

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL MESTRADO**

**FERNANDA MARQUES PAZ**

**AMBIENTE DA ESCOLA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE  
ESCOLARES DE 12 A 17 ANOS NO SUL DO BRASIL**

**SÃO LEOPOLDO  
2016**

FERNANDA MARQUES PAZ

AMBIENTE DA ESCOLA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE  
ESCOLARES DE 12 A 17 ANOS NO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre pelo  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos – UNISINOS

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lessa Horta

SÃO LEOPOLDO

2016

P348a Paz, Fernanda Marques  
Ambiente da escola e uso de substâncias psicoativas entre  
escolares de 12 a 17 anos no sul do Brasil / por Fernanda  
Marques Paz. -- São Leopoldo, 2016.

105f. : il. ;30 cm.

Com: artigo "Ambiente da escola e uso de substâncias  
psicoativas entre escolares de 12 a 17 anos no sul do Brasil".

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São  
Leopoldo, RS, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Rogério Lessa

1.Saúde pública. 2.Saúde escolar. 3.Drogas – Abuso –  
Prevenção. 4.Estudantes – Uso de drogas. 5.Adolescentes –  
Uso de drogas. I.Horta, Rogério Lessa. II.Título.

CDU 614  
371.7  
613.83-057.87

Catálogo na publicação:  
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Fernanda Marques Paz

AMBIENTE DA ESCOLA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE  
ESCOLARES DE 12 A 17 ANOS NO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre pelo  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos – UNISINOS

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Rogério Lessa Horta – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

---

Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

---

Prof. Dra. Ruth Liane Henn – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente agradeço à Deus pela oportunidade e pelas pessoas que tive o prazer de conhecer e conviver durante minha trajetória.

À minha família, que sempre me incentivou e apoiou nas minhas decisões, entendendo todo o tempo dedicado aos estudos e abdicções.

Aos professores do PPG de Saúde Coletiva, que me ensinaram com grande esmero, sobre questões de saúde e suas implicações. Em especial ao meu orientador, Rogério Lessa Horta, que teve toda paciência do mundo e carinho na minha trajetória, sendo muito mais que professor e sim um amigo, me escutando quando mais precisei.

Aos amigos antigos e aos novos amigos que conquistei durante o mestrado, que me acolheram e participaram da minha vida, das minhas decisões e estes vou levá-los para a vida.

Ao grupo de Saúde Mental: álcool e outras drogas, pela possibilidade de participação e ajuda na construção da minha dissertação.

## LISTA DE SIGLAS

CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
ESF	Estratégias de Saúde da Família
GSHS	Global School-based Student Health Survey
HSBC	Health Behaviour in School-Age Children Survey
IREPS	Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RLEPS	Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Uso de Drogas por Adolescentes Escolares .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Promoção de Saúde e Políticas Públicas nas Escolas .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Avaliação da Promoção de Saúde em Ambientes Escolares.....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Possíveis Relações entre Promoção de Saúde na Escola e Uso de Drogas</b>	<b>22</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Objetivos .....</b>	<b>25</b>
3.1.1 Objetivo Geral .....	25
3.1.2 Objetivos Específicos .....	25
<b>3.2 Hipótese .....</b>	<b>25</b>
<b>4 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>26</b>
<b>5 MÉTODO.....</b>	<b>27</b>
5.1 Estudos de Base .....	27
5.2 Instrumentos.....	31
5.3 Variáveis.....	33
5.4 Aspectos Éticos .....	44
<b>6 ORÇAMENTO.....</b>	<b>45</b>
<b>7 CRONOGRAMA .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>RELATÓRIO DE CAMPO.....</b>	<b>57</b>
<b>ARTIGO .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO A – INSTRUMENTO UTILIZADO NOS ESTUDOS DE BASE.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE AMBIENTE ESCOLAR.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO C – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SAPIRANGA- RS).....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO D – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CRACK E OUTRAS SUBSTÂNCIAS ENTRE ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE LAJEADO).....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO E – PARECER 025/2013 (DIRETORES DAS ESCOLAS DE LAJEADO/RS E SAPIRANGA/RS) .....</b>	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência configura um período marcado por muitas transições, em que o indivíduo começa a desenvolver maior autonomia em relação aos pais e a estabelecer novas relações com amigos e com a própria escola, podendo assim evidenciar comportamentos de risco, como as primeiras experiências com as substâncias psicoativas. (SCHENKER; MINAYO, 2005; TRINKNER et al., 2012). Portanto, o estudo que abrange o uso de drogas entre escolares se justifica pela magnitude da ocorrência desse tipo de comportamento, o que se confirma no Brasil através de levantamentos epidemiológicos. (CARLINI et al., 1991, 2010; CARLINI-COTRIM; BARBOSA, 1993; CARLINI-COTRIM et al., 1989; GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997; GALDURÓZ et al., 1994, 2005).

Nessa perspectiva, Carlini et al. (2010), ao entrevistar estudantes brasileiros de escolas públicas e privadas entre dez e dezenove anos, estimaram a prevalência de consumo de substâncias ilícitas na vida em 25,5% e de álcool em 60,5% dos escolares. Já a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) entrevistou alunos do nono ano do Ensino Fundamental - em sua maioria, com idades entre treze e quinze anos, de escolas públicas e privadas - e constatou o uso de substâncias ilícitas em 7,3% e de álcool em 66,6% dos participantes. (HORTA et al., 2014; MALTA et al., 2014).

A prevenção ao uso de drogas entre escolares é considerada como uma ação de promoção de saúde, em sentido ampliado, os ambientes promotores de saúde ganham ênfase, e conseqüentemente a escola passa a ser um espaço potencialmente promotor de saúde. Ademais, a promoção de saúde na escola se difunde com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), que fomentam o desenvolvimento humano sustentável e as relações humanas, com a finalidade de fortalecer a saúde escolar. (GAIO et al., 2010).

Com a existência de dados que ambientes escolares influenciam o comportamento dos estudantes, contribuindo para aumentar - ou para reduzir - a possibilidade de experimentação de álcool e de outras drogas (DE VRIES et al., 2006; VITORIA; SILVA; DE VRIES, 2011), um instrumento recentemente desenvolvido e validado, se propõe a avaliar as características desses espaços de acordo com as diretrizes de promoção de saúde escolar (PINTO et al., 2016),



embora ainda não se possa contemplar de que modo as condições propostas por referida iniciativa inspiram comportamentos relativos a álcool, tabaco e a outras substâncias entre os escolares no Brasil. Logo, com base nessas prerrogativas, este estudo visa investigar a relação entre as condições de promoção de saúde dos ambientes escolares e o uso de bebidas alcoólicas, de tabaco e de drogas ilícitas por escolares de doze a dezessete anos de idade de dois municípios de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a elaboração deste projeto, consultaram-se artigos nacionais e internacionais sobre promoção de saúde; escolas promotoras de saúde; ambientes saudáveis; relação entre promoção de saúde na escola e uso de drogas por escolares, nas bases de dados PubMed, SciELO, Science Direct, Portal de Periódicos da CAPES e Bireme, além de documentos encontrados através da checagem de referências e em livros da área, em teses e em dissertações. Os achados relevantes para a fundamentação do estudo foram organizados em quatro grupos, a saber:

- a) promoção de saúde e políticas públicas em escolas;
- b) instrumentos para avaliação de ambientes;
- c) dados epidemiológicos sobre uso de drogas entre escolares;
- d) relações entre ambiente e uso de substâncias psicoativas entre escolares.

### 2.1 Uso de Drogas por Adolescentes Escolares

O uso de drogas por escolares representa uma preocupação mundial, em razão dos prejuízos sociais, psíquicos e biológicos que acarreta.(CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008; SILVA, R. et al.,2013). Estudos epidemiológicos promovidos no Brasil sobre o uso de substâncias por escolares (CARLINI et al., 1991, 2010; CARLINI-COTRIM; BARBOSA, 1993; CARLINI-COTRIM et al., 1989; GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997; GALDURÓZ et al., 1994, 2005) revelam que tal comportamento se mostra bastante expressivo, mesmo a venda de bebidas alcoólicas ou de qualquer droga para crianças e para adolescentes seja proibida no país.

Os levantamentos epidemiológicos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas(CEBRID) sobre consumo de substâncias psicoativas entre escolares adotaram para a análise dos padrões de consumo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CARLINI-COTRIM, 1989; EDWARDS; ARIF; HODGSON, 1981), que estabelece os seguintes padrões para o comportamento:

- a) *uso na vida*: quando a pessoa experimentou qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida;
- b) *uso no ano*: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;

- c) *uso no mês*: quando a pessoa fez uso de droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- d) *uso frequente*: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis (ou mais) vezes nos trinta dias anteriores à pesquisa;
- e) *uso pesado*: quando a pessoa usou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

No que tange ao uso de drogas por escolares, comparam-se aqui os dados do V e do VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas do CEBRID, realizados entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio de redes pública e privada de ensino nas vinte e sete capitais brasileiras, dos anos de 2004 e 2010.(GALDURÓZ et al., 2005, 2010). Os achados permitiram observar redução no relato de consumo de álcool, de tabaco, de inalantes, de maconha, de ansiolíticos, de anfetamínicos e de *crack*, entretanto,apuraram aumento no uso de cocaína, como se pode conferir na Tabela 1.

**Tabela1–Comparação entre os levantamentos de 2005 e 2010 sobre as drogas mais utilizadas por estudantes do ensino fundamental e médio de redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**

<b>Drogas mais usadas</b>		
<b>% uso no ano</b>		
<b>Drogas</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>
Álcool	63,3	42,2
Tabaco	15,7	9,6
Maconha	4,6	3,7
Solventes	14,1	5,2
Cocaína	1,7	1,8
<i>Crack</i>	0,7	0,4
Anfetamínicos	3,2	1,7

Fonte: Galduróz et al.(2005, p. 23; 2010, p. 27).

As análises do VI Levantamento do CEBRID também examinaram a dependência administrativa escolar e sua influência no uso de

substâncias.(GALDURÓZ et al., 2010). Foram apontadas prevalências maiores de uso de tabaco na vida, no ano e no mês na escola pública em relação à escola privada. A prevalência do uso de maconha na vida, por exemplo, foi de 5,8% e 5,1% nas escolas públicas e privadas, respectivamente. Já em relação ao uso no ano, percebeu-se o inverso, com a escola pública predominando no uso de maconha (3,7%), e a escola privada com 3,9%.

No que diz respeito ao uso frequente e pesado de cocaína na vida, no ano, no mês, o relato se manteve prevalente nas escolas públicas. O uso de álcool nas escolas privadas nas categorias uso na vida, no ano, no mês e uso frequente se retratou maior nas escolas privadas. Já para uso pesado, a prevalência de uso de álcool foi maior nas escolas públicas em comparação às escolas privadas. (GALDURÓZ et al., 2010).

A PeNSE em 2009 abordou alunos do nono ano, com faixa etária predominantemente de treze a quinze anos, de escolas públicas e privadas, averiguando o uso na vida de tabaco, de álcool e de substâncias ilícitas. A prevalência foi de 24,2% (IC95% 23,6%- 24,8%) para tabaco, 71,4% (IC95% 70,8%- 72%) para álcool e 8,7% (IC95% 8,3%-9,1%) para drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy). Os escolares de escolas públicas apresentaram chances reduzidas de uso de tabaco (OR=0,8; IC95% 0,7-0,9). Aumentaram, contudo, as chances de uso de tabaco não morar com nenhum dos pais (OR= 1,6; IC95% 1,2- 2,0); não realizar refeições com a mãe ou com responsável durante a semana (OR=1,6; IC95% 1,4- 1,9); pais ou responsáveis desconhecerem o que o jovem costumava fazer em seu tempo livre (OR=1,9; IC95% 1,7- 2,2); e faltar às aulas sem autorização dos pais (OR=5,4; IC95% 4,4-6,6). (MALTA et al., 2011).

Os dados da PeNSE (MALTA et al., 2011) ainda demonstraram chance maior de uso de álcool entre os escolares com dezesseis anos ou mais, comparados aos escolares com menos idade (OR=2,6; IC95% 2,3- 2,9;  $p<0,001$ ), entre as meninas (OR=1,3; IC95% 1,2- 1,4) em relação aos meninos e entre aqueles que não coabitavam com os pais (OR=1,3; IC95% 1,1- 1,6;  $p<0,001$ ), não faziam as refeições com os responsáveis (OR=1,4; IC95% 1,3- 1,5;  $p<0,001$ ), não tinham supervisão parental (OR=1,6; IC95% 1,5- 1,7;  $p<0,001$ ) e faltavam às aulas sem autorização dos pais (OR= 4,3; IC95% 3,5- 5,2;  $p<0,001$ ).

Os resultados ainda mostraram chance reduzida de uso de álcool entre os escolares de etnia parda (OR=0,8; IC95% 0,7- 0,9;  $p<0,001$ ) e para aqueles que frequentavam escola pública (OR=0,6; IC95% 0,6- 0,7;  $p<0,001$ ). Para as substâncias ilícitas, constatou-se maior chance de uso entre os escolares do sexo masculino (10,6%; IC95% 10,0- 11,3; $p<0,001$ ) e entre estudantes de escolas públicas. (MALTA et al., 2011).

A PeNSE também entrevistou escolares no ano de 2012, e a prevalência para substâncias ilícitas foi de 7,3% (IC95% 5,5%- 9,4%;  $p<0,001$ ). Os estudantes que exerciam alguma atividade remunerada apresentaram 23% mais chances de usarem substâncias ilícitas (OR=1,23; IC95% 1,13; 1,34;  $p<0,001$ ), comparados aos que não trabalhavam, às vítimas de agressão, 28% mais chances (OR=1,28; IC95% 1,17; 1,41;  $p<0,001$ ) e aos que já tiveram relações sexuais (OR=2,80; IC95% 2,59; 3,02;  $p<0,001$ ). Demonstraram aqui ser fatores protetivos: coabitar com pai e/ou mãe (OR=0,66; IC95% 0,60; 0,72;  $p<0,001$ ); receber supervisão familiar (OR= 0,83; IC95% 0,78; 0,89;  $p<0,001$ ); e estudar em escolas públicas (OR= 0,90; IC95% 0,81; 0,99;  $p<0,001$ ). (HORTAR. et al., 2014).

A prevalência do uso de álcool na vida na mesma pesquisa foi de 66,6% (IC95% 64,0%- 69,2%), sendo maior entre as meninas (51,7%; IC95% 50,8%- 52,6%), entre os que estudam em escolas públicas (50,9%; IC95% 49,6%- 52,2%) e os que residem na Região Sul (56,8%; IC95% 54,3%- 59,3%). A chance para o consumo de bebidas alcoólicas aumentou conforme a idade, em que menores de quatorze anos tiveram razão de chances igual a 1,34 (OR=1,34; IC 95%;1,30; 1,39;  $p<0,001$ ) em comparação aos escolares de maior idade (OR = 2,63; IC95% 2,29; 3,02;  $p<0,001$ ) (MALTA et al., 2014). Já a prevalência de uso de tabaco na vida reduziu de 24,2% (IC95% 23,6%-24,8%) em 2009 para 22,3% (IC95% 21,4%- 23,2%) em 2012. Não houve diferença estatisticamente significativa para sexo, e na escola pública, a prevalência de tabaco foi maior: 20,8%. (MALTA et al., 2014).

Os resultados da PeNSE, de 2012, e do CEBRID, de 2010, sinalizaram alguns pontos em comum, como o maior predomínio de escolares da faixa etária de treze a quinze anos. Os dados ainda indicaram maior prevalência de consumo de álcool em escolas privadas. (GALDURÓZ et al., 2010; MALTA et al., 2014). Apesar das semelhanças, a prevalência dos entrevistados do CEBRID que já fizeram uso na vida de substância ilícita foi de 25,5%, enquanto que, na PeNSE, a prevalência foi igual a

7,5%, o que sublinha que a diferença pode ser atribuída ao universo de respondentes do CEBRID ser maior, pois abarca dados de escolares do Ensino Fundamental e Médio, enquanto que, na PeNSE, participaram apenas escolares do nono ano do Ensino Fundamental. Os mesmos estudos registraram inclusive prevalências maiores à medida que aumenta a idade, o que pode ter contribuído para tal diferença. Em se tratando da rede de ensino, na pesquisa do CEBRID, a escola pública apresentou maiores prevalências de uso no ano para tabaco e cocaína, e na PeNSE, a escola pública expressou maior prevalência para o consumo no ano de substâncias ilícitas.(GALDURÓZ et al., 2010; MALTA et al., 2014).

Com o intuito de explicar o comportamento de uso de substâncias entre escolares, os fatores familiares - tanto de risco, como os de proteção - também são ponderados. Num estudo realizado no município de Pelotas/RS (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006) sobre o consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e drogas ilícitas) entre adolescentes com idades de quinze a dezoito anos, foram avaliadas as variáveis de coabitar com pai e mãe - ou ambos - e do hábito de fumar de um dos pais - ou de ambos.

Para o consumo de álcool entre os adolescentes, não foi encontrada associação entre coabitar com pai/mãe ou ambos e para não coabitação com nenhum deles. A presença do pai, da mãe ou de ambos no domicílio mostrou ser fator de proteção para o uso de tabaco pelos adolescentes. Para a variável uso de tabaco pelos pais, os adolescentes revelaram chance quatro vezes maior para uso de tabaco (OR=3,92; IC95% 2,29-6,71;  $p<0,001$ ), e para drogas ilícitas, 1,87 maior chance, comparados aos adolescentes de pais que não fazem uso de tabaco (OR=1,87; IC95% 1,15-3,05;  $p<0,001$ ). (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006).

Nesse sentido, Benchaya et al. (2011) verificaram a associação entre uso de drogas e estilos parentais. Em um estudo transversal com adolescentes de quatorze a dezenove anos que ligaram para o Serviço Nacional de Informações sobre a Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, utilizaram-se as escalas de Responsabilidade e Exigência parentais cujos resultados aferiram que os estilos parentais *não autoritativos* sugerem associação significativa para o uso de drogas entre adolescentes, aumentando em quase três vezes a chance para o uso de drogas (OR=2,8; IC95% 1,3-5,7;  $p<0,001$ ).

Outra pesquisa que se destinou a avaliar a prevalência do uso de drogas foi aplicada em Pelotas/RS com 2410 estudantes de dez a dezenove anos de escolas públicas e privadas no ano de 1998. (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001). Os alunos que estudavam no turno noturno apresentavam 1,46 maiores chances para uso de substâncias ilícitas (OR= 1,46; IC95% 1,10- 1,93;  $p<0,001$ ), comparados aos alunos do turno diurno. As variáveis de desempenho escolar mostraram associação positiva ao uso de substâncias ilícitas. A chance foi duas vezes maior para aqueles alunos que faltaram nove vezes ou mais às aulas, quando comparados aos que não tiveram faltas (OR= 2,08; IC95% 1,45- 2,99;  $p<0,001$ ), e alunos que tinham histórico de reprovação escolar tinham 2,61 maiores chances de uso de drogas ilícitas em relação aos que nunca reprovaram (OR= 2,61; IC95% 1,78;-3,80;  $p<0,001$ ). (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001).

Tavares, Béria e Lima (2004) investigaram os fatores associados ao uso de drogas entre escolares de dez a dezenove anos em Pelotas/RS. Não foi encontrada associação entre uso de substâncias psicoativas e prática de atividades físicas. Também para os escolares que não tinham prática religiosa, a probabilidade do uso de drogas foi 44% (RP= 1,44; IC95% 1,18-1,75;  $p<0,001$ ) maior em relação aos com alguma atividade nesse sentido. Os escolares que referiram relacionamento ruim ou péssimo com pai ou com mãe apresentaram probabilidade de consumo de drogas significativamente maior (RP= 2,04; IC95% 1,44- 2,88;  $p<0,001$ ) em comparação aos escolares com relacionamento bom ou ótimo com pai ou com mãe (RP=2,77; IC95% 1,90; 4,03;  $p<0,001$ ).

Para a variável que concerne ao relacionamento entre os pais, os escolares com maior consumo de drogas revelaram ter relacionamento ruim ou péssimo com seus pais (RP=1,61; IC95%1,13-2,28;  $p<0,001$ ) comparados aos escolares cujos pais apresentavam relacionamento bom ou ótimo. Ainda foi verificada associação significativa entre o uso de drogas pelos escolares e a presença no domicílio de algum familiar que fizesse uso pesado de álcool (RP=1,50; IC95% 1,19-1,90;  $p<0,001$ ). (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001).

No município de Pelotas/RS, outro estudo com 1056 adolescentes com idades entre onze e quinze anos analisou o consumo de álcool. Este consumo no último mês foi de 23% (IC95% 20,4%- 25,4%). Em relação à idade as prevalências do consumo de álcool aumentaram à medida que se elevava a idade, os

adolescentes de onze anos com prevalência de consumo alcoólico de 11,95% (IC95% 7,6-16,1), e os de quinze anos, 38,3% (IC95% 25,8-44,0). (STRAUCH et al., 2009).

O tabagismo, por sua vez, aumentou em 3,28 vezes a probabilidade de uso de álcool (RP=3,28; IC95% 2,47-4,35;  $p < 0,001$ ); a prática de relações sexuais aumentou em 3,12 a probabilidade de fazer uso de álcool no mês (RP=3,12; IC95% 2,36; 4,11;  $p < 0,001$ ); a reprovação escolar aumentou em 23% a probabilidade de consumo de álcool no mês (RP=1,23; IC95% 0,89- 1,61). Para as variáveis prática de atividade física, atividade religiosa e sintomas depressivos, não se detectou associação com o desfecho. (STRAUCH et al., 2009).

Souza, Silveira Filho (2007) examinaram escolares de dez a vinte anos, na rede pública de ensino do município de Cuiabá/MT. Foram entrevistados 798 escolares que exerciam alguma atividade remunerada e 1493 que não trabalhavam. Os escolares trabalhadores apresentaram maiores chances de uso de substância psicoativa (OR=4,41; IC95% 2,20-8,82), de uso de álcool (OR= 2,56; IC95% 1,83-3,57) e de uso de tabaco (OR=2,45; IC95% 1,29-4,66), comparados aos escolares que não trabalhavam, além de maior defasagem escolar entre os adolescentes trabalhadores.

No tocante à violência e ao uso de drogas, Castro, Cunha e Souza (2011) conduziram um estudo transversal com 699 estudantes do Ensino Fundamental e Médio da rede pública de ensino do município de Barra do Garça/MT. Os fatores associados ao comportamento violento conglobaram o uso de álcool e o uso de drogas ilícitas. Os escolares que consumiam álcool apresentavam probabilidade 2,51 maior de evidenciar comportamento violento, comparados aos que não consumiam álcool (RP=2,51; IC95% 1,22; 5,15). O uso de drogas ilícitas também explicitou probabilidade 2,10 maior para comportamento agressivo, em relação aos jovens que não usavam drogas ilícitas (RP=2,10; IC95% 1,61; 2,75). Cabe comentar que o resultado mostrou elevada prevalência de violência nos adolescentes do sexo masculino, usuários de álcool e de drogas.

Os estudos internacionais, por sua vez, também analisaram questões familiares como fatores de proteção ou de risco para o consumo de substâncias psicoativas entre os jovens. Uma pesquisa conduzida nos Estados Unidos verificou a associação entre coabitação e uso de drogas em 4173 adolescentes, com idades



de doze a dezoito anos, e descobriu que jovens de famílias monoparentais (de apenas pais) revelavam maior consumo de substância psicoativa, em relação aos jovens que residiam com ambos os pais. Também as famílias monoparentais exerciam menor supervisão em seus filhos, o que pode acarretar o maior uso de substâncias. (HEMOVICH; LAC; CRANO, 2011).

Em Washington, a avaliação do monitoramento parental e do uso de substâncias psicoativas entre escolares numa amostra de 1423 alunos de quatorze escolas de Ensino Médio, com faixa etária de quatorze a vinte anos, contabilizou que estudantes que não coabitavam com os pais tinham menor monitoramento parental, apresentando 2,8 vezes mais chances de uso de drogas, se comparados aos que viviam com os pais ( $p < 0,01$ ). (CLARK et al., 2012).

Outro estudo transversal conduzido nos Estados Unidos com 135 adolescentes americanas asiáticas com faixa etária de onze a quatorze anos e suas mães mostrou que sintomas depressivos estão associados significativamente ao uso de álcool, aumentando em quase quatro vezes a chance de consumir bebida alcoólica, quando comparadas a meninas sem sintomas depressivos (OR=3,73; IC95% 1,08; 12,45;  $p < 0,05$ ). Os sintomas depressivos ainda aumentaram as chances em cinco vezes para o consumo de cocaína (OR=5,43; IC95% 2,10- 17,30;  $p < 0,01$ ). (FANG; BARNES-CEENEY; SCHINKE, 2011).

