

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO

NATÁLIA DE CARVALHO LEFOSSE VALGUEIRO

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS SOBRE DROGAS  
ANCORADA NO DESENHO-ESTÓRIA

RECIFE

2013

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS SOBRE DROGAS  
ANCORADA NO DESENHO-ESTÓRIA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde  
da Universidade Federal de Pernambuco,  
para a obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Educação  
em saúde nos diferentes cenários do cuidar

**Grupo de Pesquisa:** Saúde Mental e  
Qualidade de Vida no Ciclo Vital

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Iracema da Silva  
Frazão

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciana Pedrosa  
Leal

**RECIFE**

**2013**

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

V169r Valgueiro, Natália de Carvalho Lefosse.  
Representação social de crianças sobre drogas ancorada no desenho-  
estória / Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro. – Recife: O autor, 2013.  
128 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Iracema da Silva Frazão.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Criança. 2. Drogas ilícitas. 3. Educação em saúde. 4. Enfermagem.  
5. Prevenção primária. I. Frazão, Iracema da Silva (Orientadora). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-014)

**NATÁLIA DE CARVALHO LEFOSSE VALGUEIRO**

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS SOBRE DROGAS  
ANCORADA NO DESENHO-ESTÓRIA**

Dissertação aprovada em 12 de dezembro de 2013.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Iracema da Silva Frazão (Presidente)  
Departamento de Enfermagem - UFPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cleide Maria Pontes  
Departamento de Enfermagem - UFPE

---

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo  
Departamento de Enfermagem - UFPE

---

Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda  
Departamento de Enfermagem - UFRN

RECIFE

2013

**Dedico aos meus pais, minhas  
irmãs, meus avós e ao meu amor,  
por sonharem os meus sonhos e  
vibrarem as minhas conquistas.  
Amor maior.**

## AGRADECIMENTOS

Certamente esta é uma parte da dissertação ansiosamente esperada por mim, por permitir destacar nesta construção pessoas que são essência em minha vida.

Aos meus pais, Emerson e Eliana, que são sempre a minha primeira motivação em dar passos na vida, pelo privilégio de tê-los tido como meus educadores, por terem me revelado a essência do estudo, por me impulsionarem a construir uma vida profissional ética, pelo carinho e apoio em cada etapa da minha vida, pelo amor incondicional, por torcerem muito e mais por mim, pelas suas bênçãos diárias, enfim, por serem o maior e grande amor da minha vida. A vocês dedico este título com a medalha de láurea e honra ao mérito na categoria de pais.

A minha mãe em especial, que nesta fase em que coexistem duas conquistas, casamento e título de mestre, foi grandiosamente quem se fez presença soberana na organização e cuidado de todos os detalhes, que superou todas as minhas ausências e indisponibilidades e que construiu muitas vezes sozinha, o meu sonho de “felizes para sempre”. A você, mainha, dedico com destaque este título.

As minhas irmãs, Gabriela e Daniela, que costumamos nos denominar “tripé de amor”, porque necessitamos uma das outras para sermos nós mesmas. A vocês, que partilham meu coração em duas metades essencialmente iguais como um tesouro que se revela precioso porque é onde o amor de Deus está. Só pelo fato de existirem em minha vida me revelam mil motivos para ser feliz. Obrigada!

Aos meus avós, Gennaro e Lindinalva, que são a árvore genealógica que mais floreia o meu jardim, um perfume das flores mais nobres e preciosas, que me fazem colher frutos diários de muito carinho, aconchego, doçura e amor.

Ao meu amor, Danilo, que partilhou comigo de todas as etapas e processos na minha vida, desde quando ainda não sabíamos responder o que iríamos ser quando crescessemos, até hoje, uma conquista que ultrapassa expectativas. Com você divido tantas inseguranças, mas estamos tão pertinho de vivermos a maior de nossas certezas, a consolidação do nosso amor, estamos a um passo do nosso casamento que vem somar a alegria dessa conquista do título de mestre.

A toda a minha família Carvalho, Lefosse e Valgueiro, que cabe destaque, na representação dos meus tios Eduardo e Zivaneide, meu primo Carlos Eduardo, minha prima Flávia e meu cunhado André, que me fazem experimentar a verdadeira sensação de que viver

em família é uma graça de Deus, que fazem momentos e encontros se tornarem duradouros e essencialmente preciosos.

