%) relataram ter sido machucado(a) ou se prejudicado(a) pelo fato de outra pessoa ter consumido bebida alcoólica nos últimos 12 meses com predomínio para as adolescentes do sexo feminino.

Malta et al. (2014) analisaram um estudo multicêntrico realizado no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em 2012, que investigou alguns fatores comportamentais de risco e de proteção à saúde numa amostra de estudantes que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental, nos turnos diurnos de escolas públicas ou privadas, situadas nas zonas urbanas ou rurais de um conjunto de municípios situados em todo o território brasileiro e identificaram associações entre ferimentos e comportamentos de risco (tabagismo, álcool e drogas ilícitas) tanto em relação ao uso regular do álcool, como em relação à embriaguez, destacando que o uso dessas substâncias por adolescentes aumentar a chance de envolver-se em práticas perigosas, como dirigir veículo automotor e envolver-se em brigas, e constitui um fator de risco para lesões e ferimentos.

Quanto ao padrão do uso de álcool da amostra selecionada de acordo com os escores obtidos no AUDIT, a maior prevalência de uso de baixo risco (Zona I do AUDIT) foi encontrada em adolescentes do sexo feminino, os que fazem uso de risco e nocivo do álcool, ou seja, participantes que pontuaram na Zona II e Zona III do AUDIT, observou-se maior prevalência para o sexo masculino e quando analisado a Zona IV identificou-se prevalência de para o sexo feminino de possível dependência.

Ao contrario do presente estudo, uma pesquisa realizada por Rozin e Zagonel (2013) com adolescentes cadastrados em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família no município de Curitiba, observou-se que (10%) dos adolescentes faziam uso nocivo e abusivo de álcool, com idade acima de 15 anos, quando comparado os grupos, houve destaque para o gênero feminino. Estes mesmos adolescentes relataram que a adolescência é uma fase conflituosa no meio familiar relacionada à ausência de figura paterna e criação por padrastos ou madrastas, com desejo de autonomia e liberdade para escolhas e perspectivas positivas em relação ao

futuro, idealizadas com a vida profissional qualificada, trabalho, vida financeira e material estável.

Para esses mesmos autores as ações públicas de saúde no Brasil precisam está mais próxima deste público. Cabe aos serviços e profissionais de saúde, intervir com educação em saúde e acompanhamento dos adolescentes expostos aos riscos, bem como de suas famílias e atuar no controle do uso de álcool. Ações preventivas e de controle sobre o consumo de álcool tornam-se possíveis quando há efetivamente profissionais capacitados que assistam individualmente e/ou em grupos essa faixa etária.

Em relação à prevalência do consumo experimental de cigarros por adolescentes, no presente estudo foi menor do que as observadas em pesquisas realizadas no Brasil: município de Salvador (73,0%) (MACHADO NETO, 2010), no interior na região sudoeste da Bahia (22,4%) (VEIGA, 2012), no interior de Minas Gerais (57%) (REIS et al., 2013), (51%) em Minas Gerais (ABREU, 2011), (33,7%) em Vitória, (53,3%) em Fortaleza, em Porto Alegre (48,3%) e Curitiba (46,3%) (VIGESCOLA, 2004).

No presente estudo a experimentação do cigarro ocorreu precocemente e mais da metade experimentou cigarros antes dos 15 anos corroborando com outros estudos, (11,8%) 11 anos de idade e mais da metade (61,2%) (MACHADO et al, 2010); a idade mínima com que iniciaram o consumo foi de 9 anos no sexo feminino e de 10 anos no masculino (FERREIRA; TORRAL, 2010).

Porem no estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (2010), entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras o uso na vida de tabaco apresentou uma prevalência menor (16,9%) que este estudo, com predomínio para o sexo feminino (17,3% vs 16,4%) (CEBRID, 2010).

A experimentação do cigarro é o maior fator de risco para o hábito de fumar (MACHADO NETO; CRUZ, 2003). A experimentação neste estudo foi maior nos adolescentes masculino em relação ao sexo feminino corroborando com os dados do (VIGESCOLA, 2004) e de outros estudos: Salvador (53,3%) (MACHADO NETO, 2003) e em Goiânia (31%) (PAIVA et al., 2012).

Entretanto cada comunidade pode apresentar um perfil diferente em relação ao consumo de cigarro. Na presente pesquisa a prevalência de adolescentes que fumam é menor que outros estudos, (10,3%) (PAIVA et al., 2012) em Portugal (13,4%) (FERREIRA; TORRAL, 2010) com prevalência do sexo masculino identificados também nos mesmos estudos (7,2%) (PAIVA et al., 2012) em Portugal (15,3%) (FERREIRA; TORRAL, 2010).

Entretanto em uma pesquisa realizada em Portugal (FERREIRA; TORGAL, 2010), observou-se que as adolescentes do sexo feminino estão fumando com maior regularidade que os meninos.

Para os jovens, considera-se fumante aquele que fumou pelo menos um dia nos últimos trinta dias, definição adotada pelo Center for Disease Prevention and Control (CDC) dos EUA e pela OMS. Enquanto os jovens que experimentam devem ser alvo de medidas preventivas, os fumantes regulares, devem ser objeto de medidas direcionadas à cessação (VIGESCOLA, 2004).

Os fatores de risco para o tabagismo se mostram multivariados (PAIVA et al., 2012). Para Machado Neto, (2010) a curiosidade, o prazer, o relaxamento e a influência de amigos são às motivações mais frequentes para o tabagismo na população adolescente. Entre os adolescentes presentes no estudo de Paiva et al. (2012) os fatores envolvidos na experimentação e na continuação do hábito de fumar, foram: ter amigos fumantes, ter pais fumantes, estar exposto ao tabagismo passivo em casa ou ambiente externo.

A ausência ou deficiência de diálogo na família também pode estar associado as experiências de consumo de drogas pelos adolescentes, como evidenciado no estudo de Reis et al. (2013), estes mesmos autores afirmam que o consumo de tabaco e álcool podem se explicados pelo fácil acesso dessas substâncias em festas, bares ou em suas casas e pela influência da mídia. Para as autoras Schenker, Minayo (2005) o uso do álcool e do tabaco costuma vir associado, por meio da publicidade, a imagens de artistas, ao glamour da sociabilidade e à sexualidade.

Observou-se que os adolescentes neste estudo já experimentou outra droga fora cigarro e álcool, predominando para tal experiência o sexo masculino. Quanto ao tipo de droga ilícita experimentada, a maconha foi identificada como a droga mais consumida entre os adolescentes. Um resultado similar a este foi apresentado em uma pesquisa realizada no município de Salvador/Ba (3,8%) (CEBRID, 2010). Outros estudos que abordam a temática confirmam esses dados: em Minas Gerais (6,1%) (REIS et al, 2013) e outro em Goiânia (6,4%) (PIRES et al, 2009) e em seguida a lança perfume.

No 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 identificou-se (25,5%) já haviam feito uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, chamando a atenção para o sexo masculino (26,2%) e (10,4%) na faixa etária de 10 a 12 anos. Entre as cinco drogas mais consumida por esse público destaca em primeiro lugar

(5,2%) solvente/inalantes, segundo (3,7%) a maconha, terceiro (2,6%) ansiolíticos, em quarto (1,8%) a cocaína e quinto (1,7) as anfetaminas. Esse mesmo estudo mostrou que no município de Salvador/Ba (22,3%) que os estudantes de ensino fundamental e médio, já haviam feito uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, sem diferença significativa entre os sexos. Das drogas mais consumidas por este público: (6,4%) solvente/inalantes, (4,4%) ansiolíticos, (3,8%) maconha, (3,0%) cocaína e (2,8%) anfetaminas (CEBRID, 2010).

Na comparação neste estudo entre os grupos de adolescentes em relação à experimentação das drogas ilícitas, destaca para a população do sexo feminino as drogas LSD, cocaína e extasy. Porém na pesquisa realizada por Reis et al., (2013) observou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos para experimentação da cocaína.

Entre os fatores facilitadores ao uso de drogas, Feijó e Oliveira (2001) considera como mais propenso à pessoa desinformada, com acesso fácil a droga, com insatisfação com sua qualidade de vida e com saúde deficiente. Diversos fatores desencadeantes e estruturais, ambientais ou de personalidade, caracterizam a multifatorialidade do problema.

A dependência de substâncias psicoativas na adolescência é um sério problema de saúde pública na atualidade, associando-se e agravando outros conflitos dessa fase, tais como violência, delinquência, gravidez não planejada, sexo inseguro e disseminação de DST/AIDS (VALENÇA et al., 2013).

Neste sentido o enfermeiro deve atuar na sensibilização dos agravos do uso das drogas para a saúde, respeitando e cuidando dos adolescentes. Para isso, precisa intervir através das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos do uso de drogas lícitas e ilícitas e atuar com outros profissionais da saúde, educação e instâncias sociais.

Apesar das limitações o presente estudo revela dados importantes sobre as condições de saúde de adolescentes escolares. Entre as limitações deste estudo incluem-se a despeito de todo cuidado tomado aos possíveis vies de informação. Entre eles citam-se: a falta de atenção ou de entendimento; erro de memória; falta de seriedade; pressa em terminar de responder; desconfiança de que pais, professores e diretores tivessem acesso aos formulários preenchidos. A extensão do instrumento utilizado pode ter desencorajado alguns adolescentes, a responder no momento da entrevista. A entrevista foi face a face, o que pode ter gerado uma subestimação dos resultados devido ao preconceito e ao temor das adolescentes em responder questões nesta área do comportamento. Porém aplicando a técnica da entrevista para coleta de dados observou-se que foi um momento de extrema relevância para as orientações fornecidas aos adolescente.