Sobre os fatores de risco para uso de drogas entre escolares espanhóis, conduziu-se um estudo em que participaram 2440 jovens com idades entre doze e dezoito anos. Dentre os fatores de risco para uso de drogas, foram elencados os seguintes: o fracasso escolar, 61,3%; a falta de supervisão familiar, 22,7%; e os sintomas depressivos 32,9%. (LÓPEZ LARROSA; RODRÍGUEZ-ARIAS PALOMO, 2010). Outro estudo (MORAL; RODRIGUEZ; OVEJERO, 2010) com 750 estudantes espanhóis entre treze e dezesseis anos listou fatores associados ao consumo de álcool e de drogas ilícitas e caracterizou no perfil do escolar usuário de algum tipo de substância a relação ruim com o pai/mãe, a menor supervisão parental, a instabilidade emocional e a insatisfação com a escola.

Pinchevsky et al. (2012), em estudo de seguimento, acompanharam estudantes do último ano do Ensino Médio por três anos na Universidade de Maryland, nos Estados Unidos, e entrevistaram 1253 jovens com idades entre dezessete e dezenove anos, a fim de identificar o monitoramento parental, em

relação a experimentação de maconha e o início do uso durante a faculdade. Os níveis mais elevados de supervisão parental estiveram associados ao menor risco de exposição à substância (OR= 0,92; IC95% 0,88-0,96,  $p<0,001$ ). O uso de maconha por amigos esteve ligado à iniciação do uso (OR=1,04; IC95% 1,03-1,05;  $p<0,001$ ), mas não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis demográficas e a religiosidade. No que se refere à oportunidade de uso, os estudantes de etnia branca foram menos propensos que os não brancos a fazer tal uso (OR=0,49; IC95% 0,26; 0,93;  $p<0,001$ ).

Dentre as diferentes condições associadas ao uso de álcool, de tabaco e de outras drogas por escolares, aos poucos, começa a ser dimensionada a provável participação dos diferentes padrões de promoção de saúde nos ambientes escolares conhecidos. As intervenções para entender o comportamento de uso de substâncias psicoativas necessitam de abordagem mais ampla e, nesse panorama, a escola é vista como local de intervenção e de prevenção ao uso indevido de álcool e de outras drogas.

## **2.2 Promoção de Saúde e Políticas Públicas nas Escolas**

A promoção de saúde articula alguns conceitos, como políticas públicas saudáveis, colaboração intersetorial e desenvolvimento sustentável. (CZERESNIA, 2009). Para Buss (2009), como conceito de promoção de saúde, é revisto o processo saúde/doença e seus determinantes. Desde 1986, diversas conferências foram promovidas com o ensejo de que o conceito de promoção de saúde fosse repensado e agregado a outros temas. Na IV Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde de Jacarta, em 1997, destacaram-se os vínculos do setor de saúde, o desenvolvimento, o meio ambiente, a economia global e também a participação de outros setores, como a economia privada. (MOYSÉS, Samuel; MOYSÉS, Simone; KREMPEL, 2004). As conferências colocaram em evidência a preocupação com o ambiente, ou seja, como os entornos saudáveis podem ser considerados espaços promotores de saúde. (BRASIL, 2002; GOMES; HORTA, 2010).

Nessa teia, a escola surge enquanto espaço promotor de saúde pela grande ênfase dada nas últimas duas décadas e pelo fato de grande parte da população passar por referida instituição. Logo, as ações de promoção à saúde em seu

ambiente vêm sendo discutidas mundialmente em países como Estados Unidos, Espanha, Colômbia e Brasil, com base em alterações do ambiente para promover maior autonomia aos estudantes e minimizar assim possíveis fatores de agravo à saúde.(ANGELES et al.,2000; BOTVIN et al., 2000; CASTELLANOS, 2001; RODRIGUES, 2004).

Na América Latina, em 1995, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criou a interface entre saúde e escola com a articulação de três eixos principais, quais sejam (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS), 1995):

- a) educação para a saúde;
- b) criação e manutenção de ambientes saudáveis;
- c) prestação de serviços de saúde.

Por conseguinte, a promoção de saúde na escola é difundida com o apoio da OPAS, com a criação da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS) e a Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) e se traduz por um trabalho articulado entre os três setores - educação, saúde e sociedade.(CERQUEIRA, 2007; IPPOLITO-SHEPHERD, 2005; LEFÉVRE; LEFÉVRE,2004).

As Escolas Promotoras de Saúde (EPS), por sua vez, têm como prioridade:

- a) a criação e a manutenção de ambientes escolares físicos e psicossociais saudáveis;
- b) a melhoria da qualidade de vida;
- c) a inclusão de temas, como alimentação saudável, atividade física, cultura da paz, questões relacionadas à violência, à sexualidade e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, à saúde bucal, à saúde do adolescente e às práticas relacionadas à comunicação. (ARROW; RAHEB; MILLER, 2013; BRASIL, 2012; GABRIEL; SANTOS; VASCONCELOS, 2008; KWAN et al., 2005; LEE, A.; CHENG; ST LEGER, 2005; YOUNG, 2005).

No cenário brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) concebe ser de grande relevância trabalhar a saúde na perspectiva da promoção, especialmente em ambientes escolares. A Portaria Interministerial 766/GM de 2001 preconiza os

Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação, sendo estes: a pluralidade cultural; a ética; a orientação sexual; a cidadania; o meio ambiente e o trabalho. (BRASIL, 2002).

As ações de promoção de saúde em ambientes escolares estão presentes nas políticas nacionais desde 2006, com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ou seja, a política transversal e intersetorial em que o ambiente escolar ganha ênfase como local para redução de riscos e de agravos à saúde. Esta tem como estratégia de intervenção o apoio às EPS, ressaltando as ações pautadas na alimentação saudável, na redução da mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e de drogas, na prevenção aos acidentes de trânsito, no estímulo à cultura de paz, no desenvolvimento sustentável, nas atividades físicas e no ambiente livre de tabaco. (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde na Escola (PSE) resume uma ação conjunta entre MS e Ministério da Educação (ME) que prioriza a atenção integral à saúde dos escolares de escolas públicas e de unidades de saúde, com a coordenação das Estratégias de Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2007a, 2007b; BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2007). No PSE, algumas ações são essenciais, dentre as quais: a promoção da saúde; acultura de paz; a articulação das ações de saúde com a educação básica; a promoção da cidadania; o fortalecimento do enfrentamento de vulnerabilidades no campo da saúde; a promoção da comunicação entre escolas e unidades de saúde acerca da saúde dos estudantes; e o fortalecimento da participação comunitária. (BRASIL, 2009).

Embora ainda incipientes, a literatura já oferece relatos de iniciativas voltadas à avaliação de todo o processo de promoção de saúde e de cuidados em saúde específicos para pessoas que vivem em ambientes escolares.

### **2.3 Avaliação da Promoção de Saúde em Ambientes Escolares**

Donabedian (2003) viabiliza um modelo de avaliação de serviços de saúde que pode, em alguns aspectos, contribuir para o esforço de avaliar a promoção de saúde nas escolas. Para tanto, fundamenta a avaliação dos serviços de saúde em três componentes, a saber:

- a) estrutura;
- b) processo;
- c) resultado.

Na estrutura, avaliam-se as características dos recursos empregados na atenção em saúde. No que se refere ao processo, são as descrições das atividades do serviço; já o resultado descreve o estado de saúde individual ou populacional, incluindo-se as alterações no *status* da saúde, e os resultados envolvem indicadores da qualidade do cuidado nos diferentes serviços de saúde. Os diferentes instrumentos conhecidos mensuram que a promoção de saúde em escolas operando com dimensões comparáveis aos três componentes fundamentais de Donabedian (2003).

Fazel et al. (2014), destacam a importância das escolas possuírem estruturas de saúde mental. O relacionamento insatisfatório entre alunos e professores - item de processo - é apontado como possível preditor para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos e o baixo rendimento escolar, que corresponderiam a itens de avaliação de resultados. Nessa perspectiva, buscam uma alternativa à questão com a implementação, nas escolas, de serviços de saúde mental. A oferta auxiliaria os escolares na apropriação de habilidades sociais, de comportamentos positivos, de inclusão social e de resolução de problemas. Com a promoção de saúde mental, se torna possível mapear o uso de substâncias, o risco de suicídio, os sintomas depressivos e ansiosos entre os escolares. Ademais, há evidências de que o clima escolar positivo estimula o aumento da atividade física e diminui o uso de drogas entre os escolares, a gravidez na adolescência e os comportamentos violentos.

Para assegurar a efetivação dos programas de promoção de saúde na escola, Chi et al. (2014) promoveram um estudo de intervenção com 3763 estudantes de instituições de Taiwan. Na oportunidade, quarenta e cinco escolas contavam com o programa de saúde na escola e noventa e oito não, e o objetivo se concentrava em avaliar o uso de medicação entre os alunos, considerando-se que, nas instituições com ações de promoção à saúde, os escolares tinham mais conhecimento sobre o tema e apresentavam maiores habilidades em relação ao uso de medicação, ou seja, se buscava detectar se havia realmente necessidade de ingerir medicação e abordar o consumo de medicação sem receita médica.

Comparando-se as escolas, houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) em relação aos conhecimentos dos escolares e às habilidades sobre uso de medicação. No que se refere ao ambiente escolar, enfatizou-se a confecção de cartazes e de boletins de saúde com explicações sobre o uso de medicação. Os

resultados do estudo indicaram que a implementação desse programa nas escolas acerca do uso correto de medicação teve efeito positivo nas habilidades dos escolares, salientando a importância da ação nas escolas. (CHI et al., 2014).

Os instrumentos de avaliação de promoção de saúde utilizados em Hong Kong e na Austrália são baseados na Carta de Ottawa, com relevância às políticas de saúde na escola, às habilidades pessoais, ao ambiente físico e aos serviços de saúde. (PINTO et al., 2016). Em Hong Kong, no ano de 1998, o programa *Health Promotion School* - que posteriormente foi intitulado *Hong Kong Health Schools Award Scheme* (HKHSA) - tinha o escopo de estimular as escolas a aderirem aos programas de promoção de saúde. Para isso, foi desenvolvida uma proposta de avaliação para as escolas instrumentalizada por questionários com os estudantes e com os diretores das escolas, por observação direta da escola, por avaliação curricular, por grupos focais com professores e alunos e por entrevistas semiestruturadas.

No ano de 2001, noventa e oito escolas aderiram ao HKHSA, participando de um estudo para medir suas ações de promoção de saúde. Para a descrição do perfil de saúde dos escolares, os pesquisadores usaram áreas definidas pela OMS, como o ambiente escolar físico e social, os serviços de saúde da escola, as habilidades sociais em saúde e o relacionamento com a comunidade. (LEE, A.; CHENG; STLEGER, 2005, 2007). Na mesma direção, a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e os Centros de Prevenção e Controle de Doenças realizaram ampla pesquisa sobre saúde escolar, o que resultou no Inquérito *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), aplicado inicialmente em escolares de treze a quinze anos de escolas públicas e privadas com o intuito de fornecer dados sobre o comportamento de saúde e os fatores de proteção entre os escolares, abrangendo dez temas centrais, dentre eles:

- a) uso de álcool;
- b) comportamento alimentar;
- c) uso de drogas;
- d) higiene;
- e) saúde mental;
- f) atividade física;

- g) fatores de proteção;
- h) comportamento sexual;
- i) uso de tabaco;
- j) violência e lesões não intencionais.(LASSERRE; VISWANATHAN; BOVET, 2008; VISWANATHAN et al., 2008).

O estudo conduzido na Austrália com 294 escolas primárias utilizou um instrumento para avaliar a promoção de saúde nas escolas composto por itens que avaliavam cinco dimensões, dentre as quais, o ambiente físico e social; as relações da escola com a comunidade; as habilidades sociais dos alunos; e o acesso aos serviços de saúde. Com isso, classificou as escolas conforme seus escores, em pouco promotoras de saúde, moderadas e promotoras de saúde. (LEMERLE, 2005).

Outro instrumento que vale referir é a escala coreana para mensurar a promoção de saúde nas escolas cuja base são as diretrizes da OMS. A versão final do instrumento conta com trinta e sete itens, distribuídos em sete fatores: serviço de nutrição escolar; políticas de saúde na escola; e ambiente físico e escolar; ambiente social escolar; relação com a comunidade e habilidades; e comportamentos de saúde individuais.(LEE et al., 2013).Por sua vez, o instrumento norte-americano desenvolvido entre o Centro de Controle e Doença (CDC), as organizações governamentais e as não governamentais resultou no *School Health Index* (SHI) - meio que observava o desenvolvimento de políticas escolares através de ações para a alimentação saudável, a atividade física, o ambiente livre de tabaco e as questões de segurança. (SHERWOOD-PUZZELLO et al., 2007).

Importa comentar ainda que nenhum dos instrumentos supracitados se adapta à realidade brasileira, estes contém escala Likert, que é bastante aceita com múltiplas opções de resposta, mas não define se determinado item existe ou não na escola, gerando pouca objetividade e não possuem observação direta ou são aplicados a diversos integrantes da comunidade escolar.(LASSERRE; VISWANATHAN; BOVET, 2008; LEMERLE, 2005; SHERWOOD-PUZZELLO et al., 2007; VISWANATHAN et al., 2008).

Todavia, vê-se um instrumento de avaliação do envolvimento das escolas em promoção de saúde desenvolvido em consonância com os indicativos da OMS e adequado ao contexto brasileiro. (PINTO et al., 2016). Sua versão validada conta

com vinte e oito itens, com respostas de sim/não, divididos em três dimensões – a pedagógica, a estrutural e a relacional. O instrumento postulado por Pinto et al., (2016), em suas dimensões, traz itens que poderiam ser agrupados (tomando-se Donabedian (2003) como referência) em indicadores de estrutura e processo.

#### **2.4 Possíveis Relações entre Promoção de Saúde na Escola e Uso de Drogas**

O estudo conduzido na Holanda -o qual selecionou 336 alunos de uma escola, acompanhados por três anos - agregou dados coletados antes e após a intervenção composta por ações de promoção à saúde, como: elaboração de políticas escolares que não permitissem o uso de álcool, de tabaco e de drogas nas dependências escolares; tolerância zero ao *bullying*; criação de um ambiente escolar saudável (ambiente livre de tabaco, cantinas com alimentos saudáveis); envolvimento dos pais em atividades curriculares; desenvolvimento das habilidades pessoais dos alunos; e maior engajamento com a comunidade em geral.

Após três anos, notaram-se mudanças significativas no que trata do consumo de álcool, do tabagismo e do sedentarismo. Antes do programa de promoção à saúde, identificava-se o consumo de álcool em 91% dos estudantes e, após três anos do programa, a taxa reduziu para 76%; também se apurou queda no comportamento de ingestão de bebidas em *Binge* - inicialmente de 63% para 49%. As escolas promotoras de saúde possuíam um programa que avaliava aspectos nutricionais, atividade física, comportamento sexual, consumo de álcool, uso de drogas e tabagismo, e o estudo refletiu acerca dessa ação na prevenção ao uso indevido de álcool e de outras drogas. (BUSCH; DE LEEUW; SCHRIJEVERS, 2013).

Na mesma linha, a pesquisa de Maes e Lievens (2003) conduzida em vinte e nove escolas belgas, com 3225 escolares com faixa etária de doze a vinte e um anos e média de idade de 13,6 anos, analisou as características individuais dos alunos (demográficas, comportamentais, relacionamento com os colegas, com os pais e percepção da escola) e também características administrativas da escola (organização, estrutura, clima e políticas de promoção de saúde). Nos ambientes considerados satisfatórios pelos alunos, houve diminuição dos comportamentos de tabagismo e de consumo de bebida e aumento na prática de atividade física e conscientização sobre o uso de medicamentos. A evasão escolar esteve associada ao maior consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo entre os escolares.



As revisões sistemáticas de Dobbins et al. (2009), Lima-Serrano e Lima-Rodríguez (2014) e Peters et al. (2009) apreciaram o efeito das intervenções de promoção de saúde nas escolas em relação à atividade física, ao uso de drogas, à violência, à nutrição e à sexualidade, e todas demonstraram que tais ações diminuem os comportamentos de uso de drogas e de violência entre os alunos. No estudo de Lima-Serrano e Lima-Rodríguez (2014), foram analisados trinta e cinco artigos, sendo dezessete europeus, doze americanos e quatro com meninas estudantes de uma comunidade rural. Todas as intervenções tiveram como foco principal os alunos e as escolas, porém algumas foram realizadas em outros contextos, como a família e a comunidade. Para tanto, valeram-se de aulas interativas, para a melhoria da acessibilidade através de mudanças no ambiente e de atividades com os pais e com a comunidade.

No ponto de vista das escolas promotoras de saúde, a temática sobre o uso de substâncias psicoativas é bastante frequente. Num estudo randomizado, em Taiwan (HUANG et al., 2012), foram selecionados 441 estudantes da sétima série, em que 143 estavam no grupo experimental que receberam dez sessões de quarenta e cinco minutos de intervenções. As atividades consistiram em filmes de animação, em histórias, em planilhas e em *role-play*.

Os outros estudantes foram divididos em 142 participantes no grupo convencional e 156 no grupo controle. Os estudantes no grupo experimental comparados ao grupo controle mostraram atitude melhor em relação ao uso de substâncias psicoativas e em habilidades sociais. Em comparação ao grupo convencional, o grupo experimental possuía escores significativamente maiores pós-teste para quatro dos cinco resultados, incluindo habilidades para a vida (96,53 vs 90,92,  $p < 0,001$ ), atitude (27,43 vs 24,40,  $p = 0,012$ ), norma subjetiva (29,51 vs 28,06,  $p = 0,002$ ) e controle comportamental percebido (18,59 vs 16,81,  $p < 0,001$ ). O estudo evidenciou ainda a eficácia das escolas promotoras de saúde no que diz respeito ao uso de drogas entre escolares. (HUANG et al., 2012).

Os fatores em relação ao sentimento de segurança e de pertencimento ao espaço escolar são analisados no estudo de Fletcher et al. (2009). Nessas escolas, a maioria dos estudantes era de etnia negra e não havia ações de promoção de saúde. Os escolares relataram um ambiente escolar inseguro, em que a formação de identidade entre os alunos e o sentimento de pertencimento entre grupos ocorria

através do uso de maconha. Por outro lado, as escolas tinham atitudes repreensivas, de desligamento dos alunos, que, ao serem excluídos, continuaram o uso de maconha.

Os registros do inquérito *Health Behaviour in School-Age Children Survey* (HSBC) nos anos de 2009 e 2010, com 1255 estudantes de escolas de Ensino Médio inglesas, mostraram que o comportamento de risco - entendido como consumo de álcool, embriaguez, tabagismo, uso de maconha e prática sexual sem proteção - esteve inversamente associado com o sentimento dos escolares pertencerem e sentirem-se amparados no ambiente escolar (OR= 0,71; IC95%: 0,563-0,975; p=0,02). (BROOKS et al., 2012).

Nos estudos arrolados, percebeu-se a importância da efetivação de ações de promoção de saúde nas escolas e, principalmente, da criação e da manutenção de ambientes saudáveis. Nesse sentido, ações que envolvam o entorno escolar mostram-se de grande impacto nos comportamentos citados, podendo diminuí-los, como ocorre com o uso de substâncias psicoativas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos**

Com a finalidade de responder à demanda que sintetiza o problema de pesquisa, formularam-se objetivos que são redigidos nesta seção.

##### **3.1.1 Objetivo Geral**

Investigar a relação entre a promoção de saúde nos ambientes escolares e o consumo de substâncias psicoativas por seus alunos, em dois municípios de médio porte do Sul do Brasil.

##### **3.1.2 Objetivos Específicos**

Elencam-se como objetivos específicos:

- a) descrever a amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e familiares;
- b) estimar as prevalências do uso no ano de tabaco, de álcool e das drogas ilícitas;
- c) presumir o escore de promoção de saúde nas escolas, através do instrumento de avaliação preconizado por Pinto et al. (2016);
- d) testar a associação entre o grau de promoção de saúde no ambiente escolar e o uso no ano de tabaco, de álcool e de drogas ilícitas, controlando para as variáveis individuais dos escolares.

#### **3.2 Hipótese**

Ambientes escolares com maior grau de promoção de saúde se associarão com menor prevalência de uso no ano de substâncias psicoativas pelos escolares.

#### 4 JUSTIFICATIVA

A legislação brasileira restringe o uso de álcool e de tabaco a pessoas com idade igual ou inferior a dezoito anos, portanto, o consumo de qualquer substância por escolares é ilegal, segundo normatiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). As evidências de maior exposição a riscos com o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, de tabaco ou de drogas ilícitas tornam o uso de substâncias por crianças e por adolescentes um tema prioritário em se tratando de políticas públicas.

Ademais, as políticas e os programas de saúde na escola que não englobam apenas a temática de uso de drogas são de grande relevância. Não está esgotado o estudo da relação entre ambientes escolares e uso de drogas, mas há muita expectativa e algumas amostras de que escolas que realizam ações de promoção de saúde apresentem menores prevalências de uso de drogas entre seus alunos. O acompanhamento dessas ações faz então emergir a necessidade de avaliação dos programas e dos instrumentos que servem para mensurar as políticas de promoção de saúde na escola já utilizadas em outros países.

Por conseguinte, este estudo quer empregar um instrumento brasileiro recentemente validado que avalia ambientes escolares quanto ao seu alinhamento com as diretrizes de promoção de saúde. A compreensão e a avaliação da relação entre as condições do ambiente escolar e os comportamentos dos jovens, no que se refere às substâncias psicoativas, podem contribuir para a qualificação dos esforços nessa área. Neste sentido, o projeto permitirá a divulgação de informações relativas a municípios de médio porte e do interior do Estado não cobertos em estudos nacionais, que geralmente se concentram em grandes cidades e em capitais estaduais.

## 5 MÉTODO

O presente projeto utilizará dados de três estudos, todos apresentados a seguir e denominados, genericamente, como estudos de base. Mais adiante, delineiam-se os procedimentos que preparam o banco comum e a análise pretendida para atender aos objetivos aqui estipulados.

Os estudos de base abrangem escolas de todas as redes de ensino de dois municípios de porte médio do interior do Estado do Rio Grande do Sul - Lajeado e Sapiranga. Lajeado é uma cidade de médio porte, localizada na Região Noroeste do Estado -mais precisamente, a 117 quilômetros da capital, Porto Alegre -cuja população se estima alcançar 71.445 habitantes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2014a). Já Sapiranga é um município também de médio porte que se situa no Vale do Rio dos Sinos, a sessenta quilômetros de distância da capital, com população aproximada de 74.985 habitantes. (IBGE, 2014b).

O município de Lajeado, em 2010, contabilizava aproximadamente quinze mil matrículas distribuídas entre as redes escolares existentes, e cerca de 6,5 mil relativas a jovens entre doze e dezessete anos, distribuídos entre escolas da rede pública municipal, estadual e privada. O município de Sapiranga somava em sua rede educacional, à época da pesquisa, 15,8 mil matrículas distribuídas entre as redes escolares, sendo aproximadamente 8,9 mil relativas a jovens da faixa etária de interesse. No município de Lajeado, os escolares se distribuíam em trinta e três escolas e, em Sapiranga, em vinte e duas, totalizando cinquenta e cinco escolas incluídas. (POLETTO et al., 2015).

### 5.1 Estudos de Base

Realizam-se estudos transversais, de base escolar, entre os meses de junho e setembro de 2012, com uma amostra representativa de escolares de doze a dezessete anos de idade, dos municípios de Lajeado/RS e de Sapiranga/RS. Justifica-se a escolha pela população de escolares devido ao fato de os jovens serem considerados mais suscetíveis ao uso de drogas. Além do que, a escola pode representar um cenário para a proposição de ações e de políticas específicas para o tema.

Os projetos específicos para cada município foram:

- a) *crack e outras substâncias entre escolares do município de Lajeado/RS* - financiado pelo poder público local com recursos do Fundo Municipal de Entorpecentes, em parceria com a Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (UNIVATES), universidade local;
- b) *prevalência e fatores associados ao uso de substâncias psicoativas por adolescentes do município de Sapiranga/RS*, financiado com recursos próprios da equipe de pesquisa e apoio do poder público local;
- c) *a promoção de saúde na escola e sua relação com o uso de drogas por estudantes* -a coleta de dados foi realizada com cinquenta e três escolas participantes dos estudos citados, através de entrevistas com gestores e da observação direta nas mesmas escolas visitadas nos dois estudos anteriores (exceto por duas escolas em que houve recusa em participar do último estudo). Nessa etapa, aplicam-se entrevistas com gestores das escolas ou com seus representantes e visitas para o preenchimento de itens de observação direta pelo entrevistador.