Aos meus amigos, Mariana, Flavinho e os do Colégio Atual que assim agradeço dedicando o trecho da música do balão mágico: “Mas se é amigo de fato, a gente deixa como ele está. É tão lindo, não precisa mudar. É tão lindo é tão bom de gostar. E eu adoro. É claro. Bom mesmo é a gente encontrar. Um bom amigo!”

Dedico ainda aos amigos da minha rede de amor, bons amigos que nasceram pela fé, que especialmente nesses dois anos de mestrado, foram e são a intensidade de uma amizade pura, fiel e verdadeira. E que assim possamos ser para sempre amigos se Deus quiser.

A minha querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra Iracema da Silva Frazão, grande Mestre! Uma relação que caminha há seis anos, e que cada passo meu no desenvolvimento científico e pessoal, sua presença é o exemplo e o guia.

A minha coorientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra Luciana Pedrosa Leal, sua dedicação e compromisso são admiráveis. Calma, paciente, todavia firme, seus ensinamentos foram muito importantes para a conquista deste título.

A professora Dra Ana Márcia Tenório Cavalcanti por ter sido de fato a primeira pessoa a me incentivar e acreditar na conquista deste título.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, representado por todos os mestres que o compõem, que dentre tantas conquistas, como os amigos, aprendizado, crescimento e maturidade, proporcionou-me em especial a oportunidade de ensinar a minha irmã Daniela que também decidiu pelo curso de Enfermagem. Não há palavras que expressem a gratidão de fazer a diferença na vida dela nesta Arte do cuidar.

Aos meus colegas de mestrado, pela partilha de momentos essencialmente significantes na vida de cada um, pelas alegrias e angústias divididas com tanto bom humor e pelas motivações diárias de que no fim tudo sempre dá certo. E assim deu!

Por último, e nem por isso menos importante, a DEUS, porque se a mim foi permitido citar a presença de tantas graças em minha vida é porque a misericórdia Dele se resplandece sobre mim a cada dia. É na minha busca diária de permanecer Nele que o que se denomina amor revela concreto na minha vida.

Enfim, a todos que contribuíram com a realização desse estudo, Secretaria de Educação de Camaragibe, gestores, professores, pais e as crianças, meu especial agradecimento!

**O auto- Retrato**  
**No retrato que me faço**  
**- traço a traço -**  
**às vezes me pinto nuvem,**  
**às vezes me pinto árvore...**  
**às vezes me pinto coisas**  
**de que nem há mais lembrança...**  
**ou coisas que não existem**  
**mas que um dia existirão...**  
**e, desta lida, em que busco**  
**- pouco a pouco -**  
**minha eterna semelhança,**  
**no final, que restará?**  
**Um desenho de criança...**  
**Corrigido por um louco!**  
**(Mário Quintana)**

**RESUMO**

O estudo sobre as representações de crianças sobre drogas tem relevância social, pois é de conhecimento comum que os levantamentos disponíveis no Brasil demonstram que as medidas preventivas não vêm dando conta da problemática do uso das drogas entre grupos cada vez mais jovens. Diante disso, essa dissertação foi conduzida a partir do seguinte questionamento: Quais as representações de crianças em idade escolar sobre drogas? O artigo de revisão integrativa buscou identificar evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas à criança na prevenção do uso de drogas. As bases de dados pesquisadas foram LILACS, BDENF, PUBMED e CINAHL e a biblioteca virtual SciELO, resultando em cinco artigos, destes, dois em Inglês, dois em Espanhol e um em Português, publicados entre 2002 e 2012. A análise dos níveis de evidência científica enfatiza a importância da realização de pesquisas como estudos experimentais ou quase-experimentais sobre a prevenção do uso de drogas voltadas às crianças. Estes estudos poderão se consolidar como referências para atuação dos profissionais da saúde e educação, bem como a fundamentação de políticas públicas para as práticas efetivas de prevenção do uso de drogas. O artigo original objetivou compreender as representações de crianças em idade escolar sobre drogas a partir do seu contexto social. O estudo foi do tipo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado numa escola municipal em Camaragibe/PE, com 21 crianças com idades entre os 8 aos 10 anos. A coleta de dados foi pelo procedimento desenho-estória e as informações colhidas foram submetidas à análise pelo Software ALCESTE. Como resultado, este gerou seis classes, discutidas e intituladas à luz da Teoria das Representações Sociais: Classe 1. Droga vinculada ao proibicionismo; Classe 2. Representação das drogas a partir de vivências práticas, sofrimento e perdas; Classe 3. Representação da ilegalidade e das consequências penais do uso das drogas, com ênfase na maconha; Classe 4. Drogas no contexto da família; Classe 5. A droga como causa de morte violenta/criminal e Classe 6. Representação da autodestruição e reprovação das drogas. Os achados traduzem a necessidade de implementação de estratégias de educação em saúde direcionadas a prevenção do uso de drogas com crianças, as quais devem considerar as representações próprias emergidas deste segmento social infantil, possibilitando, assim, um êxito de tais ações na consolidação da negação destas crianças frente às exposições ao uso de drogas.