Salienta-se também que a informação sobre consumo de álcool, tabaco e droga foi autoreferida, o que pode ocasionar uma superestimativa ou uma subestimativa na prevalência dos comportamentos citados, mesmo o preenchimento do formulário tendo sido realizado através da entrevista de forma confidencial. Essa limitação está presente entre ou estudo correlato (TASSIANO et al. 2014).

## 6. CONCLUSÃO

Neste estudo conforme os resultados encontrados na comparação dos grupos de adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino, a maioria atravessam a fase da adolescência sem apresentar problemas em relação ao comportamento de saúde negativo, no entanto uma preocupante parcela evidenciam comportamentos nocivos a sua saúde como: o padrão de consumo de álcool e de drogas ilícitas foi proporcionalmente semelhantes ao grupo, frequência do consumo, sinais e sintomas de dependência do álcool e iniciação de consumo de tabaco estatisticamente significativa quanto ao sexo masculino. Os grupos se mostraram proporcionalmente semelhantes com relação ao uso de risco (Zona II) e nocivo do álcool (Zona III).

Contudo, evidencia-se que o consumo de bebidas alcoólicas pode se tornar abusivo ou mesmo acarretar a dependência química. Percebe-se que as bebidas alcoólicas são usadas pelos adolescentes de forma abusiva e por isso, podem servir como droga de acesso às drogas ilícitas.

Apesar da existência de políticas públicas direcionadas para a saúde integral dos adolescentes, que preconiza a ação conjunta de diferentes esferas como a saúde e a educação, ainda é preciso incorporar tais diretrizes por esses profissionais que atuam nestes setores, assim a pesquisa constata um afastamento dos documentos oficialmente instituídos e a criação de cultura de saúde através de comportamento saudáveis que viabilize no espaço educativo, como privilegiado para a construção do cuidado da saúde integral ao adolescente escolar.

Entretanto deve-se considerar que o acesso as informações que podem influenciar diretamente o estilo e a qualidade de vida dos adolescentes deve ser um fator importante nas ações de prevenção. Deste modo tal conhecimento teria a possibilidade de se transformarem um instrumento, possibilitando aos atores sociais o poder de decisão consciente de suas escolhas.

A partir da realização desse estudo, os enfermeiros poderão visualizar a importância da sua inserção rotineira no ambiente escolar e sua relação com a promoção da saúde de adolescentes para adesão e manutenção de comportamentos saudáveis.

A publicação de artigos decorrentes dos dados desta dissertação poderá mobilizar outros enfermeiros para a realização de estudos de intervenção para a prevenção de agravos junto aos adolescentes. Assim será possível enumerar evidências maiores nesta temática e popularizar o tema entre os enfermeiros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Inez Silva de; RODRIGUES, Benedita Maria do R. D.; SIMÕES, Sônia Mara Faria. **Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado**. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58, núm. 2, março-abril, pp. 147-151, 2005.

AMORIM, Valdicleide Lira; VIEIRA, Neiva Francinely Cunha; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; SHERLOCK, Maria do Socorro Mendonça; BARROSO, Maria Gabriela Teixeira. **Práticas Educativas Desenvolvidas por Enfermeiros na Promoção a Saúde do Adolescente**. Revista Brasileira em Promoção as Saúde, ano/vol., nº 004. Pp. 240-246. 2006.

ANJOS, Karla Ferraz; SANTOS, Vanessa Cruz; ALMEIDA, Obertal da Silva. **Perfil do consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares**. Revista Saúde.Com. 8(2): 20-31. 2012.

ARAÚJO, Loraine Machado d, ARAÚJO Lorena Machado de Araújo; SOUZA, Éricka Cecília Resende de; SIMPSON, Clélia Albino. **Condições de saúde de escolares e intervenção de enfermagem: relato de experiência**. Revista Rene, Fortaleza, out/dez; 12(4):841-8, 2011.

BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. **Determinantes Sociais da Saúde: Um conceito para efetivação do Direito á Saúde**. Revista Saúde Pública. v.3, n. 1, jan/jun 2010.

BATISTA, Tatiana Franco. **Con(Vivendo) com a anemia falciforme: o olhar da enfermagem para o cotidiano de adolescentes**. 2008.105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO, Alberto – **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências**. Brasília-DF: Diário oficial da União, 1990.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Programa de Atenção à Saúde do Adolescente**. Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira, Brasília. 1999.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44p.:il, 2005.



\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília, 2006.

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

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, p 12, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, o e recuperação da saúde**. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006: Uma análise da desigualdade em saúde. Capítulo 8: Desigualdade e determinantes da saúde dos adolescentes no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília, DF, 620 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigescola Vigilância de Tabagismo em escolares dados e fatos de 17 capitais brasileiras**. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2014. Disponível em: < [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipas.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas.asp) >. Acesso em: 20 de abril 2014.

Carlini-Cotrim B. Country profile on alcohol in Brazil. In: Riley L, Marshall M, editores. Alcohol and public health in eight developing countries. Geneva: World Health Organization; 1999. p. 13-35.

CAMARGO, Brígido Vizeu; CAMPOS, Pedro Humberto Farias; TORRES, Tatiana de Lucena; STUHLER, Giovana Delvan; MATÃO, Maria Eliane Liégio. **Representações Sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina.** Temas em Psicologia. Vol. 19, n01, 179-192, 2011.

CAPRA, FRITJOF. CAP. 5 **O Modelo Biomédico do Livro o Ponto de Mutação.** Editora Cultrix, São Paulo, 2006.

COSTA, Rachel Franklin da; CARVALHO, Ana Zaiz Teixeira de; FIALHO, Ana Virgínia de Melo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães.; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. **Cuidado de enfermagem ao adolescente: análise da produção científica de 2001 a 2007.** Ciencia Cuidado e Saúde. v. 9, n.3, p.585-592, 2010.

COSTA, Rachel Franklin da; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. **Cuidado ao Adolescente: Contribuições para a Enfermagem.** Revista Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 20 (2):197-202, 2012.

COSTA, Maria Conceição O.; BIGRAS, Marc. **Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência.** Ciência & Saúde Coletiva. [online]. vol.12, n.5, pp. 1101-1109, 2007. Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000500002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000500002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 30 de março de 2013.

COSTA, Maria Conceição O, ALVES, Maria Vilma de Q. M, SANTOS, Carlos Antonio de S. T, CARVALHO, Rosely C, SOUZA, Karine Emanuelle P, SOUSA, Heloísa Lima. **Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência.** Ciênc Saúde Coletiva. 12(5):1143-54. 2007.

CORTEZ, Elaine Antunes; PEREIRA, Jamilla Ribeiro Alves; CORRÊA, Keylla Cristhiane de Almeida; GOES, Fernanda Garcia Bezerra; AVANCI, Barbara Soares. **Concepções pedagógicas nas práticas educativas do enfermeiro: dificuldades, resistências e iniciativas.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2012 Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=8&sec=44&niv=5.3&mod=1>> acesso em 20 de março de 2013.

DAVIM, Rejanene Marie Barbosa; GERMANO, Raimunda Medeiros; MENEZES, Rejanen e Millions Viana; CARLOS, Djailson José Delgado. **Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida.** Revista de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun, 2009.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik; WESTPHAL, Márcia Faria Westphal. **Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo.** Revista Saúde Pública. 47(4):781-90, 2013.

FEIJÓ, Ricardo Becker; OLIVEIRA, Érico Amaro. **Comportamento de risco.** Jornal de Pediatria. Vol.77, Supl.2, 2001.

FERREIRA, Maria Margarida da Silva Reis dos Santos; TORGAL, Maria Constança Leite de Freitas Paúl Reis. **Consumo de tabaco e de álcool na adolescência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem; 18(2):[08 telas], 2010.

FREITAS, Dayana, RODRIGUES, Cintia Simões, YAGUI, Cintia Megumi, CARVALHO, Raphael Santos Teodoro, MARCHI-ALVES, Leila Maria. **Fatores de risco para hipertensão arterial entre estudantes do ensino médio.** Revista Acta Paulista Enfermagem. 25(3):430-4, 2012.

FREIRE, Laís Aparecida Melo. **Educação em saúde com adolescentes: uma análise sob a perspectiva de Paulo Freire.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte. 2011.

FORMIGA NS, GALDINO RMGM, RIBEIRO KGO, SOUZA RC. **Identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT): A fidedignidade de uma medida sobre consumo exagerado de álcool em universitários,** 2013. Disponível em:<[www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt)> Acesso em: 14 de maio de 2015.

FUCHS, Sandra C, VICTORA, Cesar G. e FACHEL, Jandyra. **Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave.** Revista Saúde Pública, 30 (2), 1996.

HACKENHAAR, Arnildo Agostinho. **Exame citopatológico do colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência e fatores associados à sua não realização.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Censo 2010. Disponível em :<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ba.htm>>. Acesso em: 22 de abril de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . 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 – CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. 2010.

LEAL, Vanessa Sá; Lira, Pedro Israel Cabral de; OLIVEIRA, Juliana Souza; MENEZES, Rissia C.E. de; SEQUEIRA, Leopodina Augusta de Souza; ARRUDA NETO, Manoel Alexandre; ANDRADE, Sonia Lúcia Lucena Sousa de; FILHO, Malaquias Batista. **Excesso de peso em criança e adolescente no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28:(6): 1175-1182, jun, 2012.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços

de Saúde do SUS. Vol 12 – nº 4 - out/dez de 2003. Disponível em <http://www.saude.gov.br/svs/pub/pub00.htm>. Acesso em 08 de janeiro de 2014.

LOPEZ, Silvia Brãna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4): 1179-1186, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho; MASCARENHA, Márcio Dênis Medeiros; PORTO, Denise Lopes; BARRETO, Sandhi Maria; MORAIS NETO, Otaliba Libânio. **Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados**. *Revista Saúde Pública*. 48(1):52-62, 2014.

MALCON, Maura, MENEZES, Ana Maria Baptista. **Tabagismo na adolescência**. *Pediatria (São Paulo)* 2002 24 (3/4): 81-2.