Os projetos “a” e “b” tiveram como objetivo principal estudar a prevalência do consumo de substâncias psicoativas e fatores associados entre estudantes de doze a dezessete anos de idade, de todas as redes de ensino de Sapiranga/RS e Lajeado/RS. Nos dois estudos se aplicou o mesmo instrumento, possibilitando assim integrar seus bancos de dados. Reitera-se que a coleta de dados nos dois municípios ocorreu entre junho e setembro de 2012, empregando-se questionários de auto-preenchimento nas salas de aula das turmas sorteadas.

O cálculo do tamanho da amostra foi definido com base nos objetivos dos estudos originais, voltados à estimativa de prevalências dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias. Para o cálculo amostral do estudo “a”, assumiu-se o nível de significância de 95% e o poder estatístico de 80%. Como o *crack* se caracterizou como uma droga de baixa prevalência, optou-se pela margem de erro de 0,5 pontos percentuais, chegando ao total necessário de 1809 indivíduos que, acrescentados 10% para perdas e recusas, somam 1989.

O cálculo do tamanho de amostra para estudo de associação considerou como fatores de risco determinadas variáveis, tais como: sexo, idade, nível

socioeconômico, atividade de trabalho, coabitação, relacionamento com mãe, relacionamento com pai, turno de aula, falta à aula no mês, uso de álcool pelos pais, prática religiosa, ter sofrido/presenciado violência ou maus tratos. Com base no cálculo, estimou-se ser necessário obter cerca de 1990 entrevistas proporcionalmente distribuídas entre sexo e redes de ensino.

No estudo “b”, o processo amostral utilizou estimativas com nível de confiabilidade de 95%, com poder estatístico de pelo menos 80%, com erro aceitável de até 0,35% para as prevalências mais baixas (até 1%) e erro aceitável de até 1,3% para as prevalências mais elevadas (de até 85%). O cálculo de tamanho de amostra, a exemplo do estudo realizado em Sapiranga/RS, também considerou uma amostra necessária de cerca de 1990 indivíduos, já contabilizados 10% para perdas e recusas.

Finalmente, no estudo “c”, foi adotado o mesmo cálculo amostral dos estudos I e II, necessitando de uma amostra de 1809 estudantes, acrescentando 10% para perdas e recusas. Concluiu-se que seria necessária uma amostra com 1990 escolares. Os bancos de dados de Sapiranga/RS (1810 entrevistas) e de Lajeado/RS (2105 entrevistas) reúnem um total de 3915 entrevistas.

Também se elaboraram amostragens aleatórias, preservando-se a proporcionalidade por sexo, por idade e por rede de ensino (pública municipal, pública estadual e privada) na população geral, nos dois municípios que sediaram os estudos. Ao todo, foram realizadas entrevistas em 214 turmas nas escolas de Lajeado/RS e em 75 turmas nas escolas de Sapiranga/RS. A diferença no número de turmas visitadas entre os dois municípios deve-se ao fato de que, nas escolas de Lajeado, a densidade de alunos por turma é menor do que nas escolas de Sapiranga, o que exigiu número maior de turmas a serem visitadas.

Os entrevistadores foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Educação de Sapiranga/RS e de Lajeado/RS, todos com pelo menos dezoito anos de idade e com Ensino Médio completo. Para tanto, participaram de um período de sensibilização e de treinamento que incluiu leitura e discussão dos instrumentos que foram aplicados, além de um estudo-piloto que permitiu corrigir pequenas falhas na execução dos procedimentos e solucionar dúvidas quanto à apresentação de algumas questões do questionário empregado. A equipe de Sapiranga foi composta

por oito entrevistadores e dois coordenadores de campo, e a equipe de Lajeado, por seis entrevistadores e um coordenador de campo.

Em cada escola foi solicitado que a direção mobilizasse as famílias dos alunos das séries a serem entrevistadas, por meio de encontros com o coordenador do estudo e de distribuição de material explicativo impresso, com a finalidade de mobilizar a participação das famílias, além de prevenir ou de reduzir riscos de desinformação, de interpretação errônea ou de estigmatização dos participantes do estudo.

Os TCLEs (Termos de Consentimento Livre e Esclarecido) foram enviados através dos alunos a seus responsáveis, que deveriam optar pela participação - ou não - do adolescente na pesquisa. Solicitou-se aos responsáveis que os jovens devolvessem as autorizações na escola até a data agendada para as entrevistas, para a obtenção das autorizações formais a partir da assinatura do documento pelo responsável adulto pelo aluno. Os familiares foram orientados a instruir seus dependentes a receber o questionário e a não responder, caso não concordassem com sua participação no estudo, o que foi lembrado aos alunos no dia da aplicação. Os TCLEs foram recolhidos no mesmo momento da aplicação dos questionários para evitar a identificação dos respondentes.

As turmas sorteadas foram visitadas e, depois de feitas as apresentações iniciais e distribuídos os questionários, foi pedido aos sujeitos o preenchimento individual. Excluíram-se pessoas com deficiência cognitiva ou física que por esse motivo fossem incapazes de responder o questionário. Além do mais, os que não desejaram participar do estudo, assim como os que não tiveram autorização de seus responsáveis, foram solicitados a manter o instrumento do estudo sobre a mesa, apenas não o preenchendo. Nesse momento, foi reforçada a orientação de que não registrassem nos instrumentos nenhum dado de identificação, como nomes, apelidos ou marcas pessoais. Após o término do trabalho, os questionários auto-administrados - preenchidos ou não - foram depositados em uma urna lacrada que circulou pela sala e que só foi aberta na sede do grupo de pesquisa, sem possibilidade de retorno ou de identificação de cada respondente.

Com vistas ao controle de qualidade na coleta de dados, as entrevistas com escolares foram promovidas sempre por mais de um entrevistador em cada momento e a coordenação dos estudos fez visitas não programadas, de forma



aleatória, aos locais sorteados para a aplicação dos questionários. Os questionários continham seis pares de questões repetidas, afastadas na estrutura do questionário, cuja repetição de respostas confirmava a consistência e a atenção do entrevistado no seu preenchimento, e a não repetição de um ou mais pares determinava a eliminação do questionário. Os dados foram submetidos à dupla digitação para detectar e corrigir eventuais erros.

Inicialmente, foram realizadas 3915 entrevistas e eliminados 368 questionários (9,4%) por apresentarem inconsistências em questões duplicadas. Como houve recusa de duas escolas em participar do terceiro estudo de avaliação do ambiente escolar, perderam-se, para fins deste trabalho, as entrevistas com seus escolares, num total de 83 indivíduos (2,1%). Foram consideradas válidas e integradas ao banco de dados comum aos estudos de base, 3547 entrevistas. Este estudo, portanto, se estrutura por 3464 entrevistas com escolares e 53 escolas.

## **5.2 Instrumentos**

O instrumento auto-aplicável proposto aos escolares foi construído especificamente para os estudos de base, a partir de instrumentos empregados em estudos nacionais (CARLINI et al., 2010; GALDURÓZ et al., 2005), padronizado e pré-testado (Anexo A), com questões elaboradas relativas aos seguintes aspectos:

- a) informações sociodemográficas;
- b) relacionamento interpessoal no ambiente escolar;
- c) desempenho escolar;
- d) meios de transporte utilizados;
- e) orientações sobre uso de drogas;
- f) utilização do ambiente escolar;
- g) hábitos de vida, crenças e sentimentos;
- h) participação em grupos de convivência;
- i) percepção de segurança;
- j) uso de computador e internet;
- k) saúde pessoal;
- l) sexualidade;
- m) prática de atividade física;

- n) violência física e psicológica;
- o) contexto social;
- p) padrão de consumo de substâncias psicoativas;
- q) consumo de substância por familiares e por conhecidos.

Alguns instrumentos validados foram anexados às questões formuladas pela equipe. Além das variáveis apresentadas mais adiante, no plano de análise, fazem parte do modelo proposto para este estudo os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; SANTOS et al., 2010) e de Avaliação do Ambiente Escolar (PINTO et al., 2016), empregados no terceiro estudo de base.

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é a versão de vinte itens do SRQ-30 para o rastreamento de transtornos mentais não psicóticos, com respostas do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final, por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico (transtornos psiquiátricos menores, como a depressão e a ansiedade), variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte de melhor desempenho foi de 6/7 para a população investigada, revelando desempenho razoável com área sob a curva de 0,789 (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; SANTOS et al., 2010).

O instrumento desenvolvido e validado por Pinto et al. (2016) (Anexo B) foi inspirado nas diretrizes da OMS para avaliar as condições de promoção de saúde na escola de acordo com o contexto brasileiro. O instrumento possui confiabilidade aceitável, com Alpha de Cronbach acima de 0,6 para a maioria de suas escalas ou subescalas, o que simboliza um índice considerado satisfatório para um construto homogêneo. O instrumento é composto por três dimensões - pedagógica, relacional e estrutural:

- a) dimensão pedagógica: contempla temas e atividades relacionados ao processo de aprendizagem, na perspectiva de se chegar a ambientes saudáveis. Consideram-se como itens relevantes e passíveis de ser trabalhados de modo pontual ou transversal: alimentação saudável, atividade física, cuidados pessoais de higiene, saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas, cultura de paz, direitos

humanos, habilidades pessoais para a interação, a inclusão, o respeito, a iniciativa e a tolerância;

- b) dimensão estrutural: envolve os recursos físicos, a capacidade instalada e a adequação dos espaços para as atividades. Também aparecem itens a respeito do relacionamento com a comunidade do entorno da escola e das parcerias que ampliam recursos para a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Ainda são abordadas questões sobre ambiente social da escola, englobando regras sobre direitos e deveres e eventos de violência entre/na comunidade escolar;
- c) dimensão relacional: compõe-se de itens considerados necessários na construção de costumes na escola, um *ethos* promotor de um ambiente agradável do ponto de vista social, nas relações e na condições estabelecidas na comunidade escolar. Congloba aspectos sobre o relacionamento entre alunos, professores e comunidade, a ocorrência ou não de violência, além de ações de estímulo ao protagonismo dos alunos e ao respeito às normas de convivência.

### 5.3 Variáveis

O estudo pretende como desfecho avaliar o uso no ano de tabaco, de álcool, e de drogas ilícitas por escolares. Para a consecução dos dados, vale-se da aplicação do questionário padronizado auto-aplicado. O Quadro 1 descreve como foram coletadas tais informações. Cumpre esclarecer que se tratam de variáveis dicotômicas, todas com respostas do tipo SIM/NÃO.

**Quadro 1– Descrição das variáveis dependentes e forma de mensuração**

<b>Uso no ano de:</b>	<b>Pergunta no questionário</b>
<b>Álcool</b>	De um ano para cá, você tomou algum tipo de bebida alcoólica?
<b>Tabaco</b>	De um ano para cá, você fumou algum cigarro?
<b>Drogas Ilícitas</b>	Resposta SIM a, pelo menos, uma das seguintes questões: De um ano para cá, você usou maconha? De um ano para cá, você usou alguma destas formas de cocaína (cocaína em pó aspirada ou injetada, cocaína injetada na veia, <i>crack</i> , oxy, pitico ou macaco ( <i>crack</i> na maconha, bazuka ou pasta de cocaína)? Dê um ano para cá, você usou ecstasy? Dê um ano para cá você cheirou um desses produtos (lança-perfume, loló, cola, gasolina, benzila, acetona, tíner, removedor de tinta, aguarrás, éter esmalte, tinta)?

Fonte:Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas(2012).

A exposição de interesse deste estudo representa o escore de promoção de saúde nas escolas, obtido pela aplicação do instrumento de avaliação de ambiente escolar de Pinto et al. (2016), que se divide em três dimensões: estrutural, pedagógica e relacional (como mostra o Quadro 2).

**Quadro 2 – Descrição da exposição e sua forma de mensuração**

(continua)

Dimensão	Fator	Item
<b>Estrutural</b>	Acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- [q] A escola possui ambiente físico que permita o acesso dos alunos com necessidades especiais às atividades educativas conferidas aos demais?</li> <li>- [o] A escola possui ambiente físico que permita o acesso de pessoas portadoras de necessidades especiais a todas as atividades, como rampas, piso e salas compatíveis com a circulação de cadeiras de roda?</li> <li>- [o] O acesso ao interior da escola é exclusivo por portão (ou assemelhado) monitorado por porteiro ou vigilante de modo permanente?</li> </ul>
	Condição sanitária	<ul style="list-style-type: none"> <li>-[o] O espaço físico/área de lazer coberta e ao ar livre em condições adequadas para atividades recreativas, não contando as áreas reservadas à prática de esportes, com área equivalente a pelo menos 1/3 da área total ocupada com salas de aula (não computar áreas de circulação).</li> <li>-[q] A escola possui equipe própria de saúde ou conta com o apoio de alguma equipe de serviço local de saúde que realiza avaliações periódicas de saúde e orientações a seus alunos?</li> <li>-[o] Os banheiros possuem condições de uso e equipamentos adequadamente preservados (vasos sanitários limpos e com água, descarga adequada, acesso às pias para higiene das mãos e limpeza geral) e escovódromo ou estruturas adequadas para escovação de dentes das crianças, incluindo-se as menores?</li> </ul>
	Conservação e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>[o] Há evidência de problemas de conservação da estrutura, como presença de cadeiras quebradas em uso, buracos, goteiras, telhas quebradas, risco de quedas devido às condições do piso ou outros?</li> <li>[o] A biblioteca é em sala exclusiva, com mesas para consulta, cadeiras, estantes, proteção nas janelas com incidência de sol e um mínimo de assentos equivalente a, no mínimo, 50% dos alunos da maior turma da escola?</li> <li>[q] A escola possui condições estruturais compatíveis com preservação ambiental (uso sustentável de energia, plantio de árvores, reciclagem de lixo)?</li> </ul>

(conclusão)

Dimensão	Fator	Item
<b>Pedagógica</b>	Drogas e Sexualidade	[q] Há atividades educativas na escola que estimulam o debate sobre os riscos associados ao consumo de: - bebidas alcoólicas; - tabaco (cigarros, charutos); - drogas ilícitas. - (questionado) Atividades educativas que promovam o debate sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).
	Autocuidados	[q] Há atividades educativas sobre alimentação saudável nos diferentes espaços da escola? [q] Há atividades educativas relativas às habilidades pessoais como empatia, relacionamento interpessoal, tomada de decisões, pensamento crítico e criativo, manejo de tensões e/ou estresse, conhecimento de si mesmo? [q] Há atividades educativas que abordem e estimulem a prática da higiene corporal na escola?
	Paz e Qualidade de vida	[q] Atividades educativas sobre cultura de paz e direitos humanos? [q] Atividades educativas relativas à prática de exercícios físicos na escola, não considerando aquelas que fazem parte do currículo de Ed. Física (como realização de jogos, gincanas, danças, lutas, corrida, ginástica, esportes coletivos ou outros)? [q] Atividades educativas de estímulo à reflexão e à discussão sobre violências (doméstica, sexual e outras)?
	Violência e Preconceito	[q] Atividades educativas de estímulo à reflexão e discussão sobre: - <i>bullying</i> (hostilidade, coação, constrangimento); - discriminação e preconceito.
<b>Relacional</b>	Relações com a comunidade	-[o] De modo geral, ao circular pela escola, o ambiente pode ser: -[o][INVERT] Evidência de danos físicos à escola, como pichações, depredações ou -[q] A sua escola participa de organizações ou possui parcerias de interesse da população da comunidade local?
	Relações na escola	[q] [INVERT] Nos últimos 30 dias letivos, ocorreram episódios de brigas/discussões? [q] [INVERT] Nos últimos 30 dias letivos, ocorreram agressões verbais no ambiente? [q] [INVERT] Nos últimos 30 dias letivos, ocorreram agressões verbais no ambiente escolar entre alunos e professores?

Fonte: Pinto et al. (2016).

Cada uma das dimensões é composta por fatores que se definem pela articulação de diferentes itens. Alguns deles são obtidos por respostas do gestor escolar ou seu representante, identificados por [q] questionados, e outros por observação direta do entrevistador, identificados por [o]. Todos os itens são variáveis dicotômicas, com respostas do tipo SIM/NÃO. Para a totalização dos escores, as respostas SIM são computadas como 1 ponto, e NÃO como 0, exceto para alguns itens que são considerados de modo inverso (identificados pela anotação [*INVERT*]).

Os escores poderão variar de 0 (zero) a 4 (quatro) pontos para o fator Drogas e Sexualidade, da dimensão pedagógica, ou de 0 (zero) a 3 (três) pontos para cada um dos demais fatores. Assim, a dimensão estrutural terá escore total variando de 0 (zero) a 9 (nove) pontos; a pedagógica, de 0 (zero) a 13 (treze) pontos; e a relacional de 0 (zero) a 6 (seis) pontos. O escore total de cada escola pode variar de 0 (zero) a 28 (vinte e oito) pontos. O escore obtido através do instrumento será operacionalizado com base quartis para cada dimensão. Os dados serão padronizados de 0 (zero) a 100 (cem) e posteriormente categorizados em seus quartis, gerando três categorias: 25% menos promotoras de saúde, 50% intermediárias e 25% mais promotoras de saúde.

Para o controle de fatores de confusão, executa-se uma pré-seleção das variáveis provenientes do banco de dados que, segundo a literatura, possam ter relação com a exposição ou com os desfechos. Mais adiante, o Quadro 3 identifica as variáveis pré-selecionadas com tal finalidade, sua operacionalização para inclusão nesse modelo de análise e as referências que suportam a escolha de cada uma delas. As questões que originam cada uma das variáveis são apresentadas a seguir:

- a) idade: a variável idade foi composta pelo cálculo da idade em anos completos no momento da coleta de dados, tendo por base o ano e o mês de nascimento informados nas questões 1 e 2 do questionário (como se pode verificar no Anexo A);
- b) sexo: obtida na questão 3 (que se vê no Anexo A) por questionamento direto em que se solicita que o entrevistado especifique seu sexo, com as opções de resposta: masculino ou feminino;

- c) prática religiosa: constante na questão 40 (Anexo A), através do questionamento de prática ou de frequência regular em culto religioso, tendo como opção de resposta: não/sim;
- d) desempenho escolar: na questão 31 (Anexo A), através de questionamento direto, sendo 1 para ótimo, 2 para bom, 3 para regular, 4 para ruim e 5 para péssimo;
- e) turno de estudo: presente na questão 25 (Anexo A), através de questionamento direto, em que 1 corresponderia ao turno da manhã; 2 turno ao da tarde; e 3 ao noturno;
- f) atividade sexual: se dá através da questão 56 (que se constata no Anexo A), por questionamento direto, com opção de resposta: sim/não;
- g) escolaridade do responsável: obtida através da questão 7 (Anexo A), por questionamento direto, em que o escolar deve considerar como responsável a pessoa que tiver maior renda em casa. A questão oportuniza cinco alternativas de respostas, correspondendo: 1- analfabeto ou, no máximo, até quarta série do Ensino Fundamental; 2- entre quinta e sétima série do Ensino Fundamental; 3- Ensino Médio completo e 5- Superior completo;
- h) morbidade psiquiátrica (SRQ-20): verificada na questão 80 (Anexo A), com vinte questões relativas à saúde do escolar no último mês, com respostas: sim/não;
- i) atividade física: através da questão 61 (Anexo A), avalia-se a prática regular (no mínimo, três vezes na semana), se o escolar realiza algum esporte, incluindo-se dança, academia e outras atividades. Como alternativa de resposta, aparecem: sim (qual)/não;
- j) relacionamento com pai e mãe: avaliada através das questões 14 e 15 (Anexo A). Na questão 14, pergunta-se sobre o relacionamento com o pai, possibilitando seis tipos de respostas:
- 0- não tenho contato com meu pai;
  - 1- ótimo;
  - 2- bom;
  - 3- regular;
  - 4- ruim; e



- 5- péssimo.

A questão número 15 trata sobre o relacionamento com a mãe, admitindo as mesmas respostas contidas na pergunta sobre relacionamento com o pai;

- k) coabitação com pai e mãe: obtida através das questões 8 e 13 (Anexo A), solicita quantas pessoas moram na mesma casa que o escolar, contando-se com ele, e na questão seguinte, quantas pessoas moram na casa sem contar com ele;
- l) relacionamento entre os pais: por meio da questão 16 (Anexo A), mensura o relacionamento entre eles, pensando nos dois ao mesmo tempo. A pergunta admitia seis respostas em que: 0- eles não têm contato; ou quando eles estão juntos: 1- ótimo; 2- bom; 3- regular; 4- ruim e 5- péssimo;
- m) uso de álcool ou de tabaco por pai/mãe: as questões 89 e 90 (Anexo A) se referem ao comportamento de fumar do pai e da mãe. As respostas foram agrupadas em: 0- não sei; 1- nunca fumou; 2- fuma atualmente e 3- fumava e parou (ex-fumante). As questões 107 e 108 (pertencentes ao Anexo A) concernem ao comportamento de beber de pai e mãe. As respostas estão dispostas da mesma maneira que as questões referentes ao hábito de fumar dos pais;
- n) brigas: nas questões 66 e 67 (Anexo A), o escolar relata se alguma vez na vida sofreu algum tipo de violência física ou de maus-tratos, e se no último ano esteve envolvido em algum tipo de briga. As perguntas admitiam como resposta: sim/não;
- o) vitimização por pares: na questão 71 (Anexo A), indaga-se, de forma direta, se, na vida, o escolar já havia sofrido *bullying*, com resposta: sim/não;
- p) uso de armas: na questão 68 (Anexo A), por questionamento direto, se pergunta se, no último ano, o escolar usou ou carregou algum tipo de arma (canivete, faca, revólver, pistola ou qualquer outro), com respostas: sim/não;
- q) consulta em serviço de saúde: nas questões 53 e 54 (Anexo A), por questionamento direto, se solicita que o escolar informe se, no último ano e

- mês, consultou ou foi atendido no serviço de saúde, com possibilidade de respostas: sim/não;
- r) trabalho: através da questão 5 (Anexo A), por questionamento direto, se averigua se o escolar tinha alguma atividade laboral que recebesse salário. A resposta possível era: sim/não;
- s) relacionamento com os professores: pela questão 29 (Anexo A), se indaga ao estudante como ele classifica o relacionamento com seus professores, com cinco possibilidades de respostas: 1- ótimo; 2- bom; 3- regular; 4- ruim; e 5- péssimo;
- t) relacionamento com os colegas: através da questão 30 (Anexo A), se pede ao entrevistado que avalie seu relacionamento com os colegas, como: 1- ótimo; 2- bom; 3- regular; 4- ruim; e 5- péssimo.

**Quadro 3– Variáveis pré-selecionadas para inclusão no modelo de análise multinível e referências que oferecem evidências de associação com desfecho e exposição de interesses**

(continua)

<b>Variável</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Referência</b>
Idade	Discreta: 12 anos completos; 13 anos completos; 14 anos completos.	Andrade et al.( 2012); Galdurózet al.(2010);Tavares, Béria e Lima (2004).
Sexo	Dicotômica: Masculino; feminino.	Backes et al. (2014); Baus, Kupek e Pires (2002); Strauch et al. (2009); Tavares, Béria e Lima (2004).
Prática religiosa	Dicotômica: Sim/Não.	Strauch et al. (2009); Tavares, Béria, Lima (2004).
Desempenho escolar	Ordinal: Ótimo/Bom/Regular/ Ruim/ Péssimo.	Fazel et al. (2014); Larossa; Palomo (2011); Tavares, Béria e Lima (2004).
Turno de estudo	Polinomial: Manhã/ Tarde/Noite.	Backes et al. (2014); Rodrigues et al. (2009); Silva, E. et al. (2006); Tavares, Béria e Lima (2004).