Palavras-chave: Criança. Drogas ilícitas. Educação em saúde. Enfermagem. Prevenção Primária.

## **ABSTRACT**

Studying the significance of drugs is of fundamental importance, since it is through shared knowledge that both preventative measures and responsive action are not taking account of the problem of drug use in ever-younger groups. Before this, this dissertation was conducted based on the following question: What are the manifestations of the significance of drugs for children of school-going age? The article of integral revision aimed to identify scientific evidence of the educational practices in health which focus on children in drug use prevention. The databases on which the research was based are: LILACS, BDENF, PUBMED E CINAHL and the virtual library SCIELO, which resulted in five articles, of which two are in English, two are in Spanish and one is in Portuguese, published between 2002 and 2012. In the analysis of the articles, these displayed a low level of scientific evidence, a fact which emphasizes the importance of experimental or quasi-experimental studies on the prevention of drug use, focusing on children. In this way, it will be possible to consolidate these studies as references for the actions of the health and education systems, as well as the formation of public policies for effective methods of drug use prevention. The original article aimed to understand the representations of the significance of drugs for children of a school-going age based on its social context. It was a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out in a state school in Camaragibe (Pernambuco state), with 21 children aged between 8 and 10 years old. Data was collected through the story-drawing procedure and analyzed by ALCESTE software. 6 classes were generated, discussed and named according to Social Representation Theory: Class 1. Drugs linked to prohibitionism; Class 2. Representation of drugs due to real tough experiences, suffering and loss; Class 3. Representation the illegality and of the consequences of drug use, with particular emphasis on cannabis; Class 4. Drugs in a family context; Class 5. Drugs as a cause of violent/criminal death and Class 6. Representation on the autodestructive nature and disapproval surrounding drugs. The findings reflect the need to implement education strategies targeted health prevention of drug use with children, who should consider the children's own representations emerged from this social segment, thus enabling successful consolidation of such actions in the denial of these children facing exposures to drug use.

Keywords: Children. Illicit drugs. Health education. Nursing. Primary Prevention.

## **LISTA DE FIGURAS**

## **CAPÍTULO DE MÉTODOS**

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 Fluxograma de seleção dos artigos. Recife/PE, 2013..... | 43 |
|------------------------------------------------------------------|----|

## **ARTIGO ORIGINAL**

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 Representação das drogas para crianças. Camaragibe/PE, 2013..... | 74 |
|---------------------------------------------------------------------------|----|

## **LISTA DE QUADROS**

## **CAPÍTULO DE MÉTODOS**

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 Demonstrativo de alunos que cursam o ensino fundamental da Escola Municipal. Camaragibe/PE, 2013..... | 46 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## **LISTA DE TABELAS**