MARQUES, Juliana Freitas, SILVA, Kerley Menezes, MOREIRA, Karla de Abreu Peixoto, QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. **Saúde e Cuidado na Percepção de Estudantes Adolescentes: Contribuições para a Prática de Enfermagem**. *Cogitare Enfermagem*. Jan/Mar; 17(1):37-43, 2012.

MELONI, José Nilo, LARANJEIRA, Ronaldo. **Custo social e de saúde do consumo do álcool**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26(Sup11): 7-10, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p.: il, 2011.

MARMOT, Michael, PELLEGRINI FILHO, Alberto, VEJA, Jeannette, SOLAR, Orielle Solar, FORTUNE, Kira. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde nas Américas**. *Revista Panam Salud Publica* vol.34 n.6, 2013.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza, ARAÚJO, Telma Maria Evangelista; SOUSA, Cristina Maria Miranda; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho; SILVA, Laianny Luize Lima. **Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal**. *Revista Enfermagem*. UERJ; 20(3):344-8, 2012.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; SOUZA, Ivis Emilia de Oliveira; LINS, Simone; BASTOS, Vanessa D. **Qualidade de vida e condições de saúde do escolar: Uma investigação de aluno da Escola de Enfermagem Anna Nery**. *Revista Sociedade Brasileira Enfermagem*. Ped. v.1n.1 p. 31-38, 2005.

NEUMANN, Nelson A.; TANAKAA, Sophia C. Szarfarc; GUIMARÃES, Paula R.V.; VICTORA, Cesar G. **Prevalência e fatores de risco para anemia**. *Revista Saúde Pública*; 34(1):56-63,2000.

NOGUEIRA, Roberto Passos (Organizador). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** – Rio de Janeiro: Cebes, 200p, 2010.

PAIVA, Paula Marques, TAVARES, Virgínia Amorim, LIMA, Adriano de Almeida, STEFANI, Cristine Miron. **Prevalência do tabagismo e fatores associados ao início e manutenção do hábito entre estudantes do ensino médio de escolas públicas em Anápolis, GO.** Revista Educação em Saúde - Vol. 01 nº 01, nov. 2012.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. 2013.

PIRES, Cláudia Geovana da Silva. **Fatores de risco cardiovascular entre graduanda(o)s de enfermagem do primeiro e último anos letivos.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 2012.

PIRES, Laurena Moreira; SOUZA, Márcia Maria; QUEIROZ, Pollyanna de Siqueira; OLIVEIRA, Patrícia Carvalho; RUFINO, Camila Borges; CHAVEIRO, Laine Gomes. **O uso de drogas na adolescência: fator vulnerável para aquisição de doenças de transmissão sexual.** 2009 Disponível em : <html do arquivo [http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/LAURENA\\_PDF](http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/LAURENA_PDF)>. Acesso em 30 de maio de 2015.

RAPOSO, Clarissa. **A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?** Revista em Pauta Volume 6 - Número 23 - Julho de 2009.

REIS, Tatiana Gonçalves; OLIVEIRA, Luiz Carlos Marques. **Padrão de consumo de álcool e fatores associados entre adolescentes estudantes de escolas públicas em município do interior brasileiro.** Revista Brasileira de Epidemiologia. 189(1): 13-24, 2015.

REIS, Regina Sá dos. **A influência dos determinantes sociais na saúde da criança.** Libertas, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.17 - 42, 2005.

REIS, Dener Carlos dos Reis; ALMEIDA, Thiara Amanda Corrêa; MIRANDA, Mariane Mendes; ALVES, Rodrigo Henrique; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. **Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr.21(2), 2013.

RIBEIRO, M. T. P.; SANTOS, M. B.; SANTOS A. D. **Características sociodemográficas e comportamentais relacionados à gravidez na adolescência no município de Jeremoabo, Bahia, Brasil.** SCIENTIA PLENA vol. 11, num. 01. 2015.

ROZIN, Leandro; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. **Adolescentes que fazem uso nocivo/abusivo de álcool: percepção de risco e proteção para dependência.** Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2013 jul/set;15(3):687-95. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19658>>. Acesso em 30 de maio de 2015.

SANT'ANNA, Cynthia Fontella; CEZAR-VAZ, Marta Regina; CARDOSO, Leticia Silveira; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SOARES, Jorgana Fernanda de Souza. **Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família.** Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS), mar;31(1):92-9, 2010.

SAITO, Maria Ignez. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco: a prevenção em questão.** In: SAITO, Maria Ignez. Adolescência: prevenção e risco. 3ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. 547-565.

SANTANA Judith Sena da Silva; CAMARGO, Climene Laura de. **Violência contra crianças e adolescentes: um ponto de vista da saúde.** Revista Sociedade Brasileira Enfermagem. Ped. v.5, n.1, p. 47-54. São Paulo, 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA. Disponível em: <<http://escolas.educacao.ba.gov.br/escolas>>. Acesso em 15 de maio de 2014.

SILVA, João Paulo Lopes; PORCINO, Gisiane Ozório, ALMEIDA, Maria Mascicléia Vieira. **Influência dos determinantes sociais do tabagismo na adolescência.** Revista Saúde e Ciência; 2(1)67-74, 2011.

SILVA, Silvio Éder Dias; PADILHA, Maria Itayra. **Atitudes e comportamento de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas.** Revista Escola Enfermagem: 45(5):1063-9, 2011.

SILVA, João Paulo Lopes; PORCINO, Gislane Ozório; ALMEIDA, Maria Marcicléia Vieira; ARAÚJO, Maria Zélia. **Influência dos determinantes sociais do tabagismo na adolescência.** Revista Saúde & Ciência. 2(1)67-74 Ano II, Volume II, Numero I, 2011

SIMÕES, Celeste. **Adolescentes e comportamentos de saúde.** Alicerces, III (3), 223-41. (2010). Retirado de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/769>.

SIQUEIRA, L.A et al - **Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos.** Mini-curso 32ª Reunião Regional da ABE - Associação Brasileira de Estatística, 2001.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. **Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

SOUZA, Edinilsa Ramos de Souza; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. Parte I – **Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. CAPÍTULO II: Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimor-**

**talidade. In. \_\_\_\_\_ Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).**

SOUZA, Carine de Oliveira; SILVA, Rita de Cássia Ribeiro; ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira; FIACCONE, Rosemeire Leovigildo; PINTO, Elizabete de Jesus; MORAES, Lia Terezinha

SCHIRR, Fabíola. **Ser educador em enfermagem: limites e possibilidades na atuação profissional.** Dissertação de mestrado. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba. 2006.

SCIVOLETTO, Sandra; CHAIM, Tiffany. **Drogas e Adolescência.** In: SAITO, Maria Ignez. *Adolescência: prevenção e risco.* 3ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. 547-565.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):707-717, 2005.

STRAUCH, Eliane Schneider; PINHEIRO, Ricardo Tavares; SILVA, Ricardo Azevedo; HORTA, Bernardo Lessa. **Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional.** *Revista Saúde Pública*. 43(4):647-55, 2009.

TASSIANO, Rafael Miranda; DUMITH, Samuel Carvalho; CHICA, David Alejandro González; TENÓRIO, Maria Cecília Marinho. **Agregamento dos quatro principais comportamentos de risco às doenças não transmissíveis entre adolescentes.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Abril-Junho.465-478, 2014.

VALENÇA, Cecília Nogueira; BRANDÃO, Isabel Cristina Araújo; GERMANO, Raimunda Medeiros; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; MONTEIRO, AkemiIwata. **Abordagem da Dependência de Substâncias Psicoativas na Adolescência: Reflexão Ética para a Enfermagem.** *Escola Anna Nery* (impr.) jul - set ; 17 (3):562 – 567,2013.

VIEIRA, Denise Leite, RIBEIRO, Marcelo, ROMANO, Marcos, LARANJEIRA, Ronaldo R. **Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais.** *Revista Saúde Pública*. 41(3):396-403, 2007.

ZIONI, Fabíola; WESTPHAL, Márcia Faria. **O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012. CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO BRASIL.** 1ª Edição; Rio de Janeiro – 2012.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2013. HOMICÍDIOS E JUVENTUDE NO BRASIL. Juventude Viva.** Brasília – 2013.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. Disponível <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Guanambi>>. Acesso em 27 de abril de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. Geneva: World Health Organization; 2009.





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TÍTULO DO PROJETO: Influência dos determinantes sociais nas condições de saúde de adolescentes escolares.**

## **APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO**

### **Termo de informação ao adolescente.**

Você está sendo convidada(o) a participar de um estudo intitulado “Influência dos determinantes sociais nas condições de saúde de adolescentes escolares” que pretende analisar as condições de saúde dos adolescentes escolares. A pesquisa tem como objetivo geral analisar a influência dos determinantes sociais nas condições de saúde dos adolescentes escolares e como objetivos específicos: caracterizar sócio demograficamente os adolescentes escolares, identificar as variáveis comportamentais de adolescentes escolares, identificar as condições de saúde de adolescentes escolares e descrever o acesso à assistência a saúde prestado aos adolescentes escolares.

Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Programa de Pós Graduação (PGENF) – Nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Tatiana Barreto Pereira Viana sob a orientação da Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>Climene Laura de Camargo e co-orientação da Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>Ridalva Dias Martins Felzemburg.

Conforme determina a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa de enfermagem envolvendo seres humanos o presente estudo requer a participação voluntária dos participantes.

Todas as despesas com a pesquisa, bem como o ressarcimento de gastos decorrentes dos riscos/danos advindos da coleta dos dados e da entrevista, serão de total responsabilidade da(s) pesquisadora(s).

Sua participação será através de entrevista. Ela é voluntária, isto é, você deve decidir se participa ou não do estudo e tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, como também no local em que estuda/trabalha.