<b>Variável</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Referência</b>
Rede de ensino	Dicotômica: Pública/ Privada.	Galduróz et al. (2010); Horta, R. et al. (2007); Tavares, Béria e Lima (2004).
Atividade sexual	Dicotômica: Sim/Não	Busch, De Leeuw e Schrijvers (2013); Strauch et al. (2009).
Escolaridade do responsável	Ordinal: Analfabeto ou no máximo até a quarta série fundamental;	Souza, D. e Silveira Filho (2007); Tavares, Béria e

	Entre a quinta e a sétima série fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio completo; Ensino Superior completo.	Lima (2004).
Morbidade psiquiátrica (SRQ-20)	Dicotômica: Sim/Não.	Fang, Barnes-Ceeney e Schinke (2011); Seabra et al. (2008); Strauch et al. (2009).
Atividade física	Dicotômica: Sim/Não.	Tavares, Bérnia e Lima (2004).
Relacionamento com pai e mãe	Ordinal: Ótimo/Bom/Regular/Ruim/Péssimo.	Baus, Kupek e Pires (2002); Benchayaet al. (2011); Tavares, Béria e Lima (2004).
Coabitação com pai e mãe	Dicotômica: Sim/Não.	Clark et al. (2012); Hemoovich et al. (2011); Horta, R., Horta, B. e Pinheiro (2006); Tavares, Béria e Lima (2004).
Relacionamento entre os pais	Ordinal: Ótimo/Bom/Regular/ Ruim/ Péssimo.	Horta, R., Horta, B. e Pinheiro (2006).
Uso de álcool ou de tabaco por pai/mãe	Dicotômica: Sim/Não.	Horta, R., Horta, B. e Pinheiro (2006).
Brigas	Dicotômica: Sim/Não.	Cunha, Castro e Souza (2011); Strauch et al. (2009).
Vitimização por pares	Dicotômica: Sim/Não.	Cunha, Castro e Souza (2011); Strauch et al. (2009).
Uso de armas	Dicotômica: Sim/Não.	Cunha, Castro e Souza (2011).
Consulta em serviço de saúde	Dicotômica: Sim/Não.	Fazel et al. (2014).
Trabalho	Dicotômica: Sim/Não.	Souza, D.e Silveira Filho (2007).
Relacionamento com professores	Ordinal: Ótimo/Bom/Regular/Ruim/Péssimo.	Fazel et al. (2014).
Relacionamento com os colegas	Ordinal: Ótimo/Bom/Regular/Ruim/Péssimo.	Fazel et al. (2014).

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise de dados, as variáveis contínuas e discretas disponíveis no banco de dados se transformam em variáveis categóricas pelo emprego de pontos de corte definidos com base nos quartis. As associações entre desfecho, exposição e as demais variáveis se constatarem pelo teste do Chi Quadrado de Pearson e tendência linear. Para fornecer os desfechos uso no ano de tabaco, de álcool e de drogas ilícitas, utiliza-se a regressão logística multinível. Também se apresentam as

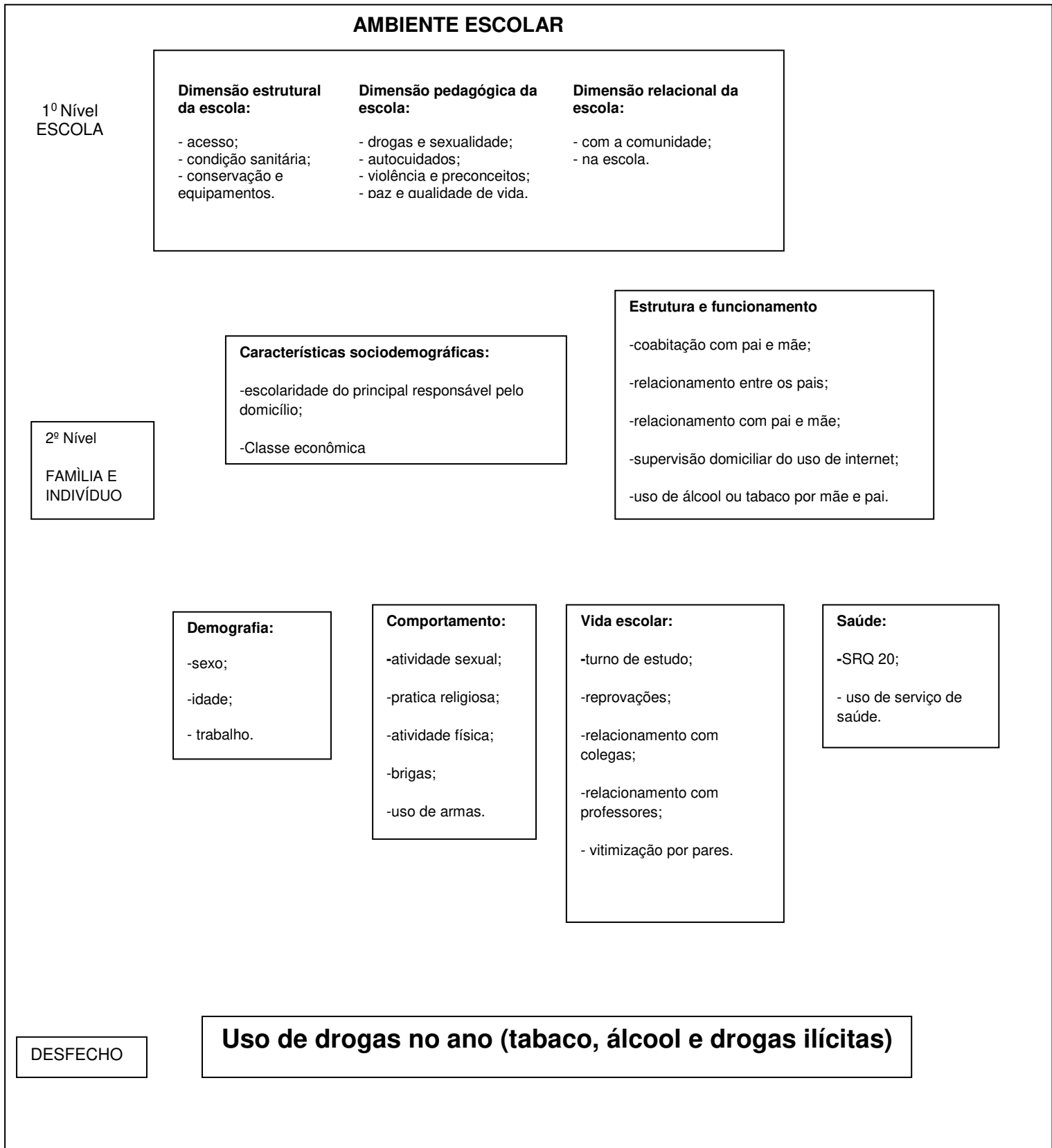
estimativas das razões de *odds brutas* e ajustadas, além de seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) de acordo com modelo apresentado na Figura 1.

A análise multinível é utilizada para comparar estruturas de agregação (variáveis do contexto) e variáveis de nível individual. (PUENTE-PALACIOS; LAROS, 2009; SOUZA, M.; LAROS, 2010; TASSINARI et al., 2007). Para a operacionalização da análise multinível alguns passos precisam ser seguidos, quais sejam:

- a) passo 1: existe a necessidade de criação do modelo vazio, ou seja, somente com o desfecho (aqui os desfechos são: uso no ano de tabaco, de álcool e de drogas ilícitas). O modelo vazio é útil porque propicia a estimativa da correlação entre os níveis. Este modelo torna corretos os erros-padrões, os intervalos de confiança e o teste de hipótese;
- b) passo 2: ajustam-se cada desfecho e cada exposição individualmente, ou seja, faz-se a análise bivariada;
- c) passo 3: são acrescentadas as variáveis individuais para cada desfecho;
- d) passo 4: testar as interações *entre os níveis*, entre as variáveis de exposição (contextuais) e o desfecho.

Incluem-se no modelo, para a análise ajustada, as variáveis pré-selecionadas (como explicitou o Quadro 3) àquelas que estiverem associadas tanto com o desfecho como com a exposição num nível de significância de até 20% ( $p < 0,20$ ). Com a amostra obtida nos estudos de origem desse banco de dados (N= 3464 escolares) e 53 escolas, considerando-se o nível de confiança de 95% e o poder estatístico de 80 % - razão de expostos:não expostos de 1:1 e prevalência no grupo de não expostos de 8 % ou superior, poderão ser estimadas diferenças entre expostos e não expostos com *Odds Ratio* de 1,4 ou mais.

**Figura 1 – Modelo de análise multinível para controle de variáveis de confusão**



#### **5.4 Aspectos Éticos**

As entrevistas com os escolares foram realizadas após a divulgação e o esclarecimento de dúvidas com os alunos e seus responsáveis legais sobre os aspectos inerentes ao estudo. Os TCLEs foram assinados e devolvidos pelos responsáveis, ficando uma cópia do documento com o mesmo (como se pode consultar nos Anexos C e D). Os estudos de base foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) previamente à sua realização, conforme pareceres de números 074/2011 (Lajeado/RS), 028/2012 (Sapiranga/RS) e 025/2013 (diretores das escolas de Lajeado/RS e Sapiranga/RS) (Anexo E).

## 6 ORÇAMENTO

Todos os gastos provenientes da pesquisa serão custeados pelo pesquisador responsável.

MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE	CUSTO UNITÁRIO (R\$)	CUSTO TOTAL
Caneta	4	1.50	6.00
Lápis	2	1.00	2.00
Borracha	2	1.00	2.00
Apontador	1	2.00	2.00
Papel A4 - 500 folhas	1	15.00	15.00
Cartuchos impressora HP	2	75.00	150.00
Impressão	250	0.10	25.00
Pen Drive 4 GB	1	80.00	80.00
Notebook ASUS T1300	1	2.000,00	2.000,00
Livros	8	50.00	400.00
Total geral (R\$)			2.682,00

## 7 CRONOGRAMA

Ano	Semestre	Escolha do tema	Revisão Bibliográfica	Qualificação	Análise de dados	Redação da dissertação	Defesa
2014	1º	X	X				
	2º		X				
2015	1º			X			
	2º				X	X	
2016	1º					X	
	2º						JULHO



## REFERÊNCIAS

ANGELES, L. M. et al. Programa de prevenção de drogodependências em el médio escolar: el programa de entrenamiento em habilidades de vida. **Trabalho apresentado no V Encontro Nacional y su enfoque comunitário**, Santiago de Compostela, Espanha, 2000. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/266606584\\_Programas\\_de\\_prevencao\\_de\\_drogodependencias\\_en\\_el\\_medio\\_escolar\\_el\\_programa\\_de\\_entrenamiento\\_en\\_habilidades\\_de\\_vida\\_\(ehv\)](http://www.researchgate.net/publication/266606584_Programas_de_prevencao_de_drogodependencias_en_el_medio_escolar_el_programa_de_entrenamiento_en_habilidades_de_vida_(ehv))>. Acesso em: 20 out. 2014.

ARROW, Peter; RAHEB, Joseph; MILLER, Margaret. Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. **BMC Public Health**, London, v. 13, n. 245, p. 1-9, Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-245.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

BACKES, Dirce Stein et al. Indicadores de risco associados ao consumo de drogas ilícitas em escolares de uma comunidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 899-906, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00899.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

BAUS, José; KUPEK, Emil; PIRES, Marcos. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 40-46, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n1/8114.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

BENCHAYA, Mariana et al. Non-authoritative parents and impact on drug use the perception of adolescent children. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 238-244, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/en\\_a10v87n03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/en_a10v87n03.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2014.

BOTVIN, G.J. et al. Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 769-774, 2000. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460399000507>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007a**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em: 18 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/programa\\_saude\\_na\\_escola.php](http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php)>. Acesso em: 22 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas\\_promotoras\\_saude\\_experiencias\\_brasil\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2014.

BROOKS, F.M. et al. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. **Journal of Public Health**, Oxford, v. 34, p. i48-i56, Mar. 2012. Suppl 1. Disponível em: <[http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/34/suppl\\_1/i48.full.pdf+html](http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/34/suppl_1/i48.full.pdf+html)>. Acesso em: 16 ago. 2014.

BUSCH, Vicent; DE LEEUW, Rob J.; SCHRIJEVERS, Augustinus. Results of a multi-behavioral health-promoting school pilot intervention in a dutch secondary school. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 52, n. 4, p. 400-406, 2013. Disponível em: <[http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(12\)00313-8/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(12)00313-8/pdf)>. Acesso em: 25 set. 2014.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. p. 75-86.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º Graus - 1989**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1991.

CARLINI, Elisaldo Luís Araújo et al. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2010.

CARLINI-COTRIM, B.; BARBOSA, M. T. **Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: Escola Paulista de Medicina, 1993.

CARLINI-COTRIM, B. et al. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: CARLINI-COTRIM, B. et al. **Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989. p. 9-84.

CASTELLANOS, M. L. **Habilidades para la vida**: una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Bogotá: Fe y Alegría, 2001.

CASTRO, Marta de Lima; CUNHA, Sergio Souza da; SOUZA, Delma P. Oliveira de. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1054-1061, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2697.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula; ALVES, Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 555-559, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

CERQUEIRA, Maria Teresa. A construção da rede latino americana de escolas promotoras de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília, DF, 2007. p. 33-39. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas\\_promotoras\\_saude\\_experiencias\\_brasil\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2014.

CHI, Hsuch Yun et al. Evaluation of a health-promoting school program to enhance correct medication use in Taiwan. **Journal of Food and Drug Analysis**, v. 22, n. 2, p. 271-278, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S102194981300077X>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

CLARK, Heddy Kovach et al. Predicting high risk adolescents' substance use over time: the role of parental monitoring. **The Journal of Primary Prevention**, Dordrecht, v. 33, n. 2/3, p. 67-77, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10935-012-0266-z>>. Acesso em: 09 out. 2014.

CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. p. 117-139.

DE VRIES, Hein et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. **Health Education Research**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 116-132, Feb. 2006. Disponível em: <<http://her.oxfordjournals.org/content/21/1/116.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

DOBBINS, Maureen et al. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, West Sussex, v. 21, n. 1, CD007651.7, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007651/epdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

EDWARDS, G.; ARIF, A.; HODGSON, R. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 59, n. 2, p. 225-245, 1981. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396054/pdf/bullwho00419-0057.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

FANG, Lin, BARNES-CEENEY, Kevin, SCHINKE, Steven. Substance use behavior among early-adolescent Asian American girls: the impact of psychological and family factors. **Women Health**, Philadelphia, v. 51, n. 7, p. 623-642, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286839/pdf/nihms357042.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

FAZEL, Mina et al. Mental health interventions in schools in high-income countries. **Lancet Psychiatry**, London, v. 1, n. 5, p. 377-387, Oct. 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(14\)70312-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(14)70312-8.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2014.

FLETCHER, Adam et al. Cannabis use and 'safe' identities in an inner-city school risk environment. **International Journal of Drug Policy**, Amsterdam, v. 20, n. 3, p. 244-250, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395908001746>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

GABRIEL, Cristine Garcia; SANTOS, Melina Valério dos; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 299-308, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a09v8n3.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

GAIO, Cristina et al. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. **Health Promotion International**, Eynsham, Oxford, v. 25, n. 4, p. 425-434, Dec. 2010. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/25/4/425.full.pdf+html>>. Acesso em: 05 set. 2014.

GALDURÓZ, José Carlos et al. **III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**: 1993. São Paulo: CEBRID, 1994.

GALDURÓZ, José Carlos Fet al. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**: 2010. São Paulo: CEBRID, 2010.

GALDURÓZ, José Carlos Fet al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**: 2004. São Paulo: CEBRID, 2005.

GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; CARLINI, E. A. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras 1997**. São Paulo: CEBRID, 1997.

GOMES, Cláudia Moraes; HORTA, Natália Cássia. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/897/394>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **[Documentos de pesquisa]**. São Leopoldo, 2012.

HEMOVICH, Vanessa; LAC, Andrew; CRANO, Willian D. Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: the role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v. 16, n. 3, p. 249–267, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088114/pdf/nihms286053.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

HORTA, Rogério Lessa; HORTA, Bernardo Lessa; PINHEIRO, Ricardo Tavares. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 268-272, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a02v55n4.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

HORTA, Rogério Lessa et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma pesquisa de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 775-783, abr. 2007. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/csp/v23n4/04.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

HORTA, Rogério Lessa et al. Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, p. 31-45, 2014. Supl. 1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt\\_1415-790X-rbepid-17-s1-00031.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00031.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2014.

HUANG, Chiu-Mieh et al. Integrating life skills into a theory-based drug-use prevention program effectiveness among junior high students in Taiwan. **Journal of School Health**, Hoboken, NJ, v. 82, n. 7, p. 328-335, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.2012.00706.x/epdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE: cidades@**: Lajeado: RS. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431140&search=rio-grande-do-sul|lajeado>>. Acesso em: 11 out. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE: cidades@**: Sapiranga: RS. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431990&search=rio-grande-do-sul|sapiranga>>. Acesso em: 11 out. 2014

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. **Escuelas promotoras de salud en America Latina**: resultados de la primeira encuesta regional. Washington, DC: OPAS, 2005.

KWAN, Stella Y. L. et al. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 83, n. 9, p. 677-685, Sept. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/677.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

LASSERRE, Aurélie; VISWANATHAN, Bharathi; BOVET, Pascal. **Global School-based student health survey**: full report. Victoria, Seychelles: Ministry of Health and Social Development, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/gshs/Seychelles\\_GSHS\\_2008\\_long\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/gshs/Seychelles_GSHS_2008_long_report.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LEE, Albert; CHENG, Frances F. K.; ST LEGER, Lawry. Evaluating health-promoting schools in Hong Kong: development of a framework. **Health Promotion International**, Eynsham, Oxford, v. 20, n. 2, p. 177-186, June 2005. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/20/2/177.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LEE, Albert; ST LEGER, Lawry; CHENG, Frances F. K. The status of health-promoting schools in Hong Kong and implications for further development. **Health Promotion International**, Eynsham, Oxford, v. 22, n. 4, p. 316-316, Nov. 2007. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/22/4/316.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LEE, Eun Young et al. Reliability and validity of a scale for health-promoting schools. **Health Promotion International**, Eynsham, Oxford, v. 29, n. 4, p. 759-767, Apr. 2013. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/29/4/759.full.pdf+html>>. Acesso em: 22 out. 2014.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Viera & Lent, 2004.

LEMERLE, Kate Anne. **Evaluating the impact of the school environment on teacher's health and job commitment**: is the health promoting school a healthier workplace?. 2005. 497 l. PhD Thesis -- School of Public Health Queensland, University of Technology, Brisbane, Australia, 2005. Disponível em: <[http://eprints.qut.edu.au/16160/1/Kate\\_Anne\\_Lemerle\\_Thesis.pdf](http://eprints.qut.edu.au/16160/1/Kate_Anne_Lemerle_Thesis.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2014.

LIMA-SERRANO, Marta; LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquim S. Impact of school-based promotion interventions aimed at different behavioral domains: a systematic review. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 28, n. 5, p. 411–417, 2014. Disponível em: <<http://www.gacetasanitaria.org/en/pdf/S0213911114001356/S300/>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

LÓPEZ LARROSA, Silvia; RODRÍGUEZ-ARIAS PALOMO, Luis. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. **Psicothema**, Oviedo, v. 22, n. 4, p.568-573, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007#>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

MAES, Lea; LIEVENS, John. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behavior. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 56, n. 3, p. 517–529, Feb. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602000527>>. Acesso em: 09 set. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, p. 203-214, 2014. Supl.1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt\\_1415-790X-rbepid-17-s1-00203.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00203.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 166-177, set. 2011. Supl. 1. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a17v14s1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a17v14s1.pdf)>. Acesso em: 06 jun. 2014.

MORAL, M. V.; RODRIGUEZ, F. J.; OVEJERO, A. Relatos psicossociais do consumo de SPA em adolescentes espanhóis. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, Morelos, México, v. 52, n. 5, Sept./Oct. 2010.

MOYSÉS, Samuel J.; MOYSÉS, Simone T.; KREMPEL, Márcia C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Promoción y educación de la salud escolar, una perspectiva integral**: marco conceptual y operativo. Washington, DC, 1995.

PETERS, Louk W. H. et al. Effective elements of school health pro-motion across behavioral domains: a systematic review of reviews. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 182, p. 1-14, June 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-182.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

PINCHEVSKY, Gillian M. et al. Marijuana exposure opportunity and initiation during college: parent and peer influences. **Prevention Science**, New York, v. 13, n. 1, p. 43–54, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227785/pdf/nihms-314116.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

PINTO, Raquel Oliveira et al. Validação de instrumento desenvolvido para avaliação da promoção de saúde na escola. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S01518-87872016050005855.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050005855.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

POLETTI, Simone et al. Inserção no mercado de trabalho e uso de drogas entre escolares de duas cidades de médio porte do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 140-145, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n2/0047-2085-jbpsiq-64-2-0140.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

PUENTE-PALACIOS, Katia Elizabeth; LAROS, Jacob Arie. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 349-361, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a08.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

RODRIGUES, Márcia Cardoso. Prevenção na escola: um enfoque cognitivo social. In: MOTA, Márcia Maria Peruzzi Elia da (Org.). **Psicologia: interfaces com a educação e a saúde**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2004. p. 11-30.

RODRIGUES, Márcia Cardoso et al. Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 10, p. 986-991, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/v35n10a07.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/54/54>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, jul./set. 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2014.

SHERWOOD-PUZZELLO et al. Implementation of CDC's School Health Index in 3 midwest middle schools: motivation for change. **Journal of School Health**, Columbus, Ohio, v. 77, n. 6, p. 285-293, 2007. Disponível em:



<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.2007.00209.x/epdf>>.  
Acessoem: 12 set. 2014.

SILVA, Elisandro de Freitas et al. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1151-1158, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/04.pdf>>. Acessoem: 08 jun. 2014.

SILVA, Roberta de Paiva et al. Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 191-198, set. 2013. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n3/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n3/03.pdf)>. Acessoem: 09 jul. 2014.

SOUZA, Milton Matos; LAROS, Jacob Arie. Satisfação no trabalho e responsabilidade social empresarial: uma análise multinível. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 21-37, dez. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/download/22207/20146>>. Acessoem: 08 set. 2014.

SOUZA, Delma Oliveira; SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 276-287, jun. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/14.pdf)>. Acessoem: 12 nov. 2014.

STRAUCH, Eliane Schneider et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 647-655, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/329.pdf>>. Acessoem: 30 jun. 2014.

TASSINARI, Wagner de Souza et al. Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 127-136, jan. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/13.pdf)>. Acessoem: 31 jul. 2014.

TAVARES, Beatriz Franck; BERIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício Silva de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787-796, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/06.pdf>>. Acessoem: 12 ago. 2014.

TAVARES, Beatriz Franck; BERIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício Silva de. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-158, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4399.pdf>>. Acessoem: 15 set. 2014.

TRINKNER, Rick et al. Don't trust anyone over 30: parental legitimacy as a mediator between parenting style and changes in delinquent behavior over time. **Journal of Adolescence**, London, v. 35, n. 1, p. 119-132, Feb. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197111000443>>. Acessoem: 15 set. 2014.

VISWANATHAN, Bharathietal. **Global school-based student health survey**: short report. Victoria, Seychelles: Ministry of Health and Social Development, 2008.

Disponível em:

<[http://www.who.int/chp/gshs/Seychelles\\_GSHS\\_2008\\_short\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/gshs/Seychelles_GSHS_2008_short_report.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2014.

VITORIA, Paulo D.; SILVA, Sílvia A.; DE VRIES, Hein. Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 344-354, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2137.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

YOUNG, Ian. Health promotion in schools: a historical perspective. **Global Health Promotion**, London, v. 12, n.3/4, p. 112-117, Sept. 2005. Disponível em:

<<http://ped.sagepub.com/content/12/3-4/112.full.pdf+html> >. Acesso em: 15 set. 2014.

## RELATÓRIO DE CAMPO

O presente relatório apresenta o desenvolvimento das análises do estudo Ambiente da Escola e Uso de Substâncias Psicoativas entre Escolares de 12 a 17 anos no Sul do Brasil, com o apoio do grupo de pesquisa Saúde Mental, Álcool e Drogas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS. Este projeto não teve etapa de coleta de dados, pois foi desenvolvido com amostra já constituída em três estudos anteriores, do mesmo grupo de pesquisa: “I- Crack e outras substâncias entre escolares do município de Lajeado”, “II- Prevalência e fatores associados ao uso de substâncias psicoativas em escolares do município de Sapiranga – RS e “III- A promoção da saúde na escola e sua relação com o uso de drogas pelos estudantes”. Nossa pesquisa utilizou os dados dos escolares dos projetos I e II, e do estudo III os escores obtido com o uso do instrumento que avalia promoção de saúde na escola nas entrevistas com gestores daquelas instituições.

O objetivo deste trabalho foi investigar a relação entre as condições de promoção de saúde dos ambientes escolares e o uso de álcool, tabaco e substâncias ilícitas por escolares de 12 a 17 anos de idade de dois municípios de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Para a elaboração do artigo referente à dissertação, foi construído um recorte da amostra, dos projetos de base I e II, em que foram elencados 3464 estudantes, visto que duas escolas se recusaram a participar do projeto III. Para os dados de ambiente escolar, há observações e entrevistas de 53 escolas.

Inicialmente no projeto de pesquisa, a hipótese era que ambientes mais promotores de saúde, apresentariam menor prevalência no uso de substâncias psicoativas entre os escolares. Já na elaboração do artigo partimos da hipótese de que ambientes menos promotores de saúde apresentariam maior prevalência no uso de substâncias, tal alteração foi feita para podermos mostrar o impacto do ambiente em relação ao uso de drogas, fato que não se manteve com a análise ajustada.