## **ARTIGO REVISÃO INTEGRATIVA**

|                                                                                                                                            |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Tabela 1 Artigos encontrados nas bases de dados e seus cruzamentos. Recife/PE, 2013.....                                                   | 55    |
| Tabela 2 Justificativas para a exclusão dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Recife/PE, 2013.....                | 57    |
| Tabela 3 Principais resultados nos artigos sobre a educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas. Recife/PE, 2013..... | 58-60 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|                |                                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALCESTE</b> | <i>Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte</i>              |
| <b>BDENF</b>   | Base de dados de Enfermagem                                                         |
| <b>BVS</b>     | Biblioteca Virtual em Saúde                                                         |
| <b>CASP</b>    | <i>Critical Appraisal Skills Programme</i>                                          |
| <b>CEBRID</b>  | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas                         |
| <b>CID-10</b>  | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| <b>CINAHL</b>  | <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>                     |
| <b>CNS</b>     | Conselho Nacional de Saúde                                                          |
| <b>COFEN</b>   | Conselho Federal de Enfermagem                                                      |
| <b>DECS</b>    | Descritores em Ciências da Saúde                                                    |
| <b>DSM-IV</b>  | Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais                        |
| <b>ECA</b>     | Estatuto da Criança e do Adolescente                                                |
| <b>EJA</b>     | Educação de Jovens e Adultos                                                        |
| <b>IBGE</b>    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                     |
| <b>LILACS</b>  | Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde                        |
| <b>LSD</b>     | Dietilamida Àcido Lisérgico                                                         |
| <b>MBE</b>     | Medicina Baseada em Evidência                                                       |
| <b>MESH</b>    | <i>Medical Subject Heading</i>                                                      |
| <b>NIDA</b>    | <i>National Institute on Drug</i>                                                   |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial de Saúde                                                        |
| <b>ONU</b>     | Organização das Nações Unidas                                                       |
| <b>PBE</b>     | Prática Baseada em Evidência                                                        |
| <b>PE</b>      | Pernambuco                                                                          |
| <b>PSE</b>     | Programa Saúde na Escola                                                            |
| <b>PUBMED</b>  | <i>Us National Library of Medicine do National Institutes of Health</i>             |
| <b>RMR</b>     | Região Metropolitana do Recife                                                      |
| <b>SciELO</b>  | <i>Scientific Eletronic Library Online</i>                                          |
| <b>SENAD</b>   | Secretaria Nacional de Política sobre Drogas                                        |
| <b>SNC</b>     | Sistema Nervoso Central                                                             |
| <b>TCLE</b>    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                          |
| <b>TRS</b>     | Teoria das Representações Sociais                                                   |

|             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| <b>RS</b>   | Representações Sociais             |
| <b>UCE</b>  | Unidade de Contexto Elementar      |
| <b>UCI</b>  | Unidade de Contexto Inicial        |
| <b>UFPE</b> | Universidade Federal de Pernambuco |

## **SUMÁRIO**

|                                                                                                                           |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                  | <b>15</b>  |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                                                         | <b>19</b>  |
| <b>2.1 Enfermagem e Representação Social.....</b>                                                                         | <b>19</b>  |
| <b>2.1.1 Ancoragem.....</b>                                                                                               | <b>23</b>  |
| <b>2.1.2 Objetivação.....</b>                                                                                             | <b>25</b>  |
| <b>2.2 A Representação das Drogas na História da Humanidade.....</b>                                                      | <b>27</b>  |
| <b>2.3 Representando a Criança na Evolução dos Tempos.....</b>                                                            | <b>31</b>  |
| <b>2.4 Educação em Saúde na Prevenção do uso de drogas com Crianças.....</b>                                              | <b>34</b>  |
| <b>3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....</b>                                                                                      | <b>40</b>  |
| <b>3.1 Primeiro Artigo - Educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas: revisão integrativa.....</b>  | <b>40</b>  |
| <b>3.1.1 Prática Baseada em Evidências (PBE).....</b>                                                                     | <b>40</b>  |
| <b>3.1.2 Tipo de Estudo.....</b>                                                                                          | <b>41</b>  |
| <b>3.1.3 Coleta de Dados.....</b>                                                                                         | <b>41</b>  |
| <b>3.1.4 Análise e Interpretação dos Dados.....</b>                                                                       | <b>44</b>  |
| <b>3.2 Segundo Artigo – (HI)Estórias que as crianças contaram: representação social das drogas.....</b>                   | <b>44</b>  |
| <b>3.2.1 Tipo de Estudo.....</b>                                                                                          | <b>44</b>  |
| <b>3.2.2 Local de pesquisa.....</b>                                                                                       | <b>44</b>  |
| <b>3.2.3 Participantes do Estudo.....</b>                                                                                 | <b>46</b>  |
| <b>3.2.4 Coleta de Dados.....</b>                                                                                         | <b>47</b>  |
| <b>3.2.5 Análise dos Dados.....</b>                                                                                       | <b>50</b>  |
| <b>3.2.6 Aspectos Éticos.....</b>                                                                                         | <b>51</b>  |
| <b>4 RESULTADOS.....</b>                                                                                                  | <b>52</b>  |
| <b>4.1 ARTIGO DE REVISÃO: Educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas: revisão integrativa.....</b> | <b>52</b>  |
| <b>4.2 ARTIGO ORIGINAL: (HI)Estórias que as crianças contaram: representação social das drogas.....</b>                   | <b>67</b>  |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                        | <b>94</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                   | <b>95</b>  |
| <b>APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA.....</b>                                             | <b>104</b> |
| <b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO.....</b>                                                                    | <b>105</b> |
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>                                                       | <b>108</b> |
| <b>ANEXO A – INSTRUÇÃO PARA AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NOS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....</b>                                | <b>110</b> |
| <b>ANEXO B – INSTRUÇÃO PARA AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA QUALITATIVE RESEARCH.....</b>                              | <b>116</b> |
| <b>ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>                                                              | <b>125</b> |
| <b>ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>                                                                                   | <b>128</b> |