As informações que estão previstas para serem respondidas na coleta de dados, dizem respeito a sua idade, sexo, raça/cor auto declarada, estado civil, religião, orientação sexual, escolaridade do adolescente e dos pais, renda mensal, nº de residentes no domicílio;nº de cômodos, localização do domicílio, disponibilidade de energia elétrica, abastecimento de água, rede coletora de esgoto, destino do lixo; estilo de vida; hábitos alimentares; vivência da violência; condições de saúde; acesso assistência de saúde e tipo de assistência. Antes de decidir em participar do estudo, poderá fazer as perguntas que desejar para a(s) pesquisadora(s), de maneira mais franca possível, para que possa conhecer os benefícios e os danos que estará exposta(o).

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, assegurando sua privacidade uma vez que seu nome será substituído por um código numérico. Os dados coletados serão utilizados apenas neste estudo, sua exatidão preservada, podendo os resultados ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados serão guardados por cinco (05) anos nos arquivos virtuais do Grupo de Estudos “CRESCER”, podendo ser utilizado para estudos vinculados ao grupo, no caso de aprovação do CEPEE/UFBA.

Você não terá nenhum custo pela participação ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos na sua participação guarda relação com o desconforto por conta da abordagem do tema. O risco oferecido pela pesquisa é baixo, considerando o desconforto que o entrevistado poderá sentir em relatar informações pessoais ou confidenciais com o investigador. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para o campo da saúde, proporcionando ferramentas para futuras intervenções às suas necessidades de saúde do adolescente melhorando a qualidade de vida deste público.

O período estimado de coleta será de agosto a dezembro de 2014 após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA.

Para tanto, a(s) pesquisadora(s) se comprometem a deixar uma cópia do relatório final da pesquisa nesta instituição para disposição de todos, e farão a divulgação dos resultados obtidos através de uma sessão científica no Auditório desta unidade, bem como em eventos e revistas científicas nacionais e internacionais.

Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis através do PGENF pelo telefone: (71) 3263-7631 ou através de informações adquiridas no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA pelo telefone: (71) 3283-7615.

### **CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO**

Após ter sido esclarecida (o) sobre objetivos e conteúdo da pesquisa, estou ciente sobre os riscos/danos a que serei submetida(o) e dos benefícios que poderão proporcionar na minha saúde, que minha identidade será mantida em sigilo, minha privacidade será respeitada e que os dados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Sei que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa. Todas as despesas do projeto, até mesmo de ressarcimento, estão a cargo das pesquisadoras. Os dados obtidos serão armazenados por um período de 5 anos. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso da(s) pesquisadora(s) me proporcionar uma cópia do mesmo para meu controle como garantia da minha autonomia.

Afirmo que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da(s) pesquisadora(s). Estou ciente de que poderei solicitar a(s) pesquisadora(s) para rever as informações que forneci na entrevista, estando livre para corrigir parte do que foi dito por mim, além de me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa ou a minha atividade acadêmica e nem a meu futuro profissional.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) estudante com código

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TÍTULO DO PROJETO: Influência dos determinantes sociais nas condições de saúde de adolescentes escolares.**

## **APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS RESPONSÁVEIS PELO (A) ADOLESCENTE**

### **Termo de informação aos responsáveis pelo adolescente.**

Você está sendo convidada(o) a autorizar a participar do adolescente em um estudo intitulado “Influência dos determinantes sociais nas condições de saúde do adolescente” que pretende analisar as condições de saúde dos adolescentes escolares. A pesquisa tem como objetivo geral analisar a influência dos determinantes sociais nas condições de saúde dos adolescentes escolares e como objetivos específicos: caracterizar sócio demograficamente os adolescentes escolares, identificar as variáveis comportamentais de adolescentes escolares, identificar as condições de saúde de adolescentes escolares e descrever o acesso à assistência a saúde prestado aos adolescentes escolares.

Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Programa de Pós Graduação (PGENF) – Nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Tatiana Barreto Pereira Viana sob orientação da Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup>Climene Laura de Camargo e co-orientação da Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup>Ridalva Dias Martins Felzemburg.

Conforme determina a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa de enfermagem envolvendo seres humanos o presente estudo requer a participação voluntária dos participantes.

Todas as despesas com a pesquisa, bem como o ressarcimento de gastos decorrentes dos riscos/danos advindos da coleta dos dados e da entrevista, serão de total responsabilidade da(s) pesquisadora(s).

A participação do adolescente será através de uma entrevista. Ela é voluntária, isto é, o adolescente deve decidir se participa ou não do estudo e tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, como também no local em que estuda/trabalha.

As informações que estão previstas para serem respondidas na coleta de dados, dizem respeito idade, sexo, raça/cor auto declarada, estado civil, religião, orientação sexual, escolaridade do adolescente e dos pais, renda mensal, nº de residentes no domicílio; nº de cômodos, localização do domicílio, disponibilidade de energia elétrica, abastecimento de água, rede coletora de esgoto, destino do lixo;estilo de vida; hábitos alimentares; vivência da violência; condições de saúde; acesso assistência de saúde e tipo de assistência. Antes de decidir em participar do estudo, poderá fazer as perguntas que desejar para a(s) pesquisadora(s), de maneira mais franca possível, para que possa conhecer os benefícios e os danos que estará exposta(o).

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome do adolescente em qualquer fase do estudo, assegurando sua privacidade uma vez que seu nome será substituído por um código numérico. Os dados coletados serão utilizados apenas neste estudo, sua exatidão preservada, podendo os resultados ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados serão guardados por cinco (05) anos nos arquivos virtuais do Grupo de Estudos “CRESCER”, podendo ser utilizado para estudos vinculados ao grupo, no caso de aprovação do CEPEE/UFBA.

O adolescente não terá nenhum custo pela participação ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos na sua participação guarda relação com o desconforto por conta da abordagem do tema. O risco oferecido pela pesquisa é baixo, considerando o desconforto que o entrevistado poderá sentir em relatar informações pessoais ou confidenciais com o investigador. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para o campo da saúde, proporcionando ferramentas para futuras intervenções às suas necessidades de saúde do adolescente melhorando a qualidade de vida deste público.

O período estimado de coleta será de agosto a dezembro de 2014 após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA.

Para tanto, a(s) pesquisadora(s) se comprometem a deixar uma cópia do relatório final da pesquisa nesta instituição para disposição de todos, e farão a divulgação dos resultados obtidos através de uma sessão científica no Auditório desta unidade, bem como em eventos e revistas científicas nacionais e internacionais.

Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa através do PGENF pelo telefone: (71) 3263-7631 ou através de informações adquiridas no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA pelo telefone: (71) 3283-7615.

### **CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO**

Após ter sido esclarecida (o) sobre objetivos e conteúdo da pesquisa considero-me devidamente esclarecida (o) pela mestrand. Estou ciente sobre os riscos/danos ao qual o adolescente sob minha responsabilidade será submetida (o) e dos benefícios que poderão proporcionar a sua saúde, que sua identidade será mantida em sigilo, sua privacidade será respeitada e que os dados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Sei que não receberei nenhum pagamento pela participação do (a) adolescente sob minha responsabilidade neste estudo. Todas as despesas do projeto, até mesmo de ressarcimento, estão a cargo das pesquisadoras. Os dados obtidos serão armazenados por um período de 5 anos. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso da(s) pesquisadora(s) me proporcionar uma cópia do mesmo para meu controle como garantia da minha autonomia.

Afirmo que a participação do adolescente é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da(s) pesquisadora(s). Estou ciente de que poderei solicitar a(s) pesquisadora(s) para rever as informações que serão fornecida na entrevista, estando livre para corrigir parte do que foi dito por mim, além de recusar o adolescente a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa ou a minha atividade acadêmica e nem a meu futuro profissional.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura da(o) responsável

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM  
[thatybarreto\\_1@hotmail.com](mailto:thatybarreto_1@hotmail.com) Tel: (71) 3283 7631



Pesquisa: <i>Influência dos determinantes sociais nas condições de saúde de adolescentes escolares</i> Iniciais do nome: _____ Telefone: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Escola: _____ Turno: _____		
<b>A – Características Sociodemográficas e de Condições de Vida</b>		
A1. Sexo:	1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	SEXO   ____
A2. Qual a sua idade?	_____ anos	A3. Data de nascimento: _____
	____/____/____ <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> não quer informar	IDADE   ____
A4. Em que cidade/estado você nasceu?	_____	NATURAL   ____
A5.	<b>Em qual dessas classificações você define a sua raça/cor?</b> 1 <input type="checkbox"/> parda 2 <input type="checkbox"/> preta 3 <input type="checkbox"/> branca 4 <input type="checkbox"/> amarela 5 <input type="checkbox"/> indígena 6 <input type="checkbox"/> NDR	COR   ____
A6.	<b>Qual a sua religião (praticada)?</b> 1 <input type="checkbox"/> católica 2 <input type="checkbox"/> protestante 3 <input type="checkbox"/> espírita 4 <input type="checkbox"/> candomblé 5 <input type="checkbox"/> nenhuma 6 <input type="checkbox"/> outros _____	RELIG   ____
A7.	<b>Qual é o seu estado conjugal atual?</b> 1 <input type="checkbox"/> casada(o)/união estável 2 <input type="checkbox"/> solteira(o), com parceiro(a) fixo 3 <input type="checkbox"/> solteira(o), sem parceiro(a) fixo 4 <input type="checkbox"/> separada 5 <input type="checkbox"/> divorciada 6 <input type="checkbox"/> viúva	SITCONJ   ____
A8.	<b>Em relação a Escolaridade: Você frequenta a escola?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> as vezes	ESCOLAR   ____
A8.1	<b>Você assistiu as aulas?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> as vezes	ASSAULAS   ____
A8.2	<b>Você já repetiu alguma série?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	REP SERIE   ____
A8.3	<b>Qual?</b> [ _____ ] <input type="checkbox"/> não sabe	ESP SERIE   ____
A8.4	<b>Quantas vezes?</b> [ _____ ] <input type="checkbox"/> não sabe	VEZ SERIE   ____
A8.5	<b>Qual série você cursa atualmente?</b> [ _____ ]	SERIE   ____
A9.	<b>Seu pai está vivo?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não conheceu 4 <input type="checkbox"/> não sabe	PVIVO   ____
A9.1	<b>Qual é/era a ocupação dele?</b> _____ <input type="checkbox"/> não sabe	OCUPPAI   ____
A9.2	<b>Qual é/era a escolaridade dele?</b> 1 <input type="checkbox"/> nunca frequentou escola 2 <input type="checkbox"/> fundamental incompleto 3 <input type="checkbox"/> fundamental completo 4 <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto 5 <input type="checkbox"/> ensino médio completo 6 <input type="checkbox"/> superior incompleto/completo 7 <input type="checkbox"/> outro _____ <input type="checkbox"/> não sabe	ESCPAI   ____
A10.	<b>Sua mãe está viva?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não conheceu 4 <input type="checkbox"/> não sabe	MVIVA   ____
A10.1	<b>Qual é a ocupação dela?</b> _____ <input type="checkbox"/> não sabe	OCUPMAE   ____