As variáveis contextuais (dimensão estrutural, dimensão relacional, dimensão pedagógica e escore total de promoção de saúde) foram integradas no banco de dados individuais e a exposição “promoção de saúde nas escolas”, foi elaborada a partir da soma dos escores das dimensões mencionadas. Os dados de cada exposição foram padronizados de 0 (zero) a 100 (cem), através da seguinte fórmula:

(valor observado – valor mínimo/ valor mínimo – valor máximo)X100. Em seguida foram categorizados de acordo com seus quartis, em: 25% menos promotoras ou menos favoráveis, 50% intermediárias e 25% mais promotoras ou mais favoráveis. Os pontos de corte para cada dimensão foram: dimensão estrutural (bom  $\geq 79$ , moderado 35-78 e ruim  $\leq 34$ ), para a dimensão relacional, (bom  $\geq 85$ , moderado 51-84 e ruim  $\leq 50$ ), na dimensão pedagógica: (bom  $\geq 94$ , moderado 48-93 e ruim  $\leq 47$ ) e para o escore total de promoção de saúde os seguintes números: (bom  $\geq 81,1$ , moderado 52,1- 81 e ruim  $\leq 52$ )

As estatísticas descritivas das variáveis individuais, bem como as prevalências dos desfechos de acordo com as exposições foram realizadas no programa estatístico SPSS 22.0.

Foram definidos três desfechos (uso no ano de álcool, tabaco e substâncias ilícitas), mas como o uso de drogas ilícitas não demonstrou-se associado com nenhuma das exposições não foi realizada análise multivariável para este desfecho. As drogas ilícitas apresentaram os seguintes p-valor: na dimensão estrutural 0,059, na dimensão pedagógica 0,511, dimensão relacional 0,291 e no escore total 0,065.

O modelo proposto para análise das variáveis individuais no artigo foi controlado para as seguintes variáveis individuais: idade, controle de internet, relação com os pais, uso de tabaco pelos pais, uso de álcool pelos pais, defasagem idade-série e SRQ-20. As demais variáveis propostas inicialmente no projeto de pesquisa, não mostraram associação com a exposição (Quadro 1). A variável “trabalho” esteve associada, mas não foi mantida no plano de análise, pois já foi estudada por nosso grupo de pesquisa, que resultou na publicação do artigo: “Inserção no mercado de trabalho e uso de drogas entre escolares de duas cidades de médio porte do sul do Brasil”. (POLETTI et al., 2015).

As análises multi-nível foram realizadas com o programa MLwiN 2.35, partindo de uma distribuição binomial, usou-se a função de ligação “logic”, método de controle RIGLS, estimação não linear PQL, 2ª ordem.

Para a operacionalização da análise multi-nível os seguintes passos foram seguidos:

- a) passo 1: criação dos modelos vazios, ou seja, com cada desfecho individualmente (uso no ano de tabaco, de álcool e de drogas ilícitas). O modelo vazio é útil porque propicia a estimativa da correlação entre

os níveis. O modelo vazio torna corretos os erros-padrões, os intervalos de confiança e o teste de hipótese. A variância de área dos modelos vazios para uso no ano de tabaco, álcool e drogas ilícitas era respectivamente: 0,183(0,080); 0,731 (0,093) e 0,316 (0,120). Ou seja, confirmou a necessidade do uso da análise multinível;

- b) passo 2: foi realizada uma análise bivariada em que era testada individualmente cada dimensão contextual e o escore total, com cada um dos desfechos. Nesse momento, as drogas ilícitas não se mostraram associadas com o desfecho e, portanto, não fazem parte do artigo.
- c) passo 3: a análise multivariável foi realizada acrescentando-se os fatores de confundimento pré-selecionados para cada desfecho. Foram considerados fatores de confundimento as variáveis que estavam associadas tanto com o desfecho como com a exposição num nível de significância menor que 5% ( $p < 0,05$ ). As variáveis que foram incluídas no modelo são: idade, controle de internet, relação com os pais, uso de tabaco pelos pais, uso de álcool pelos pais, defasagem idade-série e SRQ-20 ;
- d) passo 4: foram testadas interações *entre os níveis*, entre as dimensões escolares com sexo e idade e não foram encontradas diferenças significativas, portanto não foi realizada análise estratificada.

**Quadro 1 –Variáveis de nível individual e exposições e desfechos não levados à análise multinível**

Variáveis independentes de nível individual	Uso no ano de álcool	Uso no ano de tabaco	Dimensão Estrutural desfavorável	Dimensão Pedagógica desfavorável	Dimensão Relacional desfavorável	Escore Total desfavorável
Classe Econômica CD	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Coabitação Nenhum dos pais	+S*	+S***	NS	NS	NS	NS
Relação sexual sim	+S***	+S***	-S***	NS	NS	NS
Prática Religiosa Sim	-S***	-S***	NS	NS	NS	NS
Relação negativa entre os pais	+S**	+S**	NS	NS	NS	NS
Brigas sim	+S***	+S***	NS	NS	NS	NS
Armas sim	+S***	+S***	NS	NS	NS	NS
Prática de atividade física	NS	NS	+S*	+S*	+S*	+S*
Relacionamento Ruim com colegas	+S*	+S**	NS	+S*	NS	NS
Relacionamento Ruim com professores	+S*	+S*	NS	NS	NS	NS
Vitimização por pares	NS	NS	+S**	+S**	-S***	+S**
Uso de serviço de saúde mês	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Turno de Estudo	+S***	+S**	NS	NS	NS	NS

Fonte: Elaborada pela autora.

Os símbolos “+” e “-” representam a direção das associações, ou seja, diretamente ou inversamente proporcional.

NS:  $p > 0,05$ , S\*p<0,05, S\*\*p<0,01 e S\*\*\*p<0,001

**ARTIGO****AMBIENTE DA ESCOLA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE  
ESCOLARES DE 12 A 17 ANOS NO SUL DO BRASIL****School environment and substances usage among students between 12 and 17  
years old in south Brasil****Resumo:**

**Introdução:** O uso de álcool e outras drogas é um comportamento prevalente entre escolares e frequentemente associado a danos diversos. Espera-se que ambientes com melhores condições de promoção da saúde contribuam para reduzir a ocorrência destes comportamentos. **Objetivo:** Investigar a relação entre promoção de saúde escolar e consumo de álcool e outras drogas pelos escolares. **Método:** Estudo transversal de base escolar, com amostra probabilística de 3464 escolares de 12 a 17 anos de todas as escolas de Lajeado/RS e Sapiranga/RS e 53 gestores das mesmas escolas. Os relatos de uso no ano de tabaco, álcool e drogas ilícitas foram tomados como desfechos e o escore de promoção de saúde no ambiente das escolas, como exposição de interesse. Os dados foram submetidos a análise multinível. **Resultados:** A prevalência do uso de tabaco foi 9,8%, de álcool 46,2% e de outras drogas 10,9%. Em análise bruta, o uso de tabaco esteve associado a condições menos favoráveis na dimensão relacional do instrumento de avaliação do ambiente e ao escore total menos favorável, enquanto o uso de álcool esteve associado apenas ao escore menos favorável na dimensão pedagógica. Na análise ajustada, nenhuma associação se manteve. **Considerações finais:** As evidências deste estudo sugerem que o uso de álcool e outras drogas por escolares é mais influenciado por condições individuais, familiares ou outras, mas não pelas condições estudadas do ambiente escolar.

**Palavras-chave:** Escola, Promoção da Saúde, Álcool, Tabaco

**Abstract:**

**Introduction:** The use of alcoholic of drinks and other drugs is a prevalent behavior among students and is frequently associated to several damages. It is hoped that with better environments to promote health conditions contribute to reduce the occurrence of these behaviors. **Objective:** Investigate the relation between promotion of school health and the use of alcoholic drinks and drugs by students. **Method:** Cross-sectional study between 3464 school 12 and 17 years old of all school in Lajeado/RS and Sapiranga/RS and 53 same school managers. The use, in the year, of tobacco, alcohol and illicit drugs were taken as outcomes and the score of health promotion in school environment, as

exposition of interest. Data have been submitted to multilevel analysis. **Results:** The prevalence of use tobacco was 9,8% , of alcohol was 46,2% and other drugs was 10,9%. In gross analysis, the use of tobacco was associated to less favorable conditions in the relational dimension of assessment instrument of environment and to the total score less favorable, while the use of alcohol was associated only to less favorable score in pedagogical dimension. In the adjusted analysis, there was no association. **Final considerations:** the evidences of the study suggest the use of alcohol and other drugs by students is more influenced by individual, familiar conditions or other, but not by the conditions studied in school environment.

**Key Words:**School,Health Promotion, Alcohol, Tobacco

## INTRODUÇÃO

A adolescência configura um período marcado por muitas transições, em que o indivíduo começa a desenvolver maior autonomia em relação aos pais e a estabelecer novas relações com amigos e com a própria escola, podendo assim evidenciar comportamentos de risco, como as primeiras experiências com as substâncias psicoativas.<sup>1,2</sup>

Dados internacionais demonstraram que os ambientes escolares podem influenciar o comportamento dos estudantes em relação ao uso de drogas<sup>3,4,5</sup>.O ambiente escolar ganha ênfase como espaço promotor de saúde<sup>6</sup>. As ações de promoção da saúde nas escolas vêm sendo discutidas mundialmente,priorizando a promoção de autonomia aos estudantes e minimizando possíveis fatores de agravo à saúde.<sup>7,8,9</sup> Tem sido relado em escolas com programas de promoção de saúde menores prevalências de consumo de álcool e de tabaco<sup>10</sup>. Se observou que ambientes escolares mais acolhedores, ou seja em que os estudantes tinham melhores relacionamentos com os pares e os professores, diminuía o consumo de maconha<sup>11</sup>.

No Brasil, os dois últimos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas por escolares, dos anos de 2004 e 2010 realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) mostraram aumento para consumo de drogas ilícitas ( $p \leq 0,05$ ) e prevalências preocupantes já em idades bastante precoces<sup>12,13</sup>. Ao revisar as publicações disponíveis nas bases como scielo e pubmed, entre 2004 e 2015, não foram encontradas pesquisas nacionais que mostrassem quais características do ambiente escolar estariam associadas a menores prevalências de consumo de drogas pelos estudantes. Um instrumento de avaliação das condições



promotoras de saúde nas escolas foi desenvolvido recentemente<sup>14</sup> e adaptado à realidade brasileira que avalia além de outros itens, o consumo de drogas entre os escolares.

Este estudo investiga a relação entre as condições de promoção de saúde dos ambientes escolares e o uso de substâncias psicoativas por escolares do sul do Brasil.

## **MÉTODO**

Estudo transversal de base escolar, que visitou todas as escolas dos municípios de Lajeado e Sapiranga, ambos de médio porte no interior do Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2012, entrevistando escolares com idades entre 12 e 17 anos e os gestores das escolas. Entre os escolares, foi realizada amostragem probabilística, preservada a proporcionalidade por sexo, idade, município e rede de ensino (pública municipal, pública estadual e privada). Foram sorteadas turmas em cada escola e todos os escolares receberam um questionário de auto-preenchimento, desenvolvido com base em outros estudos<sup>12,13</sup>, pré-codificado e padronizado com vistas a uma ampla investigação sobre o uso de substâncias psicoativas e condições associadas. Todos os questionários eram depositados em urnas lacradas sem qualquer identificação pessoal e só eram abertos na sede do grupo de pesquisa.

Foram agendadas, também, entrevistas com gestores das escolas, onde um instrumento de avaliação das condições de promoção de saúde na escola<sup>14</sup> era aplicado. O questionário aplicado é constituído de 28 questões, sendo 20 delas respondidas pelo gestor escolar ou seu representante e 8 por observação direta do entrevistador. Trata-se de um instrumento desenvolvido com foco na realidade brasileira, recentemente validado, e que possui validade e confiabilidade aceitáveis, com boas cargas fatoriais ( $>0,4$ ) e Alpha de Cronbach acima de 0,6<sup>14</sup>.

As coletas eram acompanhadas por supervisores de campo e todas as visitas eram checadas com as escolas. Para garantia de qualidade, a coleta de dados foi acompanhada presencialmente por supervisores de campo especialmente treinados e todas as visitas às turmas foram checadas com as escolas. Os dados foram digitados no programa Epidata 3.5 com dupla entrada, para checagem e correção de eventuais erros de digitação. Uma primeira rodada de análises descritivas permitiu a identificação e correção de eventuais inconsistências. Os questionários dos escolares continham 3 pares de questões que se repetiam em pontos distintos do instrumento. A não concordância

das respostas em qualquer destes pares foi considerada indício de desatenção ou descompromisso no preenchimento e os questionários com esta condição foram excluídos. Inicialmente, foram realizadas 3915 entrevistas e eliminados 368 questionários (9,4%) por apresentarem inconsistências ou pelo critério das questões duplicadas, restando 3547 entrevistas válidas. Como houve recusa de duas escolas em participar do estudo de avaliação do ambiente escolar, perderam-se, para fins deste trabalho, as entrevistas com seus escolares, num total de 83 (2,1%). Fazem parte deste estudo dados de 3464 escolares de 53 escolas.

A exposição principal deste estudo foi o escore de promoção de saúde nas escolas, obtido pela aplicação do instrumento de avaliação de ambiente escolar<sup>14</sup>, que se divide em três dimensões: estrutural, pedagógica e relacional e o escore total do instrumento. Cada uma das dimensões é composta por fatores que se definem pela articulação de diferentes itens. Todos os itens são variáveis dicotômicas, com respostas do tipo SIM/NÃO. Para a totalização dos escores, as respostas SIM foram computadas como 1 ponto e NÃO como 0. Na dimensão relacional as seguintes questões pontuavam de modo invertido, ou seja se computava como 1 onde não ocorriam os comportamentos: “Evidência de danos físicos à escola, como pichações, depredações”; “Nos últimos 30 dias letivos, ocorreram episódios de brigas/discussões?”; “Nos últimos 30 dias letivos, ocorreram agressões verbais no ambiente?” e “Nos últimos 30 dias letivos, ocorreram agressões verbais no ambiente escolar entre alunos e professores?”.

O escore total de cada escola variava de 0 (zero) a 28 (vinte e oito) pontos, sendo posteriormente padronizado com amplitude de 0 (zero) a 100 (cem), onde 100 correspondia ao escore máximo possível (28 pontos para o escore total) e 0 ao escore mínimo possível (zero). Em seguida as escolas foram agrupadas em três categorias com base nos quartis: 25% menos promotoras de saúde (ou ambiente menos favorável), 50% intermediárias (ou ambiente moderado) e 25% mais promotoras de saúde (ou ambiente mais favorável). A tabela 1 apresenta as médias e pontos de corte para o escore geral e para cada dimensão.

Inserir tabela 1

Os desfechos eram: uso de tabaco, uso de álcool e uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses e foram obtidos através de perguntas com respostas dicotômicas (sim/não): “De um ano para cá você fumou?”, “De um ano para cá, você tomou algum tipo de bebida alcoólica?” ou “De um ano para cá você usou (várias descrições de drogas ilícitas eram apresentadas)”. As questões referentes ao uso de maconha, cocaína, ecstasy e solventes foram agrupadas e quando citado o uso de pelo menos uma destas substâncias, considerou-se como resposta positiva ao uso de alguma droga ilícita no ano.

Foram consideradas como potenciais fatores de confundimento as variáveis: sexo<sup>15,16, 17</sup>, faixa etária<sup>13, 15</sup> (12-13, 14-15 e 16-17 anos), escolaridade do responsável pela casa<sup>16, 17</sup> (analfabeto ou até quarta série, de 5ª a 7ª série, ensino fundamental completo, ensino médio completo, superior completo), supervisão do uso de internet<sup>18</sup> (com controle, não usa o computador, usa e mostra às vezes e usa sem controle), percepção da relação com os pais<sup>16,19,20</sup> (boa/ótima com ambos, regular/ruim com um deles, regular ou ruim com ambos), uso de tabaco pelos pais<sup>21,22</sup> (não informou uso de tabaco pelos pais, pai ou mãe fuma, pai e mãe fumam, ex fumantes), uso de álcool pelos pais<sup>21, 22</sup> (não informou uso de álcool pelos pais, pai ou mãe: uso eventual, pai ou mãe: uso freqüente, ambos: uso freqüente), defasagem idade-série<sup>24,25</sup>(sim/não) e morbidade psiquiátrica (SRQ-20) (sim $\geq$ 7 /não $\leq$ 6)<sup>26,27</sup>.

A descrição das variáveis e suas prevalências foi conduzida no SPSS22.0. As associações entre desfecho, exposição e as demais variáveis foram testadas pelo teste do Chi Quadrado de Pearson. O efeito de delineamento na amostra para uso de tabaco foi 0,098, para uso de álcool 0,46 e para as drogas ilícitas 0,11, portanto, as análises subsequentes levaram em consideração a natureza complexa da amostra. As razões de chances (Odds Ratios) brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram estimadas através de regressão logística multinível com o uso do software MLwiN 2.35.

A análise multinível visa avaliar o efeito de variáveis contextuais e de variáveis de nível individual<sup>28,29,30</sup>. Os seguintes passos foram adotados para cada um dos desfechos independentemente. Primeiramente, iniciou-se com a criação do modelo vazio, ou seja, somente com o desfecho. O modelo vazio é útil porque propicia a estimativa da correlação entre os níveis, tornando corretos os erros-padrões, e os intervalos de confiança. Em seguida, testou-se o desfecho com cada exposição individualmente. Posteriormente, foram acrescentados os fatores de confundimento

individuais. Para ser considerado fator de confundimento a variável independente deveria estar associada ( $p < 0,05$ ) com ambas exposição e desfecho. Portanto o uso de álcool foi controlado para idade, sexo, escolaridade do familiar, controle de internet, relação com os pais, uso de tabaco pelos pais, uso de álcool pelos pais, defasagem idade-série e SRQ-20. O uso de tabaco foi ajustado para todas variáveis acima relatadas, exceto escolaridade do familiar e sexo. (Quadro 1). O uso de drogas ilícitas não estava associado com nenhuma das exposições e portanto não foi realizada análise multivariável para este desfecho.

#### Inserir Quadro 1

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS em três subprojetos, todos aprovados conforme pareceres de números 074/2011 (município de Lajeado), 028/2012 (município de Sapiranga) e 025/2013 (diretores das escolas de Lajeado/RS e Sapiranga/RS). Os gestores das redes municipal e estadual e também os diretores das escolas particulares, assinaram termos de anuência indicando concordância em participar do estudo. Os Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos foram assinados pelos responsáveis dos escolares.

## RESULTADOS

A prevalência do uso de tabaco no ano totalizou 9,8% (IC95% 8,8-10,8), de álcool 46,2% (IC95% 44,5-47,8) e de drogas ilícitas 10,9% (IC95% 9,9-12,0). O uso de tabaco e o de álcool estavam associados com o uso da internet sem supervisão dos pais, naqueles que percebiam sua relação com os pais como negativa, naqueles cujos pais utilizavam tabaco e álcool, nos que relataram reprovação escolar e nos escolares apresentando morbidade psiquiátrica. Maiores prevalências do uso de álcool também foram encontradas entre escolares relatando menor escolaridade do responsável (Tabela 2).

A tabela 3 mostra que maiores prevalências do uso de tabaco estavam associadas com escolas menos promotoras de saúde em todas as dimensões e no escore total do instrumento e que o uso de álcool estava associado com escolas apresentando escores mais baixos da dimensão relacional e do escore total. O uso de substâncias ilícitas não esteve associado a nenhuma dimensão do instrumento, nem ao escore total (Tabela 3).

Na análise multinível o uso de tabaco se manteve fortemente associado com escolas menos promotoras de saúde (escore total) e com escores menores apenas na dimensão relacional. O uso de álcool, na análise multinível, se mostrou associado com escores menores apenas na dimensão pedagógica. Tais efeitos atenuaram significativamente e perderam significância estatística após o controle para potenciais fatores de confundimento no nível individual (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou que as variáveis contextuais analisadas, não influenciaram no consumo de substâncias pelos escolares. Não se confirmou a hipótese inicial de que ambientes mais promotores de saúde teriam menor prevalência de consumo de álcool e outras drogas entre os estudantes. Na análise bruta, o uso de tabaco mostrou-se associado aos escores mais baixos da dimensão relacional. Entre os itens desta dimensão se avaliou a relação entre professores e estudantes. Estudos internacionais<sup>5,31</sup> sugerem que pode haver maiores prevalências de consumo de tabaco pelos escolares onde há avaliações negativas destes relacionamentos. Ainda na análise bruta, a associação entre o tabagismo e os escores totais mais baixos, considerados desfavoráveis corroborava achados de outros estudos<sup>36,37</sup>, onde escolas com programas de habilidades para a vida, aulas em turnos integrais, sessões de reforços sobre uso de álcool e outras drogas no currículo, melhores relacionamentos entre os pares e maior participação dos pais na escola apresentaram menores prevalências de uso de tabaco. Nos estudos citados não havia o escore total, como no instrumento brasileiro e sim dados das dimensões, o que comparamos com nosso escore geral de promoção de saúde.

Quanto ao uso de álcool, foi constatada associação com escores menores da dimensão pedagógica, à exemplo do observado no estudo de Malmberg et al<sup>31</sup>, que mostrou que o comportamento de beber dos jovens é influenciado pelas normas da escola e o quanto a instituição escolar consegue fornecer orientações quanto aos efeitos da substância no organismo. Ações como essas se aproximam dos itens da dimensão pedagógica agrupados no fator drogas e sexualidade, onde se investiga se a escola mantém de modo permanente, em seu projeto político pedagógico ações educativas que estimulem o debate sobre os riscos associados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Todas as associações estimadas em análise bruta desapareceram quando o modelo foi ajustado para características familiares (relacionamento com os pais, supervisão do uso de internet, consumo de álcool e tabaco pelos pais) e individuais (sexo, idade, morbidade psiquiátrica, rendimento escolar), as quais a literatura mostra como associadas com o uso de substâncias<sup>15,21,22</sup>. WU et al.<sup>32</sup>, por exemplo, observaram em seu estudo que a influência de características escolares ocorre de modo indireto via fatores relacionados à família, o que poderia ter modificado o efeito esperado inicialmente. Simões et al.<sup>34</sup> também mostraram que fatores sociais são mediados por fatores individuais no desfecho uso de drogas.

As evidências também podem estar indicando que apenas a qualificação do ambiente pode não ser suficiente, sendo indicadas ações específicas como aulas em turnos integrais ou aconselhamento e promoção de habilidades sociais. Nos Estados Unidos uma revisão sistemática<sup>33</sup> apontou que as estratégias mais utilizadas naquele contexto para controle e redução do uso de drogas envolviam treinamento de habilidades pessoais e ações específicas, em programas denominados prevenção universal (para todos os estudantes), prevenção seletiva (destinada a grupos de risco) e prevenção indicada (estudantes estudantes já com problemas). Fazel et al<sup>23</sup> mostrou que as escolas com serviço de saúde mental apresentavam menores prevalências de uso de álcool, tabaco e substâncias ilícitas, reforçando a ideia de que a prevenção destes comportamentos dependeria de ações mais diretas e específicas. O Programa Saúde na Escola, no Brasil, prevê articulação entre a escola e a comunidade, através da Estratégia de Saúde da Família<sup>35</sup>, podendo as equipes de ambas as instituições serem mais desafiadas a estreitarem parcerias, com ações colaborativas nas escolas.

É uma limitação deste estudo ter desenho transversal e isso não permite examinar se o uso de drogas não teria determinado modificações nas condições de promoção de saúde das escolas. Não seria improvável pensar que as escolas mais promotoras de saúde desenvolvessem mais tarefas de promoção justamente por já terem identificado problemas por uso de drogas entre seus alunos. Outra limitação é o fato de o instrumento estimar condições de promoção de saúde num sentido amplo, não sendo seletivo para itens ou características sabidamente relacionadas ao uso de drogas.

As evidências aqui analisadas indicam que apenas as condições de promoção de saúde no ambiente escolar não conseguem explicar o consumo de drogas por escolares.

Fatores individuais ou familiares<sup>32,34</sup> explicariam melhor o uso de substâncias que as características contextuais relativas à escola. Outros estudos são necessários para aprofundar o exame dessa questão e verificar possibilidades alternativas para a relação entre promoção de saúde na escola e os comportamentos dos escolares com relação a álcool e outras drogas.