## INTRODUÇÃO

Droga se origina de drog, proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca. Segundo o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), droga abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas acarretando alterações em seu funcionamento<sup>(1)</sup>. O consumo abusivo de drogas psicoativas tem tomado dimensões preocupantes a partir da década de 1990, com indicadores que mostram graves consequências, principalmente entre jovens (com idade entre os 18 e 24 anos) e adultos-jovens (faixa-etária dos 25 aos 29 anos), comprometendo vínculos afetivos, o trabalho, a família e a saúde<sup>(2)</sup>.

O uso de drogas pode ser caracterizado como qualquer modalidade de consumo de substâncias psicoativas seja ocasional, por abuso ou ainda uso nocivo. Este pode vir associado a algum tipo de prejuízo, em situação de dependência (uso sem controle) e geralmente promove sérios problemas ao usuário<sup>(3)</sup>. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10, o termo “uso nocivo” é utilizado como aquele que resulta em dano físico ou mental. Já no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV, utiliza-se o termo “abuso”, definido de forma mais precisa e considerando também consequências sociais de um uso problemático, mesmo na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência<sup>(1)</sup>.

A dependência das drogas é um transtorno que afeta as pessoas de diferentes maneiras, contextos e circunstâncias. Logo, sua abordagem deve ser integral, de modo que as intervenções, sejam elas de prevenção ou tratamento, devem estar orientadas a combater o problema em todas as suas esferas. Tem-se ainda presenciado o aparecimento de novas substâncias psicoativas e formas de consumo, que adotam características próprias e requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos em que são consumidas<sup>(4)</sup>.

Em face do uso indevido de drogas psicoativas, a população de crianças e adolescentes corresponde a segmentos da sociedade vulneráveis ao uso. Constata-se um número cada vez maior de pré-adolescentes recorrendo as drogas<sup>(5)</sup>. Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia a experimentação e uso abusivo das drogas<sup>(6)</sup>.

A Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) em convênio com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou em 2005 o último

Relatório Brasileiro sobre Drogas no qual apresentou que a porcentagem estimada de estudantes do Brasil que usaram droga na vida é de 22,6%. Esta porcentagem foi maior que em vários países da América do Sul: Chile (19,8%), Uruguai (13,5%), Equador (12,3%), Venezuela (6,0%) e Paraguai (5,6%); e da América Central: Nicarágua (11,2%), Guatemala (9,8%) e Panamá (9,6%)<sup>(7)</sup>.

Em Recife/PE, o percentual de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com história de uso de drogas em geral é cerca de 8,4% nos escolares entre os 10 aos 12 anos, de 22,5% nos escolares de 13 a 15 anos e 30,6% naqueles de 16 a 18 anos. As drogas legais, álcool e tabaco, apresentaram a menor média de idade para o primeiro uso (12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente). A média de idade dos escolares no primeiro uso da maconha foi de 13,9 anos e da cocaína de 14,4 anos<sup>(7)</sup>. Estas constatações são importantes para as estratégias de prevenção, que devem começar o mais cedo possível e abordar as drogas lícitas e ilícitas.