A10.2	<b>Qual é/era a escolaridade dela?</b> 1 <input type="checkbox"/> nunca frequentou escola 2 <input type="checkbox"/> fundamental incompleto 3 <input type="checkbox"/> fundamental completo 4 <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto 5 <input type="checkbox"/> ensino médio completo 6 <input type="checkbox"/> superior incompleto/completo 7 <input type="checkbox"/> outro _____ <input type="checkbox"/> não sabe	ESCMAE  __
A11.	<b>Seus pais vivem juntos?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> nunca viveram juntos 4 <input type="checkbox"/> outro: _____	JUNTPAIS  __
A12.	<b>Com quem você mora atualmente?</b> 1 <input type="checkbox"/> sozinha(o) 2 <input type="checkbox"/> com ambos os pais 3 <input type="checkbox"/> apenas com a mãe 4 <input type="checkbox"/> apenas com o pai 5 <input type="checkbox"/> com companheiro/marido 6 <input type="checkbox"/> outros (a) (s) Se outros, quem? _____	MORA  __
A13.	<b>Quem é o principal responsável pelo seu domicílio?</b> 1 <input type="checkbox"/> mãe 2 <input type="checkbox"/> pai 3 <input type="checkbox"/> ambos pai e mãe 4 <input type="checkbox"/> outro familiar 5 <input type="checkbox"/> companheiro/marido 6 <input type="checkbox"/> outros (a) (s) _____	RESPDOM  __
A14.	<b>Quantos irmãos você tem?</b> 1. homens [_____] 2 mulheres [_____] _____	NIRMAOS  __  NIRMAS  __
A15.	<b>Qual é a sua situação financeira?</b> 1 <input type="checkbox"/> totalmente dependente 2 <input type="checkbox"/> parcialmente dependente 3 <input type="checkbox"/> exerce atividade remunerada 4 <input type="checkbox"/> outro: _____ 6 <input type="checkbox"/> recusou-se a responder	SITFINAC  __
A16.	<b>Você já exerceu/exerce alguma atividade remunerada?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não Se sim, especifique: _____	ATIVREM  __
A17.	<b>Exercer atividade remunerada interfere nos seus estudos?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 6 <input type="checkbox"/> recusou-se a responder	ATRPESTUD  __
A18.	<b>Qual o rendimento mensal familiar no último mês?</b> [_____] 1 <input type="checkbox"/> não sabe/não lembra 6 <input type="checkbox"/> recusou-se a responder	RENDFAM  __
A19.	<b>Você contribui com a renda familiar do seu domicílio?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 6 <input type="checkbox"/> recusou-se a responder	CONTREND  __
A20.	<b>Qual é a sua ocupação principal?</b> _____	OCUPP  __
A21	<b>Qual é a sua ocupação atual?</b> _____	OCUPA  __
A22.	<b>Alguma vez precisou interromper seus estudos por mais de 6 meses?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 6 <input type="checkbox"/> recusou-se a responder	INTEST  __
A22.1	<b>Qual foi o principal motivo?</b> 1 <input type="checkbox"/> gravidez/gravidez da parceira 2 <input type="checkbox"/> doença ou acidente 3 <input type="checkbox"/> casamento 4 <input type="checkbox"/> cuidar do filho(a)/filho(a)s 5 <input type="checkbox"/> cuidar da casa e de irmãos 6 <input type="checkbox"/> não lembra 7 <input type="checkbox"/> outro: _____	MOTINTEST  __
A23.	<b>Sua residência esta localizada na:</b> 1 <input type="checkbox"/> zona urbana 2 <input type="checkbox"/> zona rural	ZONARES  __
A24.	<b>Qual o número total de pessoas que vivem em seu domicílio?</b> [_____] _____	NUMPESS  __
A25.	<b>Na sua casa tem empregada doméstica?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	EMPDOM  __
A26.	<b>Tipo de habitação:</b> 1 <input type="checkbox"/> própria 2 <input type="checkbox"/> alugada 3 <input type="checkbox"/> cedida 4 <input type="checkbox"/> não sabe 5 <input type="checkbox"/> outro: _____	TIPHAB  __
A27.	<b>Quantos cômodos têm no seu domicílio (excluir banheiros e varandas)?</b> [_____] _____	NCOMOD  __
A28.	<b>Quantos banheiros?</b> [_____] _____	NBAN  __
A29.	<b>A água utilizada no seu domicílio vem de onde?</b> 1 <input type="checkbox"/> da EMBASA canalizada 2 <input type="checkbox"/> de poço/nascente 3 <input type="checkbox"/> de rio 4 <input type="checkbox"/> não sabe 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____	AGUA  __
A30.	<b>Qual o destino do esgoto?</b> _____	ESGOTO  __

	1 <input type="checkbox"/> esgoto sanitário 2 <input type="checkbox"/> fossa séptica 3 <input type="checkbox"/> céu aberto 4 <input type="checkbox"/> não sabe 5 <input type="checkbox"/> outro: _____	
A31.	<b>A sua rua é pavimentada?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sabe	RUA  ____
A32.	<b>O seu domicílio tem energia elétrica?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	LUZ  ____
A33.	<b>Qual o destino do lixo do seu domicílio?</b> 1 <input type="checkbox"/> coletado pelo serviço público 2 <input type="checkbox"/> queimado 3 <input type="checkbox"/> enterrado 4 <input type="checkbox"/> jogado em terreno baldio, rio, mar, etc 5 <input type="checkbox"/> não sabe 6 <input type="checkbox"/> outro: _____	LIXO  ____
A34.	<b>Você já ouviu falar em coleta seletiva de lixo?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	COLSELET  ____
A35.	<b>Você já ouviu falar em reciclagem?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	RECYCLE  ____
<b><u>B - HÁBITOS DE VIDA, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, CONSUMO DE ALCOOL, TABAGISMO E ALIMENTAÇÃO</u></b>		
<b>Prática de Atividade Física (IPAQ Reduzido)</b>		
B1.	<b>Em quantos dias da última semana você <u>CAMINHOU</u> por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?</b> dias _____ por SEMANA <input type="checkbox"/> nenhum	IPAQ1  ____
B2.	<b>Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <u>MODERADAS</u> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)</b> dias _____ por SEMANA <input type="checkbox"/> nenhum	IPAQ2  ____
B3.	<b>Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?</b> _____ horas _____ minutos <input type="checkbox"/> não sabe	IPAQ3  ____
B4.	<b>Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <u>VIGOROSAS</u> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar <u>MUITO</u> sua respiração ou batimentos do coração.</b> dias _____ por SEMANA <input type="checkbox"/> nenhum	IPAQ4  ____
B5.	<b>Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?</b> _____ horas _____ minutos <input type="checkbox"/> não sabe	IPAQ5  ____

B6.	<b>Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.</b>	IPAQ6   ___
B7.	<b>Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?</b> _____ horas _____ minutos <input type="checkbox"/> não sabe	IPAQ7   ___
B8.	<b>Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?</b> _____ horas _____ minutos <input type="checkbox"/> não sabe	IPAQ8   ___
<b>Consumo de Álcool</b>		
B9.	<b>Com que frequência você consome alguma bebida alcoólica?</b> 0 <input type="checkbox"/> nunca [ <i>pular para a questão B19</i> ] 1 <input type="checkbox"/> mensalmente ou menos 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 4 vezes por mês 3 <input type="checkbox"/> de 2 a 3 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana	AUDIT1   ___
B10.	<b>Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?</b> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 2 <input type="checkbox"/> 4 ou 5 3 <input type="checkbox"/> 6 ou 7 4 <input type="checkbox"/> 8 ou mais	AUDIT2   ___
B11.	<b>Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?</b> 0 <input type="checkbox"/> nunca 1 <input type="checkbox"/> menos do que uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> Mensalmente 3 <input type="checkbox"/> Semanalmente 4 <input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias <i>Se a soma das questões B10 e B11 for 0, avance para as questões B17 e B18.</i>	AUDIT3   ___
B12.	<b>Com que frequência você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?</b> 0 <input type="checkbox"/> nunca 1 <input type="checkbox"/> menos que uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> mensalmente 3 <input type="checkbox"/> semanalmente 4 <input type="checkbox"/> todos ou quase todos os dias	AUDIT4   ___
B13.	<b>Com que frequência você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?</b> 0 <input type="checkbox"/> nunca 1 <input type="checkbox"/> menos que uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> mensalmente 3 <input type="checkbox"/> semanalmente 4 <input type="checkbox"/> todos ou quase todos os dias	AUDIT5   ___
B14.	<b>Com que frequência depois de ter bebido muito você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?</b> 0 <input type="checkbox"/> nunca 1 <input type="checkbox"/> menos que uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> mensalmente 3 <input type="checkbox"/> semanalmente 4 <input type="checkbox"/> todos ou quase todos os dias	AUDIT6   ___
B15.	<b>Com que frequência você sentiu culpa ou remorso depois de beber?</b> 0 <input type="checkbox"/> nunca 1 <input type="checkbox"/> menos que uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> mensalmente 3 <input type="checkbox"/> semanalmente 4 <input type="checkbox"/> todos ou quase todos os dias	AUDIT7   ___
B16.	<b>Com que frequência você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?</b> 0 <input type="checkbox"/> nunca 1 <input type="checkbox"/> menos que uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> mensalmente 3 <input type="checkbox"/> semanalmente 4 <input type="checkbox"/> todos ou quase todos os dias	AUDIT8   ___
B17.	<b>Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, ou se prejudicou pelo fato de você ter bebido?</b> 0 <input type="checkbox"/> não 2 <input type="checkbox"/> sim, mas não nos últimos 12 meses 4 <input type="checkbox"/> sim, nos últimos 12 meses	AUDIT9   ___