#### Referências

1. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc.Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 707-17. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf> (acessado em 23/Maio/2014).
2. Trinkner R, Cohn ES, Rebellon CJ, Van Gundy, K. Don't trust anyone over 30: parental legitimacy as a mediator between parenting style and changes in delinquent behavior over time. *J Adolesc* 2012;35(1):119-32. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197111000443> (acessado em 15/Set/2014).
3. DeVries H, Dijk F, Wetzels J, Mudde A, Kremers S, Ariza C et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. *Health Educ Res* 2006; 21(1):116-32. <http://her.oxfordjournals.org/content/21/1/116.full.pdf+html> (acessado em 10/Nov/2014).
4. Vitória PD, Silva SA, De Vries H. Longitudinal evaluation of a smoking prevention program for adolescents. *RevSaúdePública* 2011; 45(2): 344-54. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2137.pdf> (acessado em 21/Maio/2016).
5. Maes L, Lievens J. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behavior. *SocSciMed* 2003;56(3): 517-29. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602000527> (acessado em 09/Set/2014).
6. Gaio DC, Moysés SJ, Bisinelli JC, França BHS, Moysés ST. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. *HealthPromotInt* 2010; 25(4): 425-34. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/25/4/425.full.pdf+html> (acessado em 05/Set/2014).
7. Luengo Martín MA, Gómez Fraguera JA, Romero Triñanes E, Otero López JM. Programa de prevención de drogas dependencias em el médio escolar: el programa de entrenamiento em habilidades de vida (ehv). Trabalho apresentado no V Encuentro Nacional y su enfoque comunitário, Santiago de Compostela, Espanha, 2000. [http://www.researchgate.net/publication/266606584\\_Programas\\_de\\_prevenccion\\_de\\_drogodependencias\\_en\\_el\\_medio\\_escolar\\_el\\_programa\\_de\\_entrenamiento\\_en\\_habilidades\\_de\\_vida\\_\(ehv\)](http://www.researchgate.net/publication/266606584_Programas_de_prevenccion_de_drogodependencias_en_el_medio_escolar_el_programa_de_entrenamiento_en_habilidades_de_vida_(ehv)) (acessado em 20/Out/2014).

8. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Scheier LM, Williams C, Epstein JA. Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *AddictBehav* 2000; 25(5): 769-74. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460399000507> (acessado em 27/Jul/2014).
9. Castellanos ML. Habilidades para la vida: una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicossociales. Bogotá: Fe y Alegría; 2001.
10. Busch V, De Leeuw RJ, Schrijvers A. Results of a multi-behavioral health-promoting school pilot intervention in a dutch secondary school. *J Adolesc Health* 2013; 52(4): 400-6. [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(12\)00313-8/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(12)00313-8/pdf) (acessado em 25/Set/2014).
11. Fletcher A, Bonell C, Sorhaindo A, Rhodes T. Cannabis use and 'safe' identities in an inner-city school risk environment. *IntJDrugPolicy* 2009; 20(3): 244-50. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395908001746> (acessado em 15/Nov/2014).
12. Galduróz JCF. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004. São Paulo: CEBRID; 2005.
13. Galduróz JCF. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2010. São Paulo: CEBRID; 2010.
14. Pinto RO, Pattussi MP, Fontoura LP, Poletto S, Grapiglia VL, Balbinot AD et al. Validação de instrumento desenvolvido para avaliação da promoção de saúde na escola. *Rev Saúde Pública* 2016;50(2): 1-11. [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S01518-87872016050005855.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050005855.pdf) (acessado em 26/Mar/2016).
15. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(6): 787-96. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/06.pdf> (acessado em 15/Set/2014).
16. Backes DS, Zanatta FB, Costenaro RS, Rangel RF, Vidal J, Kruehl CS et al. Indicadores de risco associados ao consumo de drogas ilícitas em escolares de uma comunidade do sul do Brasil. *CiêncSaúde Coletiva* 2014;19(3): 899-906. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00899.pdf> (acessado em 04/Out/2014).
17. Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(4): 647-55. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/329.pdf> (acessado em 30/Jun/2014).
18. Clark HK, Shamblem SR, Ringwalt CL, Hanley S. Predicting high risk adolescents' substance use over time: the role of parental monitoring. *J PrimPrev* 2012; 33(2): 67-77. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10935-012-0266-z> (acessado em 09/Out/2014).



19. Baus J, KupekE, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(1): 40-6. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n1/8114.pdf> (acessado em 07/Jul/2014).
20. Benchaya M, Bisch NK, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HM. Non-authoritative parents and impact on drug use the perception of adolescent children. *JPediatr* 2011; 87(3): 238-44. [http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/en\\_a10v87n03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/en_a10v87n03.pdf) (acessado em 12/Jul/2014).
21. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, StreyMN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *CadSaúdePública* 2007; 23(4): 775-83. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/04.pdf> (acessado em 22/Maio/2016).
22. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *J BrasPsiquiatr* 2006; 55(4): 268-72. <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a02v55n4.pdf> (acessado em 24/Nov/2014).
23. FazelM, HoagwoodK, Stephan S, FordT. Mental health interventions in schools in high-income countries. *LancetPsychiatry* 2014; 1(5): 377-87. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(14\)70312-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(14)70312-8.pdf). (acessado em 22/Set/2014).
24. Rodrigues MC, Viegas CAA, Gomes EL, Morais JPMG, Zakir JCO. Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. *J BrasPneumol* 2009; 35(10): 986-91. <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/v35n10a07.pdf> (acessado em 22/Maio/2016).
25. Silva EF, Pavani RAB, Moraes MS, Chiaravalloti Neto F. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6): 1151-8. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/04.pdf> (acessado em 22/Maio/2016).
26. Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev BrasEpidemiol* 2007; 10(2): 276-87. <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/14.pdf> (acessado em 12/Nov/2014).
27. Fang L, Barnes-Ceeney K, Schinke SP. Substance use behavior among early-adolescent Asian American girls: the impact of psychological and family factors. *Women Health* 2011; 51(7): 623-42, 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286839/pdf/nihms357042.pdf> (acessado em 30/Nov/ 2014).
28. Puente-Palacios KE, Laros JA. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. *EstudPsicol* 2009; 26 (3): 349-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a08.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.
29. Souza MM, LarosJA. Satisfação no trabalho e responsabilidade social empresarial: uma análise multinível. *RevPsicolOrganTrab* 2010; 10(2): 21-3.

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/download/22207/20146>  
(acessado em 08/Set/2014).

30. Tassinari WS, León AP, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS, Chor D et al . Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível. *CadSaúdePública* 2007; 23(1): 127-36. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/13.pdf> (acessado em 22/Maio/2016).
31. Malmberg M, Overbeek G, Kleinjan M, Vermulst A, Monshouwer K, Lammers J et al. Effectiveness of the universal prevention program 'Healthy School and Drugs': Study protocol of a randomized clustered trial. *Public Health* 2010; 10:541. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/541> (acessado em 19/Abr/2016).
32. Wu GH, Chong MY, Cheng AT, Chen TH. Correlates of family, school, and peer variables with adolescent substance use in Taiwan. *SocSciMed* 2007; 64 (12): 2594–2600. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.03.006 (acessado em 20/Maio/2016).
33. Cuijpers, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *AddictBehav* 2002; 27(6): 1009-23. DOI:10.1016/S0306-4603(02)00295-2 (acessado em 23/Abr/2016).
34. Simões C, Matos MG, Batista-Foguet JM, Simons-Morton B. Substance use across adolescence: do gender and age matter? *PsicolReflexCrit* 2014; 27(1): 179-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722014000100020> (acessado em 10/Jun/2016).
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
36. Malmberg M, Kleinjan M, Overbeek G, Vermulst A, Lammers J, Monshouwer K et al. Substance use outcomes in the Healthy School and Drugs program: Results from a latent growth curve approach. *Addict Behav* 2015; 42: 194–202.
37. Kim M, McCarthy WJ. School-level contextual influences on smoking and drinking among Asian and Pacific Islander adolescents. *DrugAlcoholDepend* 2006; 84(1): 56–68

Tabela 1. Escores médios obtidos no conjunto das escolas, em escala de 0 a 100 pontos e respectivos desvios padrão, com pontos de corte para o escore total e das dimensões do instrumento de avaliação de promoção de saúde do ambiente escolar (n=53 escolas)

	Médias (DP)	Desfavorável	Moderado	Favorável
Dimensão Estrutural	56,6 (26,3)	$\leq 34$	35-78	$\geq 79$
Dimensão Relacional	70,3 (24,5)	$\leq 50$	51-84	$\geq 85$
Dimensão Pedagógica	74,5 (26,0)	$\leq 47$	48-93	$\geq 94$
Escore Total	67,1 (19,5)	$\leq 52$	52,1-81	$\geq 81,1$

**Quadro 1:** Associações verificadas entre as variáveis independentes de nível individual e exposições e desfechos levados à análise multinível

Variáveis independentes de nível individual	Uso no ano de álcool	Uso no ano de tabaco	Dimensão Estrutural desfavorável	Dimensão Pedagógica desfavorável	Dimensão Relacional desfavorável	Escore Total desfavorável
Escolaridade baixa	+S****	NS	+S****	+S****	+S****	+S****
SexoFeminino	+S*	NS	NS	NS	NS	NS
Idade16-17 anos	+S****	+S****	+S****	+S****	+S****	+S****
Família não controla uso deInternet	+S****	+S****	+S****	+S****	NS	+S****
Relação negativa com os pais	+S****	+S****	+S****	+S**	+S*	+S****
Pai e mãe fumam	+S****	+S****	+S****	+S**	+S*	+S****
Pai, mãe ou ambos bebem frequentemente	+S****	+S****	+S****	+S*	+S****	+S****
Defasagem idade/série escolar	+S****	+S****	+S****	+S*	+S****	+S****
7 pontos ou mais no SRQ	+S****	+S****	+S**	+S**	+S*	+S****

Os símbolos “+” e “-“ representam a direção das associações, ou seja, diretamente ou inversamente proporcional.

NS:  $p > 0,05$ , S\* $p < 0,05$ , S\*\* $p < 0,01$  e S\*\*\*\* $p < 0,001$

**Tabela 2** – Distribuição absoluta (n) e relativa (%) da amostra total e Prevalências de uso no ano das substâncias em estudo segundo variáveis independentes individuais, Sul do Brasil, 2012, (N=3464)

VARIÁVEIS	N	Tabaco		Álcool	
		%	p valor	%	p valor
Sexo			0,396		0,0032
	Masculino	1586	10,3	43,2	
	Feminino	1878	9,5	48,2	
Idade			<0,001		<0,001
	12-13 anos	1508	4,5	24,5	
	14-15 anos	1168	11,5	55,49	
	16-17 anos	788	17,6	73,5	
Escolaridade do familiar			0,720		0,0023
	Médio Completo	1294	9,6	503,4	
	Fundamental Completo	595	9,9	46,9	
	Entre 5 e 7 série	1044	10,2	43,2	
	Analfabeto ou até 4 série	398	11,6	43,0	
Relata supervisão do uso de internet			<0,001		<0,001
	Usa com controle	432	2,1	24,8	
	Não usa o computador	528	10,8	35,8	
	Usa e mostra às vezes	1174	5,3	44,5	
	Usa sem controle	1291	16,4	59,1	
Como percebe sua relação com os pais			<0,001		<0,001
	Boa/ótima com ambos	2532	7,3	43,0	
	Regular /Ruim com um deles	730	16,2	53,0	
	Regular ou ruim com ambos	135	22,2	66,7	
Uso de tabaco pelos pais			<0,001		<0,001
	Não informou	1650	5,9	41,6	
	Pai ou mãe fuma	553	13,7	49,2	
	Pai e mãe fumam ex fumantes	199 952	15,6 13,9	50,3 53,4	
Uso de álcool pelos pais			<0,001		<0,001
	Não informou	925	7,5	38,2	
	Pai ou mãe: uso eventual	956	9,8	44,6	
	Pai ou mãe: uso frequente	1150	8,8	54,0	
	Ambos: uso frequente	344	18,3	61,3	
Defasagem Idade-Série			<0,001		0,0001
	Não	3058	8,7	45,2	
	Sim	310	20,3	57,1	
Morbidade Psíquica (SRQ-20)			<0,001		<0,001
	Não	2285	7,3	41,2	
	Sim	1039	15,3	57,9	

**p-valor controlado para efeito de delineamento**

**Tabela 3**– Distribuição absoluta (n) e relativa (%) da amostra e Prevalências de uso das substâncias em estudo, com valores de p para Teste do Chi-Quadrado de Pearson, segundo Dimensões e Escore total no Instrumento de Avaliação das Condições de Promoção de Saúde nas escolas, Sul do Brasil, 2012, (N=3464)

VARIÁVEIS	Amostra		Prevalências de uso de substâncias					
	n	%	Tabaco Ano %	p- valor	Álcool Ano %	p- valor	Ilícitas Ano %	p- valor
Dimensão Estrutural				<b>0,011</b>		0,328		0,059
	Bom	756	21,8	6,7		41,3		7,9
	Moderado	1835	53,0	10,1		46,6		11,4
	Ruim	873	25,2	12,1		48,3		12,1
Dimensão Pedagógica				<b>0,019</b>		0,127		0,511
	Bom	856	24,7	6,1		39,4		10,5
	Moderado	1680	48,5	10,2		46,4		10,6
	Ruim	928	26,8	11,8		49,2		11,6
Dimensão Relacional				<b>0,005</b>		<b>0,006</b>		0,291
	Bom	640	18,5	7,1		38,9		9,7
	Moderado	1829	52,8	9,8		44,6		11,0
	Ruim	995	28,7	12,6		54,6		11,6
Escore Total				<b>0,001</b>		<b>0,035</b>		0,065
	Bom	880	25,4	6,5		40,1		9,1
	Moderado	1626	46,9	10,0		44,3		10,9
	Ruim	958	27,7	12,7		53,9		12,3

p-valor controlado para efeito de delineamento

**Tabela 4.** Análise multinível com OR brutas e OR ajustada para uso de substâncias em estudo, Segundo Dimensões e Escore total no Instrumento de Avaliação das Condições de Promoção de Saúde nas escolas, Sul do Brasil, 2012, (n=3464)

VARIÁVEIS CONTEXTUAIS	USO NO ANO DE TABACO				USO NO ANO ÁLCOOL			
	Análise Bruta		Análise Ajustada <sup>#</sup>		Análise Bruta		Análise Ajustada <sup>#</sup>	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Dimensão Estrutural								
Bom	1		1		1		1	
Moderado	1,22	(0,77-1,94)	1,08	(0,71-1,65)	1,01	(0,63-1,64)	0,97	(0,76-1,23)
Ruim	1,57	(0,93-2,65)	1,21	(0,76-1,94)	1,01	(0,58-1,77)	0,87	(0,66-1,15)
Dimensão Relacional								
Bom	1		1		1		1	
Moderado	1,53	(0,92-2,52)	1,49	(0,96-2,32)	1,04	(0,64-1,70)	1,05	(0,83-1,33)
Ruim	<b>1,90</b>	<b>(1,10-3,27)*</b>	1,59	(0,99-2,55)	1,35	(0,78-2,32)	1,19	(0,92-1,55)
Dimensão Pedagógica								
Bom	1		1		1		1	
Moderado	1,15	(0,75-1,77)	1,07	(0,72-1,58)	1,01	(0,67-1,51)	0,85	(0,68-1,06)
Ruim	1,63	(0,99-2,70)	1,18	(0,75-1,85)	<b>1,72</b>	<b>(1,01-2,93)*</b>	1,00	(0,77-1,30)
Escore Total								
Bom	1		1		1		1	
Moderado	1,33	(0,87-2,04)	1,15	(0,77-1,72)	1,06	(0,69-1,61)	1,02	(0,81-1,27)
Ruim Bom	<b>1,89</b>	<b>(1,16-3,09)*</b>	1,27	(0,74-2,19)	1,56	(0,92-2,64)	1,06	(0,82-1,38)

\*p<0,05

<sup>#</sup>ajustado para idade, controle de internet, relação com os pais, uso de tabaco pelos pais, uso de álcool pelos pais, defasagem idade-série e SRQ-20





<p>(3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio completo (5) Superior completo</p>	
<p>8. Quantas pessoas moram na mesma casa que você (<b>contando você</b>)? _____pessoas</p>	<p>NPESS __</p>
<p>9. Responda sobre o contato que você mantém com sua mãe?</p> <p>(0) Moro com ela (1) Não moro com ela, mas a vejo pelo menos uma vez por semana (2) Não moro com ela, mas a vejo de vez em quando (menos de uma vez por semana) (3) Não moro com ela e não a vejo nunca ou ela já morreu</p>	<p>CONTMAE __</p>
<p>10. Responda sobre o contato que você mantém com seu pai?</p> <p>(0) Moro com ele (1) Não moro com ele, mas o vejo pelo menos uma vez por semana (2) Não moro com ele, mas o vejo de vez em quando (menos de uma vez por semana) (3) Não moro com ele e não o vejo nunca ou ele já morreu</p>	<p>CONTPAI __</p>
<p>11. Você tem irmãos ou irmãs: (0) Não ( ) Sim - Quantos? __ __</p>	<p>IRMAOSJUNT __ __</p>
<p>12. Quantos de seus irmãos ou suas irmãs moram na mesma casa que você?</p> <p>(0) Não tenho irmãos ou irmãs, ou nenhum mora comigo (--) Tenho __ __ irmãos ou irmãs que moram comigo</p>	
<p>13. Ao todo quantas outras pessoas moram na mesma casa que você (<b>sem contar com você</b>)?</p> <p>(0) Nenhuma/ Moro sozinho ( ) __ __ pessoas moram na mesma casa que eu</p>	<p>PESSMOR __ __</p>
<p>14. Como é o seu relacionamento com o seu pai?</p> <p>(0) Não tenho contato com meu pai - Quando estou com meu pai é:(1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo</p>	<p>RELPAI __</p>
<p>15. Como é o teu relacionamento com tua mãe?</p> <p>(0) Não tenho contato com minha mãe - Quando estou com minha mãe é:(1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo</p>	<p>RELMAE __</p>
<p>16. Como é o relacionamento entre seus pais, pensando nos dois ao mesmo tempo?</p> <p>(0) Eles não têm contato um com o outro -Quando eles estão juntos é: (1) Ótimo(2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo</p>	<p>RELPAIS __</p>
<p>17. Como você acha que seu pai é?</p> <p>(0) Não tenho contato com meu pai (1) Muito autoritário (rigoroso, mandão, severo) (2) Um pouco autoritário (3) Moderado (4) Liberal (5) Muito liberal</p>	<p>ACHAPAI __</p>
<p>18. Como você acha que sua mãe é?</p> <p>(0) Não tenho contato com minha mãe</p>	

- (1) Muito autoritária (rigorosa, mandona, severa)
- (2) Um pouco autoritária
- (3) Moderada
- (4) Liberal
- (5) Muito liberal

19. Você já teve em sua família alguma orientação sobre drogas?

- (0) Não
- (1) Sim

20. Na sua casa tem alguém com alguma doença grave ou doença que já dure muito tempo?

- (0) Não
- (1) Sim

21. Quantas pessoas que moram na sua casa têm ou já tiveram problemas pelo uso de bebida alcoólica?

- (0) Nenhuma

\_\_ \_\_ pessoastem ou já tinham problemas pelo uso de bebida alcoólica

22. Quantas pessoas que moram na sua casatem ou já tinham problemas pelo uso de outras drogas?

- (0) Nenhuma

\_\_ \_\_ pessoastem ou já tinham problemas pelo uso deoutras droga

**23. As próximas 21 questões se referem às relações que você mantém com pessoas que moram na mesma casa que você:**

Marque com um X as pessoas que moram na mesma casa que você:								
	Pai	mãe	padrasto	madrasta	irmãos	avós	tios	Filhos de padrasto ou madrastra
Agora, leia as 21 questões do quadro e responda para cada pessoa que você marcou, escolhendo um dos números abaixo, aquele que você achar mais adequado: <b>1=pouco ou nada</b> <b>2=algum</b> <b>3=muito ou bastante</b> <b>4=muitíssimo</b> <b>5=o máximo ou sempre</b>								
1.Quanto tempo livre tu passas com esta pessoa?								
2. Quanto tu e esta pessoa ficam chateados ou brabos um com o outro?								
3.Qual o teu nível de satisfação na relação que tu tens com esta pessoa?								
4.Quanto tu contas para esta pessoa tuas coisas mais pessoais?								
5.Quanto tu ajudas esta pessoa a fazer coisas que ele/ela não consegue fazer sozinho/a								
6.Quanto tu achas que esta pessoa gosta ou te ama?								
7.Quanto esta pessoa te pune?								
8. Quanto tu te divertes com esta pessoa?								
9. Quanto tu e esta pessoa tem desacordos e brigas?								
10.Quão contente tu te sentes com teu relacionamento com esta pessoa?								
11. Quanto tu contas de teus segredos e sentimentos para esta outra pessoa?								
12. Quanto tu proteges esta pessoa e olhas para que as coisas corram bem com ela?								
13. Quanto tu achas que esta pessoa realmente se importa contigo?								
14. Quanto esta pessoa te disciplina quando tu lhe desobedece?								
15. Quão seguido vocês saem ou fazem coisas juntos que são divertidas?								
16. Quanto tu e esta pessoa discutem?								

ACHAMAE \_\_

ORIENFAM \_\_

DOENCASA \_\_

ALCOOLCAS \_\_ \_\_

DROGACASA \_\_ \_\_

MORAMCASA \_\_

PAIMORA: \_\_

MAEMORA \_\_

17. Quanto tua relação com esta pessoa é boa?										
18. Quanto tu falas com esta pessoa sobre coisas que tu não queres que os outros saibam?										
19. Quanto tu cuidas desta pessoa?										
20. Quanto tu achas que esta pessoa tem um sentimento forte de afeição (amor ou carinho) por ti?										
21. Quão seguido esta pessoa te critica por fazer coisas que tu não deverias fazer?										
<p><b>Agora queremos saber algumas coisas sobre seu envolvimento na escola:</b></p> <p><b>24. Em qual nível de ensino e em que ano você está agora?</b>  Fundamental: (06) 6ª. Série ou 7ª. Ano(07) 7ª. Série ou 8ª. Ano(08) 8ª. Série ou 9ª. Ano  Médio: (11) 1º. Ano (12) 2º. Ano (13) 3º. Ano</p> <p><b>25. Em que turno você estuda?</b> (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite</p> <p><b>26. Você já foi reprovado(a) em alguma série na escola?</b>  (0) Não (1) Sim - Quantas vezes? _____</p> <p><b>27. No último mês, você deixou de vir à escola alguma vez?</b>  (0) Não, nunca faltei (1) Sim, faltei. Quantos dias no último mês? __ __</p> <p><b>28. Você já recebeu, alguma vez na vida, alguma suspensão escolar?</b>  (0) Não (1) Sim. Quantas vezes em toda a vida? __ __</p>										
ANOENS __ __										
TURNO __										
REPRO __										
NREPRO __ __										
FALTESCO __										
NFALTESC __ __										
SUSPESCO __										
NSUSPESC __ __										

<p><b>29.</b> Como é o seu relacionamento com seus professores? (1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo</p>	RELPROF __																								
<p><b>30.</b> Como é o seu relacionamento com seus colegas de escola? (1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo</p>	RELCOLE __																								
<p><b>31.</b> Como você considera seu desempenho na escola? (1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo</p>	DESESCO __ QUEMESCO __																								
<p><b>32.</b> Com quem você geralmente vem até a escola (indique uma opção, a mais frequente para você)? (1) Sozinho (2) Com amigos/ colegas (3) Com pessoas da família</p>	COMOESCO __																								
<p><b>33.</b> Como você geralmente vem até a escola (indique uma opção, a mais frequente para você)? (1) De carro/moto (2) De transporte escolar privado (3) De ônibus (4) De bicicleta (5) A pé (6) Outros _____</p>	ORIENESCO __																								
<p><b>34.</b> Você já recebeu alguma orientação sobre riscos do uso de drogas, na escola? (0) Não (1) Sim</p>	AVALORIEN __																								
<p><b>35.</b> Caso você já tenha recebido alguma orientação sobre drogas na escola como foi esta orientação, na sua opinião? (0) Não recebi (1) Muito útil (2) Pouco útil (3) Inútil</p>	PARTPROERD __																								
<p><b>36.</b> Você já participoualgumavez do PROERD (<u>Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência</u>), promovido pela Brigada Militar? (0) Não (1) Sim</p>	AVALPROERD __																								
<p><b>37.</b> Qual a sua avaliação do PROERD? Você pode responder mesmo que não tenha participado: (0) Não conheço (1) Muito útil (2) Pouco útil (3) Inútil</p>																									
<p><b>38.</b> Marque agora, na lista abaixo, se você usou, no último mês, cada um dos itens:</p> <table border="1" data-bbox="55 1070 1252 1330"> <tbody> <tr> <td>Pátio</td> <td>(0) Não tem na escola</td> <td>(1) usei no último mês</td> <td>(2) não usei</td> </tr> <tr> <td>Laboratório de informática (sala de computadores)</td> <td>(0) Não tem na escola</td> <td>(1) usei no último mês</td> <td>(2) não usei</td> </tr> <tr> <td>Quadra de esportes</td> <td>(0) Não tem na escola</td> <td>(1) usei no último mês</td> <td>(2) não usei</td> </tr> <tr> <td>Biblioteca</td> <td>(0) Não tem na escola</td> <td>(1) usei no último mês</td> <td>(2) não usei</td> </tr> <tr> <td>Sala (ou oficina) de teatro</td> <td>(0) Não tem na escola</td> <td>(1) usei no último mês</td> <td>(2) não usei</td> </tr> <tr> <td>Sala (ou oficina) de música</td> <td>(0) Não tem na escola</td> <td>(1) usei no último mês</td> <td>(2) não usei</td> </tr> </tbody> </table>	Pátio	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei	Laboratório de informática (sala de computadores)	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei	Quadra de esportes	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei	Biblioteca	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei	Sala (ou oficina) de teatro	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei	Sala (ou oficina) de música	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei	PÁTIO __ LABINFO __ QUADRA __ BIBLIO __ TEATRO __ MÚSICA __
Pátio	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei																						
Laboratório de informática (sala de computadores)	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei																						
Quadra de esportes	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei																						
Biblioteca	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei																						
Sala (ou oficina) de teatro	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei																						
Sala (ou oficina) de música	(0) Não tem na escola	(1) usei no último mês	(2) não usei																						
<p>Agora temos algumas perguntas sobre sua vida, seus hábitos, suas crenças e sentimentos:</p>	RELIG __																								
<p><b>39.</b> Qual a sua religião? (0) Não tenho religião (1) Católica (2) Espírita (3) Evangélica (Protestante, Luterana, Anglicana, Batista, Neopentecostal ou outra) (5) Religiões afro-brasileiras (Umbanda, Batuque) (6) Outra - Qual? _____</p>	FREQREL __																								
<p><b>40.</b> Você participa ou frequenta regularmente algum culto ou prática religiosa? (0) Não (1) Sim</p>	DEUS __																								
<p><b>41.</b> Você acredita em Deus? (0) Não (1) Sim</p>	REZAR __																								
<p><b>42.</b> Você costuma rezar quando tem algum problema? (0) Não (1) Sim</p>																									