Em consonância, diversos são os motivos para o início do uso de drogas entre os adolescentes a exemplo da valorização social, curiosidade, relaxamento, bem como problemas pessoais e o objetivo de vivenciar novas experiências<sup>(8,9,10)</sup>. Justamente na fase de adolescência, em que o grupo de amigos revela importância social principal, os conflitos familiares atingem o auge, fazendo com que os pais percam parte do seu poder de controle sobre os filhos, que buscam a imagem de “adulto independente” no grupo de amigos no qual estão inseridos, o que é uma tendência natural dos adolescentes. É principalmente nesse período que as drogas entram em suas vidas<sup>(11)</sup>.

Diante destas considerações é relevante pensar que os conteúdos adquiridos na infância, em especial no âmbito do conhecimento sobre as drogas, suas consequências e formas de prevenção, são definidoras para os adolescentes no enfrentamento desta fase de mudanças físicas e comportamentais, bem como influentes no processo de inclusão e de autoafirmação perante os grupos sociais em que estes se inserem.

Ao considerar que o uso abusivo de substâncias psicoativas frequentemente ocorre ainda numa fase precoce da vida e está intimamente ligado à rede de relacionamento dos usuários, o ambiente escolar, portanto, pode ser um local estratégico para a promoção de ações educativas no âmbito da prevenção do uso e abuso destas substâncias. O espaço escolar favorece a diversas atividades relacionadas à promoção da saúde, e não somente a transmissão de conhecimentos sobre esta<sup>(12)</sup>.

Na XIV Conferência Mundial em Educação em Saúde elaborou-se um documento no qual continha que todos os locais onde a educação fosse desenvolvida seriam espaços ideais

para as aplicações das sugestões básicas da Declaração de Alma Ata e da Carta de Ottawa<sup>(13,14)</sup>, as quais, em sua essência, revelam que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A relação dos setores de Educação e Saúde se configura a partir de dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Em 2007, numa parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde, instituiu-se pelo Decreto Presidencial nº 6.286 o Programa Saúde na Escola (PSE) que tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica e, neste contexto, a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas se inserem dentre as ações estratégicas para promoção da saúde na escola<sup>(12)</sup>.

O enfermeiro-educador, de acordo com as Diretrizes Curriculares de Graduação em Enfermagem, deve ser capaz de planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento<sup>(15)</sup>. Diante disso, os novos paradigmas das práticas educacionais no campo da saúde, possibilitam incorporar professores e alunos numa ampla discussão sobre os principais problemas que emergem da sociedade brasileira, atentando para o papel educador do enfermeiro<sup>(16)</sup>.

A diversidade de enfoques teóricos e metodológicos é uma característica marcante da Enfermagem. Salienta-se a conexão teoria-prática-pesquisa, que necessita ser mais explorada e articulada para a continuidade do desenvolvimento da Enfermagem como profissão, afinal a prática é baseada em teorias que são validadas pela pesquisa. Assim, teoria, prática e pesquisa influenciam-se de maneira recíproca, cíclica e interativa<sup>(17,18,19)</sup>.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) embora oriunda na sociologia com Durkheim, foi bem difundida pelo psicólogo social Serge Moscovici a partir de 1961, é muito empregada na saúde devido à possibilidade do pesquisador captar a interpretação dos próprios participantes da realidade que se almeja pesquisar, possibilitando a compreensão das atitudes e dos comportamentos de um determinado grupo social frente a um objeto psicossocial<sup>(20)</sup>.

A Representação Social favorece a conhecer a prática de um determinado grupo, considerando que as crianças podem ter olhares diferentes dos objetos sociais e construir teorias próprias sobre as drogas. A TRS permite a Enfermagem realizar intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, serão mais eficientes<sup>(20)</sup>.

A Teoria das Representações sociais foi escolhida para este estudo pela sua importância na análise de aspectos psicossocioculturais que permeiam o processo

saúde/doença e as práticas relativas a este, bem como pela comunicação social e fenômenos coletivos que contribuem para a formação de condutas e de normas que regem o pensamento social<sup>(21)</sup>.

O caráter múltiplo e complexo das Representações sociais possibilita abarcar o subjetivo e o social, o pensamento e a ação, a história e a cultura, tornando-as uma ferramenta para o desvelamento de questões sociais e culturalmente naturalizadas<sup>(22)</sup>. Dessa forma, conhecer as Representações Sociais sobre as drogas para crianças em idade escolar poderá contribuir para elaboração e implementação de ações de prevenção e enfrentamento desse problema de forma humanizada e respeitando as diferenças.