B18.	<b>Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?</b> 0 <input type="checkbox"/> não 2 <input type="checkbox"/> sim, mas não nos últimos 12 meses 4 <input type="checkbox"/> sim, nos últimos 12 meses	AUDIT10  ___
B19.	<b>Alguma vez na vida você já se machucou ou se prejudicou pelo fato de outra pessoa (amigo(a), pai, mãe, irmão ou outros) ter bebido?</b> 0 <input type="checkbox"/> não 2 <input type="checkbox"/> sim, mas não nos últimos 12 meses 4 <input type="checkbox"/> sim, nos últimos 12 meses	AUDIT11  ___
<b>Tabagismo e Drogas</b>		
B20.	<b>Alguma vez você já experimentou ou tentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pule para questão B27</i> ]	TABAG1  ___
B21.	<b>Quantos anos você tinha quando experimentou ou tentou fumar cigarros pela primeira vez?</b> [ ] anos 2 <input type="checkbox"/> não quero responder	TABAG2  ___
B22.	<b>Há quanto tempo você começou a fumar cigarros, regularmente, quer dizer, pelo menos 1 cigarro por semana? (mesmo que já tenha parado)</b> [ ] anos [ ] meses 2 <input type="checkbox"/> não quero responder	TABAG3  ___
B23.	<b>Atualmente, você fuma cigarros?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pule para a questão B28</i> ]	TABAG4  ___
B24.	<b>Atualmente, você fuma cigarros diariamente?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	TABAG5  ___
B25.	<b>Há quanto tempo você fuma diariamente?</b> [ ] anos [ ] meses 2 <input type="checkbox"/> não quero responder	TABAG6ANO  ___  TABAG6MES  ___
B26.	<b>Nos últimos 30 dias em quantos dias você fumou cigarros?</b> 1 <input type="checkbox"/> Não fumou 2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias 4 <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias 5 <input type="checkbox"/> 10 a 19 dias 6 <input type="checkbox"/> 20 a 29 dias 7 <input type="checkbox"/> todos os 30 dias	TABAG7  ___
B27.	<b>Quando foi a última vez que você tentou parar de fumar?</b> 1 <input type="checkbox"/> durante o último mês 2 <input type="checkbox"/> mais de um mês até 6 meses atrás 3 <input type="checkbox"/> mais de 6 meses até 12 meses atrás 4 <input type="checkbox"/> há mais de 12 meses	TABAG8  ___
B28.	<b>Você já experimentou outra droga fora cigarro e álcool?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pule para a questão B31</i> ]	EXPDROG ___
B29.	<b>Com qual frequência?</b> 1 <input type="checkbox"/> sempre 2 <input type="checkbox"/> às vezes 3 <input type="checkbox"/> apenas 1 vez	FREQDRO ___
B30.	<b>É alguma destas?</b> 1 <input type="checkbox"/> maconha 2 <input type="checkbox"/> cocaína 3 <input type="checkbox"/> crack 4 <input type="checkbox"/> LSD 5 <input type="checkbox"/> lança perfume 6 <input type="checkbox"/> cola 7 <input type="checkbox"/> extasy 8 <input type="checkbox"/> heroína 9 <input type="checkbox"/> ópio 10 <input type="checkbox"/> outro: _____	QUAL  ___
<b>Hábitos Alimentares (VIGITEL BRASIL 2013)</b>		
B31.	<b>Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?</b> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana 4 <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 <input type="checkbox"/> quase nunca 6 <input type="checkbox"/> nunca	ALIM1  ___

B32.	<b>Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?</b> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana    2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana    4 <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo)    5 <input type="checkbox"/> quase nunca    6 <input type="checkbox"/> nunca	ALIM2   ____
B33.	<b>Em quantos dias da semana você costuma comer frutas?</b> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana    3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana    4 <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo)    5 <input type="checkbox"/> quase nunca    6 <input type="checkbox"/> nunca	ALIM3   ____
B34.	<b>Em quantos dias da semana você costuma tomar suco de frutas natural?</b> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana    3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana    4 <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo)    5 <input type="checkbox"/> quase nunca    6 <input type="checkbox"/> nunca	ALIM4   ____
B35.	<b>Em quantos dias da semana você costuma tomar refrigerante ou suco artificial?</b> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana    2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana    4 <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo)    5 <input type="checkbox"/> quase nunca    6 <input type="checkbox"/> nunca	ALIM5   ____
B36.	<b>Em quantos dias da semana você costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?</b> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana    3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana    4 <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo)    5 <input type="checkbox"/> quase nunca    6 <input type="checkbox"/> nunca	ALIM6   ____
B37.	<b>Em quantos dias da semana você costuma comer salgadinhos fritos (batata frita, chips, coxinhas, pastéis e outros)?</b> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana    3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana    4 <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo)    5 <input type="checkbox"/> quase nunca    6 <input type="checkbox"/> nunca	ALIM7   ____
<b>C - FALANDO AGORA SOBRE CONHECIMENTO, COMPORTAMENTO E INICIAÇÃO SEXUAL.</b>		
C1.	<b>Onde obtém informações no dia a dia, FORA DA ESCOLA sobre sexualidade, prevenção de doenças transmitidas por via sexual (DST) e da AIDS ou HIV? (aceita múltipla resposta)</b> 1 <input type="checkbox"/> por amigos 2 <input type="checkbox"/> mãe    3 <input type="checkbox"/> pai    4 <input type="checkbox"/> profissionais de saúde    5 <input type="checkbox"/> parceiro 6 <input type="checkbox"/> rádio, televisão, jornal    7 <input type="checkbox"/> revistas/ livros    8 <input type="checkbox"/> Internet    9 <input type="checkbox"/> outros _____ 10 <input type="checkbox"/> não recebi informações deste tipo fora da escola	INFDFESC   ____
C2.	<b>Nos últimos seis meses, NA SUA ESCOLA você recebeu informações sobre sexualidade, uso de drogas, prevenção de doenças transmitidas por via sexual (DST) e da AIDS ou HIV e como evitar a gravidez precoce?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim    2 <input type="checkbox"/> nunca recebi informações deste tipo na escola	INFDFESC   ____
C2.1	<b>Se sim, onde/quando isto aconteceu? (aceita múltipla resposta)</b> 1 <input type="checkbox"/> durante as aulas (especifique a disciplina) _____ 2 <input type="checkbox"/> individualmente com um professor 3 <input type="checkbox"/> conversando com colegas de classe ou outra turma    4 <input type="checkbox"/> em palestras, seminários, oficinas    5 <input type="checkbox"/> folder/panfleto    6 <input type="checkbox"/> vídeos    7 <input type="checkbox"/> palestra com profissionais da saúde    8 <input type="checkbox"/> outra forma: _____	INFDFESC   ____

C3.	<b>Quando que você acha que uma pessoa pode ter relação sexual?</b> 1 <input type="checkbox"/> basta ter atração 2 <input type="checkbox"/> sejam pelo menos bons amigos 3 <input type="checkbox"/> quando são namorados 4 <input type="checkbox"/> apenas quando estão noivos 5 <input type="checkbox"/> só depois do casamento 6 <input type="checkbox"/> todas as vezes que sentir vontade, desejo 9 <input type="checkbox"/> não sei	RELSEX1  _ _
C4.	<b>Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pular a próxima questão C23</i> ] 3 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder [ <i>pular para a questão C23</i> ]	RELSEX2  _ _
C5.	<b>Sobre a 1ª relação sexual:</b> Com que idade você teve a 1ª relação sexual? _____	IDADISEX  _ _
C6.	<b>Usou contraceptivo na 1ª relação sexual?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	USOCTRACP  _ _
C7.	<b>Qual foi o método para evitar gravidez que você usou na sua primeira relação sexual?</b> 1 <input type="checkbox"/> nenhum 2 <input type="checkbox"/> coito interrompido/ gozar fora 3 <input type="checkbox"/> pílula 4 <input type="checkbox"/> injetáveis 5 <input type="checkbox"/> preservativo masculino 6 <input type="checkbox"/> preservativo feminino 7 <input type="checkbox"/> outros 8 <input type="checkbox"/> não lembra	MET1RELSEX  _ _ _
C8.	<b>Você já teve mais do que um parceiro sexual em toda sua vida?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder	PARC  _ _
C9.	<b>Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais você já teve?</b> [____]	NPARC  _
C10.	<b>Atualmente, de uma maneira geral você tem relações sexuais:</b> 1 <input type="checkbox"/> com homens e com mulheres 2 <input type="checkbox"/> somente com homens? 3 <input type="checkbox"/> somente com mulheres? 4 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder	FRMRELSEX  _ _
C11.	<b>Na sua última relação sexual, vocês usaram camisinha?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder	PRESRELSEX   _ _
C12.	<b>Você teve relação sexual com parceiros(as) casuais, ou seja, paqueras, “ficantes”, rolos etc., nos últimos 12 meses?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder	RLSEXCAS1  _ _
C13.	<b>Você já teve relação sexual com parceiros(as) casuais, que conheceu pela Internet ou através de redes sociais nos últimos 12 meses?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder	RLSEXCAS2  _ _
C14.	<b>Em alguma destas situações, utilizou métodos contraceptivos?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder	CNTCEP1  _ _
C15.	<b>Qual?</b> 1 <input type="checkbox"/> anticoncepcional 2 <input type="checkbox"/> preservativo 3 <input type="checkbox"/> outros	CNTCEP2  _ _
C16.	<b>Você, atualmente, está casado ou vive com alguém?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> outro: _____	UNIAO  _ _
C17.	<b>Você tem filhos?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	FILHOS _ _
C18.	<b>Quantos?</b> [____]	NFILHOS _ _
C19.	<b>Quantos anos você tinha quando engravidou/engravidou sua parceira pela primeira vez?</b> 1 <input type="checkbox"/> 10-14 anos 2 <input type="checkbox"/> 15-19 anos 3 <input type="checkbox"/> 20-24 anos 4 <input type="checkbox"/> nunca engravidou/engravidou a parceira	ID1GRAV _
C20.	<b>Qual/Quais foi/foram o(s) método(s) para evitar a gravidez que você utilizou nos últimos 3 meses?</b> 1 <input type="checkbox"/> nenhum 2 <input type="checkbox"/> coito interrompido/gozar fora 3 <input type="checkbox"/> pílula 4 <input type="checkbox"/> injetáveis 5 <input type="checkbox"/> preservativo masculino 6 <input type="checkbox"/> preservativo feminino 7 <input type="checkbox"/> laqueadura/vasectomia 8 <input type="checkbox"/> outros: _____ 9 <input type="checkbox"/> não sei/não quero responder	METEVGRAV  _ _