43. Vamos listar alguns grupos ou associações. Por favor, marque todas as que você participa ou participou nos últimos TRÊS ANOS:

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| a) grupo de jovens ligado à religião             | (0) Não | (1) Sim |
| b) grêmio estudantil                             | (0) Não | (1) Sim |
| c) grupo de jovens da associação de bairro       | (0) Não | (1) Sim |
| d) partido político                              | (0) Não | (1) Sim |
| e) clube ou equipe de esportes                   | (0) Não | (1) Sim |
| f) CTG ou outro grupo tradicionalista            | (0) Não | (1) Sim |
| g) grupo ligado às artes (teatro, dança, outros) | (0) Não | (1) Sim |

GRUPJOVENS \_\_  
GREMIO \_\_  
GJBAIRRO \_\_  
PARTIDO \_\_  
CLUBE \_\_  
CTG \_\_  
GARTES \_\_

44. Com que frequência você se sente seguro no local onde mora?

- |                    |       |           |               |              |        |
|--------------------|-------|-----------|---------------|--------------|--------|
|                    | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
| - durante o dia:   | (1)   | (2)       | (3)           | (4)          | (5)    |
| - durante a noite: | (1)   | (2)       | (3)           | (4)          | (5)    |

SEG DIA \_\_  
SEG NOI \_\_

45. Pensando nas pessoas que você considera como amigos ou amigas, como você se percebe?

- (1) uma pessoa sozinha, sem amigos (2) com poucos amigos (3) com muitos amigos

PERCEBE \_\_

46. Você tem computador em casa? (0) Não (1) Sim

COMPU \_\_

47. Se você tem acesso à internet em casa ou em outros locais, quantas horas por dia você costuma ficar conectado?

- (0) Não acesso a internet nunca  
- Tenho acesso a internet e costumo usar por ( \_\_ \_\_ ) horas por dia  
**(se usar menos de uma hora por dia, escreva 1)**

INTERNET \_\_ \_\_  
CONTINTER \_\_

48. Seu pai, sua mãe ou alguma outra pessoa adulta controlam ou acompanham o que você acessa ou faz no computador?

- (0) Não uso computador  
(1) Uso computador e ninguém acompanha nem controla  
(2) Uso computador e mostro o que faço, mas só de vez em quando  
(3) Uso computador e sempre alguém acompanha o que faço lá

49. Você teve alguma doença grave nos últimos doze meses? (0) Não (1) Sim

DOENÇA \_\_

50. Como você considera sua vida?

- (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima

VIDA \_\_

51. Como você considera sua saúde, de um modo geral?

- (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima

SAÚDE \_\_

52. Como você considera a saúde de sua boca e de seus dentes?

- (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima

SAUBOCA \_\_

53. De um ano para cá, você consultou ou foi atendido em algum serviço de saúde?

- (0) Não (1) Sim

SAUDEANO \_\_

54. De um mês para cá, você consultou ou foi atendido em algum serviço de saúde?

- (0) Não (1) Sim

SEUDEMES \_\_

55. Quanto a relacionamento afetivo, atualmente você está:

- (0) Solteiro/a, separado/a ou viúvo/a e **não estou namorando**  
(1) Solteiro/a, separado/a ou viúvo/a e **tenho namorado/a**  
(2) **Casado/a** ou vivendo com companheiro/a

RELACIO \_\_

56. Você já teve relações sexuais? (0) Não (1) Sim	RELSEX __
57. Você tem filhos? (0) Não (1) Sim	FILHOS __
58. Com quantos anos (completos) você teve sua primeira relação sexual? (0) Não teve relações sexuais - Tive a primeira relação com (___) anos	PRIMSEX ___
<b>Se você nunca teve relações sexuais, pule para a questão 61</b>	
59. Você costuma usar algum dos seguintes meios de proteção nas relações sexuais:	
a) não uso nenhuma proteção (0) Não (1) Sim	PROTSEXO __
b) uso preservativo - camisinha (masculino ou feminino) (0) Não (1) Sim	PRESERVA __
c) tomo anti-concepcional oral (pílula, comprimido) (0) Não (1) Sim	ACO __
d) uso injeções com anti-concepcional (0) Não (1) Sim	ACINJ __
60. De um mês para cá (nos últimos 30 dias), com quantas pessoas você teve relações sexuais? (0) com ninguém neste período com (___) pessoas neste período	PESSOSEX ___
61. Você pratica regularmente (no mínimo 3 vezes por semana) algum tipo de esporte, incluindo danças, academia e outros? (0) Não (1) Sim Qual? _____	PRATESPOR __  ESPORTE: ___
62. Quantos dias, no último mês, você fez alguma atividade física por lazer ou por diversão? (0) Nenhum dia, não fiz atividade física - Fiz atividade física(___) dias no último mês.	
63. Nos dias que você fez atividades físicas, quanto tempo, em média, a atividade durou cada vez? (0) Não fiz atividades físicas (1) Fiz atividade física e durou aproximadamente _____ horas _____ minutos	ATIVIFISI ___
64. No último mês, você foi caminhando ou de bicicleta para a escola ou outro lugar? Quantos dias? (00) Não fui - Sim, fui ___ dias	ATIVIFIS2 __ TEMPFISI ___ (minutos total)
65. Nos dias que você foi caminhando ou de bicicleta para a escola ou outro lugar, quanto tempo em média essa atividade durou cada vez? (000) Não fui caminhando ou de bicicleta a lugar algum - Fui a escola ou outro lugar e durou aproximadamente _____ horas _____ minutos	CAMINHA ___ CAMTEMP ___ (minutos total)
66. Alguma vez na sua vida você já sofreu algum tipo de violência física ou maus tratos? (0) Não (1) Sim	VIOLFISICA __
67. No último ano, você esteve envolvido em algum tipo de briga? (0) Não (1) Sim	BRIGA __
68. No último ano, você usou ou carregou com você, algum tipo de arma (canivete, faca, revólver, pistola ou qualquer outro)? (0) Não (1) Sim	ARMA __
69. Alguma vez na sua vida você já sofreu abuso sexual? (0) Não (1) Sim	ABUSOSEX __
70. Alguma vez na sua vida você já testemunhou algum tipo de violência? (0) Não (1) Sim	
71. Alguma vez na sua vida você já sofreu bullying? (0) Não (1) Sim	TESTVIOL __

**72.** Alguma vez na sua vida você já foi hostilizado, agredido ou maltratado (tratado com desprezo, desrespeito ou apelidos ofensivos) por colegas da escola? (0) Não (1) Sim

SABEBULLY \_\_

**73.** De um ano para cá o seu pai ou responsável perdeu o emprego?

(0) Não (1) Sim

SOFREUBULLY \_\_

**74.** De um ano para cá morreu alguém da sua família ou alguém muito importante para você?

(0) Não (1) Sim

RESEMPRE \_\_

**75.** De um ano para cá você foi assaltado / roubado?

(0) Não (1) Sim

MORTEFAM \_\_

**76.** De um ano para cá você mudou de cidade ou de bairro?

(0) Não (1) Sim

ASSALTO \_\_

MUDOUCID \_\_

**77.** Para cada uma das 25 frases abaixo, você deve marcar com um X se, de acordo com sua opinião, a afirmação for falsa, mais ou menos verdadeira ou verdadeira:

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro	
1. Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	( )	( )	( )	SDQ1 __
2. Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	( )	( )	( )	SDQ2 __
3. Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	( )	( )	( )	SDQ3 __
4. Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	( )	( )	( )	SDQ4 __
5. Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	( )	( )	( )	SDQ5 __
6. Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	( )	( )	( )	SDQ6 __
7. Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	( )	( )	( )	SDQ7 __
8. Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo	( )	( )	( )	SDQ8 __
9. Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	( )	( )	( )	SDQ8 __
10. Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	( )	( )	( )	
11. Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	( )	( )	( )	SDQ9 __
12. Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	( )	( )	( )	SDQ10 __
13. Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	( )	( )	( )	SDQ11 __
14. Em geral, os outros jovens gostam de mim	( )	( )	( )	SDQ12 __
15. Facilmente perco a concentração	( )	( )	( )	SDQ13 __
16. Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança	( )	( )	( )	SDQ14 __
17. Sou legal com crianças mais novas	( )	( )	( )	SDQ15 __
18. Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	( )	( )	( )	SDQ16 __
19. Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'	( )	( )	( )	SDQ17 __
20. Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	( )	( )	( )	SDQ18 __
21. Eu penso antes de fazer as coisas	( )	( )	( )	SDQ19 __
	( )	( )	( )	SDQ20 __

22. Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares	( )	( )	( )	SDQ21 __
23. Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	( )	( )	( )	SDQ22 __
24. Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	( )	( )	( )	SDQ23 __
25. Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	( )	( )	( )	SDQ24 __
<b>78. Como você diria que a sua vizinhança atual é, em relação a:</b>				SDQ25 __
<b>a) POLUIÇÃO?</b>				
(1) muito poluída    (2) poluída    (3) mais ou menos poluída    (4) sem poluição				
<b>b) BARULHOS?</b>				POLUI __
(1) muito barulhenta    (2) barulhenta    (3) nem barulhenta nem silenciosa (4) silenciosa    (5) muito silenciosa				
<b>c) LIMPEZA?</b>				BARUL __
(1) muito suja    (2) suja    (3) nem suja nem limpa    (4) limpa    (5) muito limpa				
<b>79. As afirmações seguintes referem-se aos relacionamentos em sua vizinhança, responda a frase com sim, caso concorde com a afirmação e não, caso discorde da afirmação.</b>				LIMPEZ __
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	
a) Eu consigo reconhecer a maioria das pessoas que vivem na minha quadra.	(0)	(1)		
b) Eu me sinto em casa nesta quadra.	(0)	(1)		
c) Vários vizinhos me conhecem.	(0)	(1)		
d) Eu me importo com o que meus vizinhos acham dos meus atos.	(0)	(1)		
e) Eu tenho influência sobre o estado desta quadra.	(0)	(1)		SCOMUA __
f) Se há um problema nesta quadra, as pessoas que vivem aqui resolvem.	(0)	(1)		SCOMUB __
g) Eu penso que esta quadra é um bom lugar para eu viver.	(0)	(1)		SCOMUC __
h) As pessoas desta quadra possuem os mesmos valores.	(0)	(1)		SCOMUD __
i) Meus vizinhos e eu, queremos o mesmo para esta quadra.	(0)	(1)		SCOMUE __
j) É muito importante para mim viver nesta quadra.	(0)	(1)		SCOMUF __
l) As pessoas nesta quadra geralmente se dão umas com as outras.	(0)	(1)		SCOMUG __
m) Eu espero viver nesta quadra por um bom tempo.	(0)	(1)		SCOMUH __
				SCOMUI __
				SCOMUJ __
				SCOMUL __
				SCOMUM __
<b>80. Agora vamos fazer 20 perguntas sobre a sua saúde</b>				
<b>DE UM MÊS PARA CÁ:</b>				
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	(0) Não	(1) Sim		
2. Você tem falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim		
3. Você dorme mal?	(0) Não	(1) Sim		
4. Você se assusta com facilidade?	(0) Não	(1) Sim		
5. Você tem tremores nas mãos?	(0) Não	(1) Sim		
6. Você se sente nervoso, tenso ou preocupado?	(0) Não	(1) Sim		SRQ1 __
7. Você tem má digestão?	(0) Não	(1) Sim		SRQ2 __
8. Você sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não	(1) Sim		SRQ3 __
9. Você tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim		SRQ4 __
10. Você tem chorado mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim		SRQ5 __
11. Você consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim		SRQ6 __
12. Você tem dificuldade de tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim		SRQ7 __
13. Você acha que seu trabalho diário é penoso, te causa sofrimento?	(0) Não	(1) Sim		SRQ8 __



14. Você acha que tem um papel útil na vida?	(0) Não	(1) Sim	SRQ9 __
15. Você perdeu o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim	SRQ10 __
16. Você se sente uma pessoa sem valor?	(0) Não	(1) Sim	SRQ11 __
17. Alguma vez você pensa em acabar com a sua vida?	(0) Não	(1) Sim	SRQ12 __
18. Você se sente cansado o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim	SRQ13 __
19. Você sente alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não	(1) Sim	SRQ14 __
20. Você se cansa com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	SRQ15 __
			SRQ16 __
			SRQ17 __
			SRQ18 __
			SRQ19 __
			SRQ20 __

**AGORA TEMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS HÁBITOS. SE A RESPOSTA INICIAL EM CADA BLOCO FOR SIM, RESPONDA O QUADRO QUE VEM EM SEGUIDA. SE A RESPOSTA FOR NÃO, PASSE PARA A QUESTÃO INDICADA. SEJA SINCERO!**

**81.** Ao longo da vida, você já fumou ou experimentou pelo menos um **cigarro**?  
(NÃO VALE MACONHA) (0) Não (1) Sim

**Se você nunca fumou passe para a pergunta 89, no caso de ter fumado responda o quadro a seguir.**

FUMOU \_\_

**82.** Qual idade você tinha quando fumou ou experimentou um cigarro pela primeira vez na vida?  
(0) Nunca fumei (1) Eu tinha \_\_\_\_\_ anos (99) Não lembro

IDFUMOU \_\_ \_\_

**83.** Onde você experimentou o primeiro cigarro?

- (0) Nunca fumei  
(1) Em casa  
(2) Na casa de um amigo/vizinho  
(3) Na escola  
(4) Na rua  
(5) Em bares/ danceteria  
(6) outros. Onde? \_\_\_\_\_  
(9) Não lembro

ONDEFUMOU \_\_

**84.** De um ano para cá você fumou algum cigarro?  
(0) Não (1) Sim

ANOFUMOU \_\_

**85.** Quantos cigarros você geralmente fuma por dia?

- (00) Não fumo/ Nunca fumei  
(01) Fumo apenas eventualmente  
( ) Fumo \_\_\_\_\_ cigarros por dia

FUMADIA \_\_ \_\_

**86.** Seus pais (ou o responsável por você) sabem que você fuma ou já fumou?

- (0) Não fumo  
(1) Já fumei / fumo e eles não sabem  
(2) Já fumei/ fumo e eles sabem

SABEFUMA \_\_

**87.** Alguma vez, ao ir comprar cigarro você foi barrado por sua idade? (o vendedor se negou a vender o cigarro ou pediu algum documento seu)

- (0) Nunca fui comprar cigarro  
(1) Já comprei e nunca fui barrado  
(2) Já fui barrado ao tentar comprar

COMPICIG \_\_

**88.** Você tem fumado atualmente? (0) não (1) sim.

FUMA \_\_

Se sim, responda as questões abaixo. Se não, pule para a questão 89.

1. Quanto tempo após acordar costuma dar o primeiro trago?

- (3) Nos primeiros 5 minutos  
(2) Entre 6 e 30 minutos  
(1) Entre 31 e 60 minutos  
(0) Mais de 60 minutos

GDF1 \_\_

2. Acha fácil não poder fumar em locais proibidos?

- (0) Não (1) Sim

3. Qual o cigarro do dia que lhe proporciona mais satisfação?

- (1) O primeiro da manhã  
(0) Qualquer outro

GDF2 \_\_

GDF3 \_\_

<p>4. Quantos cigarros você fuma diariamente?</p> <p>(0) 10 cigarros ou menos (1) de 11 a 20 (2) de 21 a 30 (3) 31 ou mais</p>	<p>GDF4 __</p> <p>GDF5 __</p>
<p>5. Fuma mais cigarros pela manhã do que no restante do dia?</p> <p>(1) Sim                      (0) Não</p>	<p>GDF6 __</p>
<p>6. Consegue ficar sem fumar se estiver doente?</p> <p>(0) Sim                      (1) Não</p>	<p>PAIFUMA __</p>
<p>89. Seu pai fuma ou já fumou?</p> <p>(0) Não sei (1) Nunca Fumou (2) Fuma atualmente (3) Fumava e parou (é ex- fumante)</p>	<p>MAEFUMA __</p>
<p>90. Sua mãe fuma ou já fumou?</p> <p>(0) Não sei (1) Nunca Fumou (2) Fuma atualmente (3) Fumava e parou (é ex- fumante)</p>	
<p>91. Você costuma presenciar alguém fumando no seu dia a dia?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas poucas vezes (2) Sim, presencio constantemente</p>	<p>CONFUMA __</p>
<p>92. Ao longo da vida, você já tomou bebida alcoólica? (do tipo: cerveja, chopp, vinho, aperitivo, licor, caipirinha, cachaça, pinga, sidra, champanhe ou outra)</p> <p>(0) Não                      (1) Sim</p> <p><b>Se você nunca tomou bebida alcoólica passe para a pergunta 105, no caso de ter tomado responda o quadro a seguir.</b></p>	<p>ALCOOL __</p>
<p>93. Qual idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez na vida?</p> <p>(0) Nunca tomei    (1) Eu tinha _____ anos    (99) Não lembro</p>	<p>IDALCOOL __ __</p>
<p>94. De um ano para cá você tomou alguma bebida alcoólica?</p> <p>(0) Não                      (1) Sim</p>	<p>ANOALCOOL __</p>
<p>95. Quantos dias por semana você costuma tomar bebida alcoólica ?</p> <p>(0) Não tomo/ Nunca tomei (1) Tomo apenas eventualmente (de vez em quando, mas não toda semana) ( ) Tomo bebida alcoólica _____ dias por semana</p>	<p>DIASLCOOL __</p>
<p>96. Onde você estava quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez ?</p> <p>(0) Nunca tomei bebida alcoólica (1) Em casa (2) Na casa de um amigo/vizinho (3) Na escola (4) Na rua (5) Em bares/ danceteria (6) outros. Onde? _____ (9) Não lembro</p>	<p>ONDALC __</p>

97. Onde você estava quando tomou bebida alcoólica pela última vez, a mais recente?

- (0) Nunca tomei bebida alcoólica
- (1) Em casa
- (2) Na casa de um amigo/vizinho
- (3) Na escola
- (4) Na rua
- (5) Em bares/ danceteria
- (6) outros. Onde? \_\_\_\_\_
- (9) Não lembro

ONDALCUL \_\_

98. Alguma vez, ao comprar bebida alcoólica você foi barrado por sua idade? ( o vendedor se negou a vender a bebida ou pediu algum documento seu )

- (0) Nunca comprei bebida alcoólica
- (1) Já comprei e nunca fui barrado
- (2) Já fui barrado ao tentar comprar

COMPALCOOL \_\_

99. Você já tomou algum "porre" na vida (tomar bebida alcoólica até se embriagar)?

- (0) Não
- (1) Sim

PORRE \_\_

100. De um mês para cá você tomou algum "porre"?

- (0) Não
- ( ) Sim \_\_\_ Vezes

MESPORRE \_\_\_

101. As questões a seguir ainda dizem respeito ao consumo de álcool:

a. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Uma vez por mês ou menos
- (2) 2-4 vezes por mês
- (3) 2-3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

AUDITa \_\_

b. Quantas doses de álcool você consome em um dia normal?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais

AUDITb \_\_

c. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez por mês
- (2) 1 vez por mês
- (3) 1 vez por semana
- (4) Quase todos os dias

AUDITc \_\_

d. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

AUDITd \_\_

e. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

AUDITe \_\_

f. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

AUDITf \_\_

g. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

<p><b>(0) Nunca</b>  <b>(1) Menos que uma vez por mês</b>  <b>(2) Uma vez por mês</b>  <b>(3) Uma vez por semana</b>  <b>(4) Quase todos os dias</b></p>	<p>AUDITg __</p>
<p>h. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p><b>(0) Nunca</b>  <b>(1) Menos que uma vez por mês</b>  <b>(2) Uma vez por mês</b>  <b>(3) Uma vez por semana</b>  <b>(4) Quase todos os dias</b></p>	<p>AUDITh __</p> <p>AUDITi __</p>
<p>i. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p><b>(0) Nunca</b>  <b>(2) Sim, mas não no último ano</b>  <b>(4) Sim, durante o último ano</b></p>	<p>AUDITj __</p>
<p>j. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p><b>(0) Nunca</b>  <b>(2) Sim, mas não no último ano</b>  <b>(4) Sim, durante o último ano</b></p>	

**102.** Com quais destes grupos de pessoas você costuma tomar bebidas alcoólicas?

- |                                      |         |         |
|--------------------------------------|---------|---------|
| - Com colegas da escola              | (0) não | (1) sim |
| - Com minha família                  | (0) não | (1) sim |
| - Com meu namorado ou minha namorada | (0) não | (1) sim |
| - Com amigos de fora da escola       | (0) não | (1) sim |
| - Com estranhos, qualquer pessoa     | (0) não | (1) sim |

ALCCOL \_\_

ALCFAM \_\_

ALCNAM \_\_

ALCAMI \_\_

ALCEST \_\_

**103.** Indique se você costuma consumir bebidas alcoólicas em um dos seguintes horários.

- |              |         |         |
|--------------|---------|---------|
| De manhã     | (0) Não | (1) Sim |
| No almoço    | (0) Não | (1) Sim |
| De tarde     | (0) Não | (1) Sim |
| Na janta     | (0) Não | (1) Sim |
| De noite     | (0) Não | (1) Sim |
| De madrugada | (0) Não | (1) Sim |

ALCMAN \_\_

ALCALM \_\_

ALCTARD \_\_

ALCJAN \_\_

ALCNOI \_\_

ALCMAD \_\_

**104.** Depois de beber você já **(pode marcar mais de uma)**:

(0) Nunca tomei bebida alcoólica ou nunca me aconteceu nada disso

- |                      |         |         |
|----------------------|---------|---------|
| - Brigou             | (0) Não | (1) Sim |
| - Faltou à escola    | (0) Não | (1) Sim |
| - Faltou ao trabalho | (0) Não | (1) Sim |
| - Dirigiu            | (0) Não | (1) Sim |

BRIGAPALC \_\_

FALTAPALC \_\_

FALTRABAPALC \_\_

DRIGIAPALC \_\_

- Sofreu acidentes (atropelamentos, quedas) (0) Não (1) Sim

ACIDAPALC \_\_

**105.** Você conhece alguém que toma bebida alcoólica constantemente?

- (0) Não (1) Sim

CONHALC \_\_

**106.** Você presencia alguém tomando bebida alcoólica no seu dia a dia?

- (0) Não  
(1) Sim, poucas vezes  
(2) Sim, constantemente

PRESALC \_\_

**107.** Seu pai toma bebidas alcoólicas?

- (0) Não, Nunca vi meu pai bebendo  
(1) Sim, mas apenas eventualmente  
(2) Sim, frequentemente

PAIALC \_\_

**108.** Sua mãe toma bebidas alcoólicas?

- (0) Não, Nunca vi minha mãe bebendo  
(1) Sim, mas apenas eventualmente  
(2) Sim, frequentemente