Para a Enfermagem, o estudo sobre representações das drogas é de fundamental importância, pois é conhecimento comum que tanto as medidas preventivas como os levantamentos disponíveis no Brasil são deficientes para elucidar a problemática do uso das drogas. Os enfermeiros e educadores, devem se apropriar da realidade das crianças de modo que este conhecimento possa subsidiar a elaboração de políticas públicas, programas de prevenção e ações educativas para a prevenção de agravos à saúde no uso e abuso das substâncias psicoativas, objetivando, assim, à manutenção de uma qualidade de vida dessas crianças, longe das drogas.

Essa dissertação foi conduzida pelo seguinte questionamento: Quais as representações de crianças em idade escolar sobre drogas? Como objetivo compreender as representações de crianças em idade escolar sobre drogas a partir do seu contexto social.

Com base no formato estabelecido pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, esta dissertação é composta de cinco capítulos, incluindo o capítulo da introdução.

O segundo capítulo apresenta o referencial teórico, o terceiro capítulo diz respeito ao método utilizado no estudo referente aos artigos de revisão integrativa e o artigo original. O quarto capítulo refere-se aos resultados da dissertação, apresentados em dois artigos. O primeiro, Educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas: revisão integrativa, submetida à Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo A). O segundo trata-se do artigo original (HI) Estórias que as crianças contaram: representação social das drogas, o qual será encaminhado para publicação na Revista Qualitative Research (Anexo B). O quinto capítulo apresenta a conclusão da dissertação.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Partindo da premissa de que este estudo tem sua análise fundamentada na Teoria das Representações Sociais (RS) de Moscovici, e ao considerar que a temática das drogas trata-se de um assunto relevante, principalmente quando se objetiva entender como socialmente as crianças representam as drogas, pretende-se neste capítulo refletir acerca da Teoria perpassando pelos objetos drogas e crianças. Certamente, estas crianças apresentaram uma forma particular de representar seus conceitos e valores a respeito das drogas, e a partir de então, será possível fazer considerações sobre as práticas de educação em saúde como subsídios para efetivação de políticas de prevenção ao uso/abuso dessas substâncias.

### 2.1 Enfermagem e Representação Social

A Enfermagem no âmbito de seu exercício profissional vem desempenhando importante papel nos processos de manutenção e recuperação da saúde da população brasileira, por ser uma profissão privilegiada no sentido de reconhecer os diversos contextos de inserção dos indivíduos, seja individual ou coletiva, evidenciando que os conhecimentos relacionados a esta Ciência precisam ser amplamente difundidos e aprofundados a cada dia, considerando as diversidades culturais de cada povo<sup>(23)</sup>.

No processo de articulação entre a teoria e prática profissional, destaca-se a Teoria das Representações Sociais, uma forma sociológica de Psicologia Social, como ferramenta que instrumentaliza o exercício do cuidado em saúde considerando o saber do senso comum. Difundida na Europa a partir da publicação feita por Moscovici (1961) *La Psychanalyse: son image et son public*, o qual nessa obra iniciou um movimento que procura a renovação temática, teórica e metodológica no Campo da Pesquisa Social<sup>(24)</sup>.

As Representações Sociais (RS) situam-se na interface do psicológico e do social, e podem ser entendidas como formas de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente que contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a compreensão e a comunicação do sujeito no mundo<sup>(22)</sup>. Compreende-se que as RS estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais e se manifestam por estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões<sup>(25)</sup>.

Esta Teoria tem como objetivo contribuir para a construção da realidade comum a um determinado grupo social. É denominada como saber do senso comum ou saber ingênuo, natural, diferenciando-se do conhecimento científico, reificado ou erudito, mas é tida como um objeto de estudo igualmente legítimo devido à sua importância na vida social e à elucidação que possibilita dos processos cognitivos e das interações sociais<sup>(22)</sup>.

Dentre as inúmeras representações que se tem acerca da Enfermagem, destaca-se que a figura do enfermeiro é representada com função de cuidador, com o papel de oferecer amor e carinho, e predominantemente complementar às ações médicas, cumprindo as atribuições delegadas por não possuir autonomia. A imagem que se tem da enfermagem pode se justificar pela história e inserção da profissão no Brasil a qual inicialmente deveria ser uma atividade contínua de devoção, conceito que ainda influencia o senso comum sobre a enfermagem<sup>(26)</sup>.