C21.	<b>Você tem história de abortamentos?</b> 1 <input type="checkbox"/> não 2 <input type="checkbox"/> sim 3 <input type="checkbox"/> não quis responder 4 <input type="checkbox"/> não se aplica	HISTABORT  ____
C22.	<b>Se sim,</b> 1 <input type="checkbox"/> espontâneo 2 <input type="checkbox"/> provocado	____
C23.	<b>Você conhece algum destes métodos para evitar a gravidez? <u>Resposta espontânea</u></b> 1 <input type="checkbox"/> nenhum 2 <input type="checkbox"/> coito interrompido/ gozar fora 3 <input type="checkbox"/> pílula 4 <input type="checkbox"/> injetáveis 5 <input type="checkbox"/> preservativo masculino 6 <input type="checkbox"/> preservativo feminino 7 <input type="checkbox"/> laqueadura 8 <input type="checkbox"/> vasectomia 9 <input type="checkbox"/> outros: _____	CONMETEV  ____
C24.	<b>Você já foi diagnosticada (o) pelo médico com alguma destas doenças?</b> 1 <input type="checkbox"/> HPV 2 <input type="checkbox"/> HTLV 3 <input type="checkbox"/> HIV 4 <input type="checkbox"/> sífilis 5 <input type="checkbox"/> gonorreia 6 <input type="checkbox"/> condiloma 7 <input type="checkbox"/> herpes genital ou labial 8 <input type="checkbox"/> candidíase 9 <input type="checkbox"/> uretrites não gonocócicas	DIAGIST  ____
<b>D - AGORA VAMOS FALAR SOBRE VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA</b>		
D1.	<b>Com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos contigo – nos últimos 30 dias?</b> 1 <input type="checkbox"/> nenhuma vez 2 <input type="checkbox"/> raramente 3 <input type="checkbox"/> às vezes 4 <input type="checkbox"/> na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> sempre	RELCOLEGAS  ____
D2.	<b>Com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, mangaram – nos últimos 30 dias?</b> 1 <input type="checkbox"/> nenhuma vez 2 <input type="checkbox"/> raramente 3 <input type="checkbox"/> às vezes 4 <input type="checkbox"/> na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> sempre	BULLYING  ____
D3.	<b>Você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçou algum de seus colegas da escola, tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado – nos últimos 30 dias?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	PBULLYING  ____
D4.	<b>Você já foi alguma vez maltratado(a) emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro(a) ou alguém importante para você no seu espaço de convívio familiar?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [pule para questão E1]	VIOLDOM  ____
D5.	<b>Quem praticou?</b> A partir desse item as perguntas só serão respondidas por adolescentes que apresentarem história de violência. 1 <input type="checkbox"/> pai 2 <input type="checkbox"/> mãe 3 <input type="checkbox"/> irmão (a) 4 <input type="checkbox"/> companheiro 5 <input type="checkbox"/> ex companheiro 6 <input type="checkbox"/> outros (as): _____	GRAUPAR  ____
D6.	<b>A(s) pessoa(s) que lhe maltratou (maltrataram) lhe machucou (machucaram) fisicamente, se sim, como?</b> 1 <input type="checkbox"/> tapa 2 <input type="checkbox"/> uso de arma branca 3 <input type="checkbox"/> espancamento 4 <input type="checkbox"/> empurrões 5 <input type="checkbox"/> chute 6 <input type="checkbox"/> uso de arma de fogo 7 <input type="checkbox"/> não 8 <input type="checkbox"/> outro (a)	VIOFIS  ____
D7.	<b>A(s) pessoa(s) que lhe maltratou (maltrataram) já lhe:</b> 1 <input type="checkbox"/> ameaçou 2 <input type="checkbox"/> aprisionou 3 <input type="checkbox"/> explorou 4 <input type="checkbox"/> constrangeu 5 <input type="checkbox"/> controlou suas ações, comportamentos, crenças e decisões 6 <input type="checkbox"/> vigilou constantemente, perseguiu 7 <input type="checkbox"/> limitou seu direito de ir e vir 8 <input type="checkbox"/> insultou, chantageou, ridicularizou 9 <input type="checkbox"/> não	VIOPSI  ____
D8.	<b>A(s) pessoa(s) que lhe maltratou (maltrataram) já lhe:</b> 1 <input type="checkbox"/> forçou ao sexo 2 <input type="checkbox"/> você fazia sexo sem vontade, só para agradar, satisfazer 3 <input type="checkbox"/> explorou sexualmente 4 <input type="checkbox"/> impediu de usar métodos contraceptivos 5 <input type="checkbox"/> forçou ao matrimônio, à gravidez e ao aborto 6 <input type="checkbox"/> não	VIOSEX  ____

D9.	<b>Como se sentiu após ser maltratada</b> 1 <input type="checkbox"/> sentiu-se culpada2 <input type="checkbox"/> sentiu-se envergonhada 3 <input type="checkbox"/> sentiu-se humilhada 4 <input type="checkbox"/> sentiu-se vítima 5 <input type="checkbox"/> sentiu nojo de seu corpo 6 <input type="checkbox"/> achou que não seria mais a mesma	Como se sentiu após o episódio _____
D10.	<b>Após sofrer os maus tratos você conversou com alguém?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pular para questão E1</i> ]	Conversou com alguém após o episódio _____
D11.	<b>Com quem falou?</b> 1 <input type="checkbox"/> pai2 <input type="checkbox"/> mãe3 <input type="checkbox"/> irmão(a) 4 <input type="checkbox"/> companheiro5 <input type="checkbox"/> ex-companheiro 6 <input type="checkbox"/> amiga (o) 7 <input type="checkbox"/> outros (as):_____	Com quem falou _____
D12.	<b>Procurou alguma instituição devido aos maus tratos:</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pular para questão E1</i> ]	Procura por instituição _____
D13.	<b>Qual instituição?</b> 1 <input type="checkbox"/> unidade de saúde da família2 <input type="checkbox"/> hospital 3 <input type="checkbox"/> delegacia comum 4 <input type="checkbox"/> outros (as):_____	Instituição procurada _____
D14.	<b>Percebeu a ocorrência de algum problema de saúde em consequência dos maus tratos?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pular para a questão E1</i> ]	Problema de saúde em consequência da violência _____
D15.	<b>Caso resposta afirmativa. Qual?</b> <input type="checkbox"/> dores de cabeça constantes <input type="checkbox"/> problemas gástricos <input type="checkbox"/> falta de apetite <input type="checkbox"/> depressão <input type="checkbox"/> aumento da pressão arterial <input type="checkbox"/> diminuição da libido <input type="checkbox"/> outros	Tipo de problema de saúde em consequência da violência _____
<b>E - AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>		
E1.	<b>Você classificaria seu estado de saúde como:</b> (autopercepção de saúde) 1 <input type="checkbox"/> bom 2 <input type="checkbox"/> excelente3 <input type="checkbox"/> regular 4 <input type="checkbox"/> ruim 5 <input type="checkbox"/> não sabe 6 <input type="checkbox"/> não quis informar	ESTSAUD _____
E2.	<b>Estas perguntas precisam ficar no instrumento?</b> <b>Você sabe seu peso?</b> 1 <input type="checkbox"/> não sabe2 <input type="checkbox"/> não quis informar	PESO _____
E2.1	<b>Qual (mesmo que seja valor aproximado)?</b> _____ kg	PESO _____
E3.	<b>Você sabe sua altura?</b> 1 <input type="checkbox"/> não sabe2 <input type="checkbox"/> não quis informar	ALT _____
E3.1	<b>Qual?</b> ____ m ____ cm	ALT _____
E4.	<b>Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim2 <input type="checkbox"/> não [ <i>pular para a questão E5</i> ] 3 <input type="checkbox"/> não lembra [ <i>pular para a questão E5</i> ]	DIAGPA _____
E4.1	<b>Quando foi a última consulta médica em que sua pressão foi medida?</b> 1 <input type="checkbox"/> há menos de 1 ano 2 <input type="checkbox"/> de 1 até 2 anos 3 <input type="checkbox"/> de 2 até 5 anos 4 <input type="checkbox"/> há mais de 5 anos 5 <input type="checkbox"/> nunca mediu pressão em uma consulta médica [ <i>pular para a questão E5</i> ] 6 <input type="checkbox"/> nunca realizou consulta médica [ <i>pular para questão E5</i> ]	CONMEDPA _____
E4.2	<b>Atualmente, você está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sabe 4 <input type="checkbox"/> não quis responder	MEDICPA _____
E4.3	<b>Como você consegue a medicação para controlar a pressão alta?</b> 1 <input type="checkbox"/> unidade de saúde do SUS2 <input type="checkbox"/> farmácia popular 3 <input type="checkbox"/> outro lugar 4 <input type="checkbox"/> não sabe 5 <input type="checkbox"/> não quis responder	MEDICONPA _____