MAEALC \_\_

**109.** Você já experimentou maconha (ou haxixe) alguma vez?

- (0) Não (1) Sim

**Se você nunca experimentou maconha (ou haxixe) passe para a pergunta 115, no caso de ter experimentado, responda o quadro a seguir**

MACONHA \_\_

**110.** Qual idade você tinha quando experimentou maconha (ou haxixe) pela primeira vez na vida?

- (0) Nunca experimentei (1) Eu tinha \_\_\_\_\_ anos (99) Não lembro

IDMACONHA \_\_

**111.** Com quem você estava quando experimentou maconha (ou haxixe) pela primeira vez?

- (0) Nunca experimentei  
(1) Sozinho  
(2) Com amigos  
(3) Com pessoas da família  
(4) Com pessoas desconhecidas

QMACONHA \_\_

**112.** Onde você estava quando experimentou maconha (ou haxixe) pela primeira vez ?

- (0) Nunca usei

ONDMACONHA \_\_

- (1) Em casa  
 (2) Na casa de um amigo/vizinho  
 (3) Na escola  
 (4) Na rua  
 (5) Em bares/ danceteria  
 (6) outros. Onde? \_\_\_\_\_  
 (9) Não lembro

ANOMACONHA \_\_

**113. De um ano para cá você usou maconha?**

- (0) Não                    (1) Sim

**114. Quantas vezes por dia você usa maconha?**

- (0) Não usei / Nunca usei  
 (1) Uso eventualmente (de vez em quando)  
 ( ) Uso \_\_\_\_\_ vezes maconha por dia

DIAMACONHA \_\_

**115. Você conhece alguém que fuma maconha?**

- (0) Não                    (1) Sim

**116. Você costuma presenciar alguém fumando maconha no seu dia a dia?**

- (0) Não  
 (1) Sim, poucas vezes  
 (2) Sim, constantemente

ALGMACONHA \_\_

PRESMACONHA \_\_

**117. Você já usou cocaína de alguma forma (pó, na veia, crack, oxi, pitico, bazuca ou outra):**

(0) Não (1) Sim

**Se você nunca usou cocaína em nenhuma destas formas, passe para a pergunta 125. No caso de já ter experimentado, responda o quadro a seguir:**

**Indique as que você já usou:**

Cocaína em pó (aspirada ou cheirada)	(0) Não	(1) Sim
Cocaína injetada (na veia)	(0) Não	(1) Sim
Crack	(0) Não	(1) Sim
OXI (pedra)	(0) Não	(1) Sim
Pitico ou Macaco (crack na maconha)	(0) Não	(1) Sim
Bazuka ou Pasta de coca	(0) Não	(1) Sim

COCA\_\_

PO\_\_

INJET\_\_

CRACK\_\_

OXI\_\_

PITIC\_\_

PASTA\_\_

IDCOCA\_\_

**118. Qual idade você tinha quando usou cocaína pela primeira vez na vida?**

(0) Nunca experimentei (1) Eu tinha \_\_\_\_ anos (99) Não lembro

QUALCOCA\_\_

**119. Qual dessas formas de cocaína foi a que você usou primeiro?**

(0) Nunca usei cocaína em nenhuma forma  
 (1) Cocaína em pó (aspirada ou cheirada)  
 (2) Cocaína injetada (na veia)  
 (3) Crack ou OXI (pedra)  
 (4) Pitico ou Macaco (crack na maconha)  
 (5) Bazuka ou Pasta de coca

QUEMCOCA\_\_

**120. Com quem você estava quando usou cocaína pela primeira vez?**

(0) Nunca experimentei  
 (1) Sozinho  
 (2) Com amigos  
 (3) Com pessoas da família  
 (4) Com pessoas desconhecidas

ONDECOCA\_\_

**121. Onde você estava quando usou cocaína pela primeira vez?**

(0) Nunca experimentei  
 (1) Em casa  
 (2) Na casa de um amigo/vizinho  
 (3) Na escola  
 (4) Na rua  
 (5) Em bares/ danceteria  
 (6) outros. Onde? \_\_\_\_\_  
 (9) Não lembro

**122. De um ano para cá você usou alguma destas formas de cocaína? (0) Não(1) Sim**

**Se não usou, pule para a questão 124. Se usou, indique quais das formas de cocaína você usou no último ano:**

Cocaína em pó (aspirada ou cheirada)	(0) Não	(1) Sim
Cocaína injetada (na veia)	(0) Não	(1) Sim
Crack	(0) Não	(1) Sim
OXI (pedra)	(0) Não	(1) Sim

ANOCOCA\_\_

PO1\_\_

INJET1\_\_

CRACK1\_\_

OXI1\_\_



Pitico ou Macaco (crack na maconha)	(0) Não	(1) Sim	PITICO1 __
Bazuka ou Pasta de coca	(0) Não	(1) Sim	PASTA1 __
<b>123. De um mês para cá você usou alguma destas formas de cocaína? (0) Não (1) Sim</b>			MESCOCA __
<b>Se não usou, pule para a questão 124. Se usou, indique quantas vezes nos últimos 30 dias você usou cada uma destas formas de cocaína:</b>			PO2 __ __
Cocaína em pó (aspirada ou cheirada)	(0) Nenhuma	( ) Sim, __ vezes	INJET2 __ __
Cocaína injetada (na veia)	(0) Nenhuma	( ) Sim, __ vezes	CRACK2 __ __
Crack	(0) Nenhuma	( ) Sim, __ vezes	OXI2 __ __
OXI (pedra)	(0) Nenhuma	( ) Sim, __ vezes	PITICO2 __ __
Pitico ou Macaco (crack na maconha)	(0) Nenhuma	( ) Sim, __ vezes	PASTA2 __ __
Bazuka ou Pasta de coca	(0) Nenhuma	( ) Sim, __ vezes	
<b>124. Qual destas formas de cocaína você usou por ultimo?</b>			FORMASCOC __
(0) Não usou			
(1) Cocaína em pó (aspirada ou cheirada)			
(2) Cocaína injetada (na veia)			
(3) Crack ou OXI (pedra)			
(4) Pitico ou Macaco (crack na maconha)			
(5) Bazuka ou Pasta de coca			
<b>125. Você conhece alguém que usa alguma das formas de cocaína mencionadas acima?</b>			ALGUECOCA __
(0) Não			
(1) Sim			
<b>126. Você costuma presenciar alguém usando alguma dessas formas de cocaína no seu dia a dia?</b>			PRESALGCOC __
(0) Não			
(1) Sim, mas poucas vezes			
(2) Sim, presencio constantemente			
<b>127. Você já cheirou algum produto para sentir um "barato" qualquer? (exemplos: lança- perfume, loló, cola, gasolina, benzila, acetona, thinner, removedor de tinta, água-raz, éter, esmalte, tinta)</b>			
(0) Não			
(1) Sim			
<b>Se você nunca cheirou algum desses produtos, passe para a pergunta 133, no caso de usado responda o quadro a seguir</b>			CHEIRO __
<b>128. Qual idade você tinha quando cheirou um desses produtos pela primeira vez na vida?</b>			IDCHEIRO __ __
(0) Nunca cheirei			
(1) Eu tinha _____ anos			
(99) Não lembro			
<b>129. Com quem você estava quando cheirou um desses produtos pela primeira vez?</b>			QCHEIRO __
(0) Nunca cheirei			
(1) Sozinho			
(2) Com amigos			
(3) Com pessoas da família			
(4) Com pessoas desconhecidas			
<b>130. Onde você estava quando cheirou um desses produtos pela primeira vez?</b>			
(0) Nunca cheirei			
(1) Em casa			
(2) Na casa de um amigo/vizinho			

- (3) Na escola  
 (4) Na rua  
 (5) Em bares/ danceteria  
 (6) outros. Onde? \_\_\_\_\_  
 (9) Não lembro

ONDCHEIRO \_\_

**131. De um ano para cá** você cheirou um desses produtos? (lança- perfume, loló, cola, gasolina, benzila, acetona, thinner, removedor de tinta, água-raz, éter, esmalte, tinta)

- (0) Não (1) Sim

ANOCHEIRO \_\_

**132.** Quantas vezes por dia você geralmente cheira um desses produtos?

- (0) Não usei/ Nunca usei  
 (1) Uso eventualmente  
 (2) Uso \_\_\_\_\_ vezes por dia

DIACHEIRO \_\_

**133.** Você conhece alguém que cheira um desses produtos?

- (0) Não (1) Sim

ALGUECHEIRO \_\_

**134.** Você costuma presenciar alguém cheirando um desses produtos no seu dia a dia?

- (0) Não  
 (1) Sim, poucas vezes  
 (2) Sim, constantemente

PREALGCHEIRO \_\_

**135.** Você já usou **ecstasy**?

- (0) Não (1) Sim

**Se você nunca usou ecstasy, passe para a pergunta 141, no caso de ter usado responda o quadro a seguir**

ECS \_\_

**136.** Que idade você tinha quando tomou ecstasy pela primeira vez na vida?

- (00) Nunca tomei (01) Eu tinha \_\_\_\_\_ anos (99) Não lembro

IDECS \_\_ \_\_

**137.** Com quem você estava quando tomou ecstasy pela primeira vez?

- (0) Nunca tomei  
 (1) Sozinho  
 (2) Com amigos  
 (3) Com pessoas da família  
 (4) Com pessoas desconhecidas

QUEMECS \_\_

**138.** Onde você estava usou ecstasy pela primeira vez?

- (0) Nunca usei  
 (1) Em casa  
 (2) Na casa de um amigo/vizinho  
 (3) Na escola  
 (4) Na rua  
 (5) Em bares/ danceteria  
 (6) outros. Onde? \_\_\_\_\_  
 (9) Não lembro

ONDEECS \_\_

**139. De um ano para cá** você usou ecstasy?

- (0) Não (1) Sim

ANOECS \_\_

**140. De um mês para cá** em quantos dias você usou ecstasy?

- (00) Não usei/ Nunca usei  
 (01) Uso eventualmente  
 ( ) Usei \_\_\_\_\_ dias nos últimos 30 dias

MESECS \_\_ \_\_

**141.** Você conhece alguém que usa ecstasy?

(0) Não (1) Sim

ALGUEMECS \_\_

**142.** Você costuma presenciar alguém usando ecstasy no seu dia a dia?

(0) Não

(1) Sim, poucas vezes

(2) Sim, constantemente

PRESALECS \_\_

**143.** Você já tomou algum medicamento ou similar para emagrecer ou ficar acordado?

(exemplo: Hipofagil, Inibex, Desobesi, Moderex, Glucoenergan, Reactivan, Pervitin, Dasten, Isomeride, Moderate, Dualid, Preludin, Lipomax, Inabesin, Fagolipo, Abten-Plus, Diazinil, Pervitin, Ritalina, Meridia, Reductil, Sibutral, Plenty, Sacciette, Pondera, Biomag, Vazy)

(0) Não (1) Sim

MEDEM \_\_

**Se você nunca tomou esse tipo de medicamento, passe para a pergunta 148.**

**No caso de já ter usado responda o quadro a seguir:**

**144.** Quando você tomou algum desses medicamentos, você tinha receita e/ou orientação médica?

(0) Nunca tomei

(1) Não tinha, tomei por conta própria

(2) Sim, tomei um desses medicamentos e tinha receita médica

QUANDEDEM \_\_

**145.** Qual idade você tinha quando usou tomou um desses medicamentos?

(0) Nunca tomei

(1) Eu tinha \_\_\_\_\_ anos

(99) Não lembro

IDMEDEM \_\_ \_\_

**146.** Quantas vezes por dia você geralmente toma algum desses medicamentos?

(0) Não tomei / Nunca tomei

(1) Tomo eventualmente

(2) Tomo \_\_\_\_\_ vezes por dia

DIAMEDEM \_\_

ULTIMEDEM \_\_ \_\_

**147.** Escreva o nome do medicamento que você usou por último

**148.** Você conhece alguém que toma esses medicamentos?

(0) Não

(1) Sim

ALGUEMDEM \_\_

**149.** Você costuma presenciar alguém tomando esses medicamentos no seu dia a dia?

(0) Não

(1) Sim, poucas vezes

(2) Sim, constantemente

PRESMEDEM \_\_

**150.** Você já tomou algum desses medicamentos ou similares: calmante, tranquilizante, ansiolítico ou antidiabético? (exemplos: Diazepam, Dienpax, Valium, Somalium, Lorax, Lexotan, Rohypnol, Psicosedin, Aprax e Rivotril).

(0) Não

(1) Sim

MEDCAL \_\_

**Se você nunca usou esse tipo de medicamento, passe para a pergunta 156.**

**No caso de já ter usado responda o quadro a seguir**

**151.** Quando você usou algum desses medicamentos, você tinha orientação e/ou receita médica?

(0) Não usei

(1) Não tinha receita e/ou orientação médica, usei por conta própria

(2) Sim, usei um desses medicamentos e tinha receita médica

QUANDMEDCAL \_\_

**152.** Que idade você tinha quando usou um desses medicamentos pela primeira vez na vida?

(00) Nunca tomei

( ) Eu tinha \_\_\_\_\_ anos

(99) Não lembro

IDMEDCAL \_\_ \_\_

**153.** De um ano para cá você usou um desses medicamentos?

(0) Não (1) Sim	
<b>154.</b> Quantas vezes por dia você geralmente toma um desses medicamentos?	ANOMEDCAL __
(0) Não usei/ Nunca usei	
(1) Uso eventualmente	
(2) Uso _____ vezes por dia	
<b>155.</b> Escreva o nome do medicamento que você tomou por último _____	DIAMEDCAL __
	ULTIMEDCAL ___
<b>156.</b> Você conhece alguém que toma algum desses medicamentos?	ALGUEMMEDCA __
(0) Não (1) Sim	
<b>157.</b> Você já presenciou alguém tomando algum desses medicamentos?	
(0) Não	
(1) Sim, poucas vezes	PRESMEDCAL __
(2) Sim, constantemente	
<b>158.</b> Tem alguma palavra neste questionário que não entendeste?	
(0) Não (1) Sim - Qual? _____	
	PALQUEST __

Fonte: Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2012).

## ANEXO B–INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE AMBIENTE ESCOLAR

**ORIENTAÇÕES:** Este questionário será aplicado a diretores/supervisores das escolas de Lajeado e Sapiranga e irá servir para que profissionais da área da saúde e da educação possam conhecer as condições e ações realizadas nas escolas com relação à promoção da saúde dos seus alunos.

Antes de iniciar a entrevista questionar ao diretor/supervisor se possui os seguintes dados:

Número máximo de alunos por sala de aula:

Metragem média das salas de aula:

Metragem da área de lazer ao ar livre:

Nº de salas de aula:

### **ADOÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE, DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS E RELAÇÃO COM A COMUNIDADE**

**Instrução geral: Responda se a sua escola desenvolve ações/programas apresentados a seguir, de forma contínua e permanente: (Não devem ser considerados projetos em desenvolvimento, ainda não implementados, ou executados por algum período, mas já interrompidos!)**

1) atividades educativas sobre alimentação saudável nos diferentes espaços da escola.

(0) não                      (1) sim

2) atividades educativas que abordem e estimulem a prática da higiene corporal na escola.

(0) não                      (1) sim

3) atividades educativas relativas à prática de exercícios físicos na escola, não considerando aquelas que fazem parte do currículo de Ed. Física (ex.: realização de jogos, gincanas, danças, lutas, corrida, ginástica, esportes coletivos ou outros)

(0) não                      (1) sim

4 a 7) atividades educativas de estímulo à reflexão e discussão sobre:

- diversidade sexual / homofobia:                      (0) não    (1) sim

- bullying (hostilidade, coação, constrangimento):(0) não    (1) sim

- discriminação e preconceito:                      (0) não    (1) sim

8) atividades educativas sobre cultura de paz e direitos humanos.

(0) não                      (1) sim

9) atividades educativas que promovam o debate sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e DST (doenças sexualmente transmissíveis).

(0) não (1) sim

10 a 12) atividades educativas na escola que estimulam o debate sobre os riscos associados ao consumo de:

- bebidas alcoólicas: (0) não (1) sim

- tabaco (cigarros, charutos): (0) não (1) sim

- drogas ilícitas ) (0) não (1) sim

(maconha, cocaína , crack, ecstasy e outras)

13) parcerias da escola com instituições/profissionais de saúde de apoio técnico na orientação sobre saúde em geral.

(0) não (1) sim

14) atividades educativas relativas a habilidades pessoais como empatia, relacionamento interpessoal, tomada de decisões, pensamento crítico e criativo, manejo de tensões e/ou estresse, conhecimento de si mesmo.

(0) não (1) sim

As perguntas a seguir referem-se ao relacionamento com a comunidade

15. A sua escola participa de organizações ou possui parcerias de interesse da população da comunidade local, envolvendo conselhos, autoridades, ONGs, lideranças locais, grupos de convivência ou qualquer outro?

(0) não (1) sim

Qual \_\_\_\_\_

16. A escola possui equipe própria de saúde ou conta com o apoio de alguma equipe de serviço local de saúde que realiza avaliações periódicas de saúde e orientações a seus alunos?

(0) não (1) sim

### **O AMBIENTE DA ESCOLA**

17) A escola possui condições estruturais compatíveis com: preservação ambiental (uso sustentável de energia, plantio de árvores, reciclagem de lixo)?

(0) não (1) sim

18) Existem instalações adequadas para proporcionar uma alimentação saudável (refeitório próprio, com espaço e estrutura adequada)?

19) Nos últimos 30 dias letivos ocorreram agressões verbais no ambiente escolar entre alunos e alunos?

(1) não (0) sim

20) Nos últimos 30 dias letivos ocorreram agressões físicas no ambiente escolar entre alunos e alunos?

(1) não (0) sim

21) Nos últimos 30 dias letivos ocorreram agressões verbais no ambiente escolar entre alunos e professores?

(1) não (0) sim

#### **Dados de Observação das Escolas**

22) Banheiros com condições de uso e equipamentos adequadamente preservados (vasos sanitários limpos e com água, descarga adequada, acesso a pias para higiene das mãos e limpeza geral) e escovódromo ou estruturas adequadas para escovação de dentes das crianças, incluindo as menores.

(0) não (1) sim

23) Espaço físico/área de lazer coberta e ao ar livre em condições adequadas para atividades recreativas, não contando as áreas reservadas à prática de esportes, com área equivalente a pelo menos 1/3 da área total ocupada com salas de aula (não computar áreas de circulação)

(0) não (1) sim

24) Acessibilidade (ambiente físico que permita o acesso de pessoas portadoras de necessidades especiais à todas as atividades, como rampas, piso e salas compatíveis com a circulação de cadeiras de roda)?

(0) não (1) sim

25) Biblioteca em sala exclusiva, mesas para consulta, cadeiras, estantes, proteção nas janelas com incidência de sol, e um mínimo de assentos equivalente a, no mínimo, 50% dos alunos da maior turma da escola.

(0) não (1) sim

26) Evidência de danos físicos à escola, como pichações, depredações ou outros indícios de vandalismo contra o patrimônio.

(1) não                      (0) sim

27) Acesso ao interior da escola exclusivo por portão (ou assemelhado) monitorado por porteiro ou vigilante de modo permanente.

(0) não                      (1) sim

28) De um modo geral, ao circular pela escola, o ambiente pode ser considerado agradável e adequado para a convivência de crianças e adolescentes.

(0) não                      (1) sim

Fonte: Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2012).



**ANEXO C – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO (PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE  
SAPIRANGA- RS)**



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

O projeto de pesquisa **“Prevalência e fatores associados ao uso de substâncias psicoativas por adolescentes do município de Sapiranga- RS”** de responsabilidade da mestrandia Larissa Prado da Fontoura, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS, orientado pelo Prof. Dr. Rogério Lessa Horta, está sendo realizado em todas as escolas na cidade de Sapiranga/RS e tem como objetivo estudar o conhecimento sobre drogas e, eventuais formas de contato com qualquer delas, que escolares do município de Sapiranga/RS manifestam.

Seu filho/a participará respondendo a um questionário que ele mesmo preencherá. Todos receberão o questionário e, caso não deseje participar, pode devolvê-lo em branco. Os questionários serão depositados fechados numa urna lacrada, não sendo possível reconhecer ou identificar quem respondeu qual deles. O estudo deverá oferecer informações capazes de orientar a política relativa às drogas no município de Sapiranga e qualificar a atenção que as escolas, seus professores, funcionários e todos os agentes públicos oferecem às crianças e adolescentes na cidade.

Fica claro que a participação de seu filho/a é voluntária, livre, gratuita, não gerando qualquer ônus ou encargos de sua parte ou de parte do pesquisador. Também fica ciente de que terá o direito a receber informações sobre as questões relacionadas ao estudo, a qualquer momento, antes, durante ou depois de concluída a pesquisa, mas não será oferecida devolução individual das informações, uma vez que os respondentes não serão identificados.

Não é possível qualquer forma de identificação de sua pessoa, de sua família ou de seu filho/a que responderá o questionário, o que garante a condição de anonimato, por isso, é importante que você reforce a orientação a seu filho/a quanto à importância de colaborar e responder dizendo a verdade, mas sem registrar seu nome ou dados pessoais nos questionários, nem indicar nomes ou dados de identificação de outras pessoas.

Os responsáveis por qualquer participante terão acesso aos resultados do estudo, mediante solicitação ao pesquisador, pelo email larabrrs@yahoo.com.br e rogeriohorta@prontamente.com.br, pelo fone: (51) 8506- 3928 ou entrando em contato com a Secretaria Municipal de Educação do Município.


Este termo será assinado em duas vias, ficando uma via em seu poder e outra com a pesquisadora.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do adolescente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Larissa Prado da Fontoura - pesquisadora

**CEP - UNISINOS**  
**VERSÃO APROVADA**  
Em: 13.1.2012  


## ANEXO D – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*CRACK* E OUTRAS SUBSTÂNCIAS ENTRE ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE LAJEADO)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O projeto de pesquisa "**Crack e outras substâncias entre escolares no município de Lajeado-RS**", de responsabilidade do Prof. Dr. Rogério Lessa Horta, está sendo realizado em todas as escolas na cidade de Lajeado e tem como objetivo estudar o conhecimento sobre drogas, incluindo o crack, e eventuais formas de contato com qualquer delas, que escolares do município de Lajeado/RS manifestam.

Seu filho/a participará respondendo a um questionário que ele mesmo preencherá. Todos receberão o questionário e, caso não deseje participar, pode devolvê-lo em branco. Os questionários serão depositados fechados numa urna lacrada, não sendo possível reconhecer ou identificar quem respondeu qual deles. O estudo deverá oferecer informações capazes de orientar a política relativa às drogas no município de Lajeado e qualificar a atenção que as escolas, seus professores, funcionários e todos os agentes públicos oferecem às crianças e adolescentes na cidade.

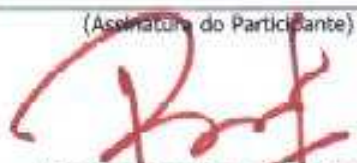
Fica claro que a participação de seu filho/a é voluntária, livre, gratuita, não gerando qualquer ônus ou encargos de sua parte ou de parte do pesquisador. Também fica ciente de que terá o direito a receber informações sobre as questões relacionadas ao estudo, a qualquer momento, antes, durante ou depois de concluída a pesquisa, mas não será oferecida devolução individual das informações, uma vez que os respondentes não serão identificados.

Não é possível qualquer forma de identificação de sua pessoa, de sua família ou de seu filho/a que responderá o questionário, o que garante a condição de anonimato, por isso, é importante que você reforce a orientação a seu filho/a quanto à importância de colaborar e responder dizendo a verdade, mas sem registrar seu nome ou dados pessoais nos questionários, nem indicar nomes ou dados de identificação de outras pessoas.

Os responsáveis por qualquer participante terão acesso aos resultados do estudo, mediante solicitação ao pesquisador, pelo email [rogeriohorta@prontamente.com.br](mailto:rogeriohorta@prontamente.com.br) ou entrando em contato com o COMFEN, Conselho Municipal de Entorpecentes, em Lajeado/RS.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma cópia em seu poder e outra com o pesquisador.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante)  
  
(Rogério Lessa Horta - pesquisador)

CEP UNISINOS  
TERMO APROVADO  
Em 30/06/11  


## ANEXO E – PARECER 025/2013 (DIRETORES DAS ESCOLAS DE LAJEADO/RS E SAPIRANGA/RS)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UNPPG)  
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Italo Maria 2009

**UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**RESOLUÇÃO 025/2013**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 13/016    **Versão do Projeto:** 20/03/2013    **Versão do TCLE:** 20/03/2013

**Coordenadora:**  
Pesquisadora: Raquel Oliveira Pinto

**Título:** A promoção da saúde na escola e sua relação com o uso de drogas pelos estudantes.

**Parecer:** O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 20 de março de 2013.

  
Prof. Dr. José Roque Junges  
Coordenador do CEP/UNISINOS