E5.	<b>Você, já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sabe/não lembra	EXAGLIC  ____
E5.1	<b>Algum médico já lhe disse que você tem diabetes (açúcar no sangue)?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não [pular para questão E6] 3 <input type="checkbox"/> não lembra [pular para questão E6]	DIAGDIA ____
E5.2	<b>Atualmente, você está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sabe 4 <input type="checkbox"/> não quis responder	MEDICONDIA  ____
E5.3	<b>Atualmente, você está usando insulina para controlar o diabetes?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não sabe 4 <input type="checkbox"/> não quis responder	INSULINA  ____
E5.4	<b>Como você consegue a medicação para diabetes?</b> 1 <input type="checkbox"/> unidade de saúde/SUS 2 <input type="checkbox"/> farmácia popular 3 <input type="checkbox"/> outro lugar 4 <input type="checkbox"/> não sabe 5 <input type="checkbox"/> não quis responder.	CONMEDDIA  ____
E6.	<b>Algum médico já lhe disse que você tem doença cardíaca/do coração?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não E6.1 Qual? _____	DIAGCOR  ____
E7.	<b>Algum médico já lhe disse que você tem ou teve problema nos rins?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não E7.1 Qual? _____	DIAGRI ____
E8.	<b>Algum médico já lhe disse que você tem ou teve doença respiratória?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não E8.1 Qual? _____	DIAGRES ____
E9.	<b>Algum médico já lhe disse que você tem ou teve hanseníase?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	DIAGHANS  ____
E10.	<b>Algum médico já lhe disse que você tem ou teve tuberculose?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	DIAGTB ____
E11.	<b>Algum médico já lhe disse que você tem ou teve câncer?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não E11.1 Qual? _____	DIAGCA ____
E12.	<b>Você teve alguma internação nos últimos doze meses?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não E12.1 Qual a causa? _____	INTERN ____
E13.	<b>Você ou algum membro da família usa plantas medicinais para tratar problemas de saúde?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não E13.1 Quais? _____	PLANMEDIC  ____
<b>F - AGORA VAMOS FALAR SOBRE ACESSO E UTILIZAÇÃO AO SERVIÇO DE SAÚDE (POSTOS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, CONSULTÓRIOS, CAPS E HOSPITAIS)</b>		
F1.	<b>Desde &lt;mês passado&gt;, você foi atendido em algum serviço de saúde?</b> 1 <input type="checkbox"/> não [pule para a questão F4] 2 <input type="checkbox"/> sim, em um serviço de saúde 3 <input type="checkbox"/> sim, em dois serviços de saúde 4 <input type="checkbox"/> sim, em mais de dois serviços de saúde 9 <input type="checkbox"/> IGN [pule para a questão F4]	ATESERSAU  ____
F2.	<b>Qual foi o último serviço de saúde que você foi atendido desde &lt;mês passado&gt;?</b> 1 <input type="checkbox"/> posto de saúde 2 <input type="checkbox"/> pronto socorro municipal 3 <input type="checkbox"/> pronto-atendimento 4 <input type="checkbox"/> centro de especialidades 5 <input type="checkbox"/> consultório 6 <input type="checkbox"/> CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) 7 <input type="checkbox"/> internou no hospital 8 <input type="checkbox"/> serviço de saúde de outra cidade 9 <input type="checkbox"/> IGN	ULTSERSAU  ____
F3.	<b>O atendimento, nesse último serviço de saúde utilizado, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS?</b> 1 <input type="checkbox"/> particular 2 <input type="checkbox"/> por algum convênio 3 <input type="checkbox"/> por algum convênio, com pagamento extra 4 <input type="checkbox"/> SUS 5 <input type="checkbox"/> SUS, com pagamento extra 7 <input type="checkbox"/> IGN	CONSERSAU  ____

F4.	<b>Mesmo não tendo utilizado, você precisou de atendimento em algum serviço de saúde desde <i>-mês passado</i>?</b> 1 <input type="checkbox"/> não 2 <input type="checkbox"/> sim 3 <input type="checkbox"/> IGN	NAOATESAU  ____
F5.	<b>Por que você não buscou atendimento desde <i>&lt;mês passado&gt;</i>?</b> 1 <input type="checkbox"/> dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS 2 <input type="checkbox"/> não tinha como ir marcar o atendimento 3 <input type="checkbox"/> não podia pagar 4 <input type="checkbox"/> tinha compromisso com a família 5 <input type="checkbox"/> tinha compromisso no trabalho 6 <input type="checkbox"/> porque melhorou 7 <input type="checkbox"/> IGN	BUSCATE  ____
F6.	<b>Por qual motivo você utilizou o serviço de saúde desde <i>&lt; mês passado&gt;</i>?</b> 1 <input type="checkbox"/> por algum problema de saúde qual? _____ 2 <input type="checkbox"/> fazer uma revisão (check-up) 3 <input type="checkbox"/> tomar medicações (inalações, curativo) 4 <input type="checkbox"/> realizar fisioterapia 5 <input type="checkbox"/> pegar remédios 6 <input type="checkbox"/> pedir/pegar/levar exames 7 <input type="checkbox"/> pedir receita ou atestado 8 <input type="checkbox"/> consulta de pré-natal 9 <input type="checkbox"/> fazer exames preventivos (pré-câncer, por exemplo) 10 <input type="checkbox"/> IGN	MOTSERSAU  ____
F7.	<b>Quando você foi atendido, entendeu tudo o que o profissional de saúde lhe explicou?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	ENTEXPL ____
F8.	<b>Depois de ser atendida, alguma vez precisou retornar ao serviço para tirar dúvidas?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	RETORN ____
F9.	<b>Qual o profissional que prestou o melhor atendimento?</b> 1 <input type="checkbox"/> enfermeira 2 <input type="checkbox"/> médico 3 <input type="checkbox"/> téc. de enfermagem 4 <input type="checkbox"/> ACS 5 <input type="checkbox"/> Dentista 6 <input type="checkbox"/> Aux. Administrativa 7 <input type="checkbox"/> Outros: _____	PROFATEN  ____
F10.	<b>As suas necessidades de atendimento foram satisfeitas?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não <b>Se não, por quê?</b> _____	ATESAT ____
F11.	<b>Qual sua opinião geral sobre o atendimento que recebeu?</b> 1 <input type="checkbox"/> péssimo 2 <input type="checkbox"/> ruim 3 <input type="checkbox"/> regular 4 <input type="checkbox"/> bom 5 <input type="checkbox"/> ótimo 6 <input type="checkbox"/> IGN	OPNATEN  ____
F12.	<b>Você tem buscado atendimento na Unidade Saúde da Família (USF) para: (múltipla escolha)</b> 1 <input type="checkbox"/> atendimento no pré-natal 2 <input type="checkbox"/> atendimento no Planejamento Familiar 3 <input type="checkbox"/> realizar o preventivo 4 <input type="checkbox"/> apenas para recebimento de preservativos 5 <input type="checkbox"/> atendimento de outras necessidades de saúde 6 <input type="checkbox"/> prevenção de IST/HIV 7 <input type="checkbox"/> outros _____	BUSATEUSF  ____
F13.	<b>Participou de atividades educativas sobre o planejamento familiar?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim, pelos profissionais do serviço 2 <input type="checkbox"/> sim, em outros serviços 3 <input type="checkbox"/> não, nunca participou	ATVEDUPF  ____
F14.	<b>Se resposta afirmativa: Atendeu às suas necessidades e esclareceu suas dúvidas?</b> 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	ATENECES  ____
F15.	<b>Caso resposta positiva: Qual o tipo de atividade que participou?</b> 1 <input type="checkbox"/> palestras 2 <input type="checkbox"/> reuniões de grupo com conversa entre as mulheres e profissionais de saúde 3 <input type="checkbox"/> filmes sobre contracepção 4 <input type="checkbox"/> outra: _____	TIPATIV ____
F16.	<b>Com que frequência você participava das atividades educativas?</b> 1 <input type="checkbox"/> uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> a cada três meses 3 <input type="checkbox"/> a cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> a depender da necessidade	FREATVEDU  ____
F17.	<b>Com que frequência você vai a Unidade Saúde da Família (USF) para cuidar da sua saúde?</b> 1 <input type="checkbox"/> uma vez ao mês 2 <input type="checkbox"/> a cada três meses 3 <input type="checkbox"/> a cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> a depender da necessidade 5 <input type="checkbox"/> Outra: _____	FRECUISAU  ____

F18.	<b>Há quanto tempo utiliza os serviços da Unidade Saúde da Família (USF)?</b> 1 <input type="checkbox"/> menos de um ano    2 <input type="checkbox"/> entre um e cinco anos    3 <input type="checkbox"/> entre cinco e dez anos    4 <input type="checkbox"/> mais de dez anos	TEMPUTIUSF _____
------	---	---------------------

Data	1º Medida	2º Medida	3º medida
	Peso: _____ kg Alt: _____	Peso: _____ kg Alt: _____	Peso: _____ kg Alt: _____

***Muito obrigada por responder a nossa pesquisa!***