Representada ainda como administradora e gerente de recursos humanos e materiais, como classe tem sua representatividade no controle, hierarquização, divisão, fragmentação do trabalho, além de ser promotora dos cuidados. Enquanto atribuições regulamentadas e delegadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro deve realizar a assistência integral, promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnósticos, tratamentos de enfermagem e reabilitação, e a assistência deve englobar todas as fases do desenvolvimento humano<sup>(26)</sup>.

A prevenção de agravos é uma atribuição do enfermeiro, entretanto a representação da enfermagem pelo senso comum traduz uma atuação eminentemente técnica, e neste contexto a profissão supera desafios para mudança deste paradigma buscando consolidar-se enquanto profissão cujos modelos de atenção contemplam o ser integral. Dentre os agravos a saúde da sociedade, destaca-se o fenômeno do uso e abuso de drogas, o qual se revela como um problema de saúde pública que afeta todas as esferas dos segmentos sociais com especial vulnerabilidade as crianças e, por isso, carecem da implementação de propostas educativas na perspectiva do combate a este fenômeno.

Para a realização de atividades educativas pelos enfermeiros são destacadas dez competências necessárias, quais sejam: - As ações devem estar alicerçadas na integralidade do cuidado à saúde; - Articulação entre a teoria e a prática; - Promoção do acolhimento, compreendendo as necessidades de saúde do usuário e a construção de vínculos; - O enfermeiro deve reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; - Respeito à autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de viver a vida; - Reconhecimento e respeito do saber do senso comum, admitindo a incompletude do saber profissional; - O diálogo deve ser a principal estratégia de transformação da realidade; - Para

viabilização do diálogo, o enfermeiro deve valer-se de técnicas pedagógicas; - As ações devem instrumentalizar o indivíduo com informação adequada, contextualizada, promovendo a reflexão e a problematização; e a Valorização da intersectorialidade no cuidado à saúde<sup>(27)</sup>.

Diante das competências exigidas e da necessidade de implementação de estratégias de educação em saúde pelos profissionais de saúde com o objetivo de elucidar a problemática do uso e abuso de drogas, neste estudo julga-se que é preciso primeiro compreender como o objeto drogas é representado na sociedade (em especial pelas crianças) de forma a permitir que as propostas de ação se consolidem com êxito. Para tal, carece um aprofundamento no conhecimento sobre a Teoria das Representações Sociais.

As Representações sociais são ao mesmo tempo individuais e sociais. As respostas individuais são reflexos das manifestações do grupo social com o qual o sujeito compartilha experiências e vivências da sua vida pessoal, e os pronunciamentos semelhantes revelam certo nível de generalização, uma forma de pensar coletiva sobre um mesmo assunto<sup>(28,29)</sup>.

O conhecimento é sempre produzido pela interação e comunicação e sua expressão está ligada aos interesses humanos que estão nele implicados. Este emerge do mundo onde as pessoas se encontram e interagem, no qual as necessidades e desejos alcançam expressão, satisfação ou frustração. Moscovici propõe justamente o reconhecimento da existência das representações sociais como uma forma característica de conhecimento, ele considera como fenômeno, o que antes era considerado um conceito e enfatiza o caráter dinâmico das representações<sup>(30,31)</sup>.

As representações em primeiro lugar convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo específico, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Cada experiência é somada a uma realidade predeterminada por convenções, que claramente define suas fronteiras, distingue mensagens significantes das não significantes, liga cada parte a um todo e coloca cada pessoa em uma categoria distinta<sup>(30)</sup>.

Em segundo lugar elas são prescritivas, isto é, se impõem sobre os indivíduos com uma força irresistível. São transmitidas, revelam o produto de uma sequência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e o resultado de sucessivas gerações. Todos os sistemas de classificação, imagens e de criações que circulam dentro de uma sociedade, mesmo as descrições científicas, implicam em um elo de prévios sistemas e imagens, uma estratificação na memória coletiva e uma reprodução na linguagem que,

invariavelmente, reflete um conhecimento anterior e que quebra as amarras da informação presente<sup>(30)</sup>.

As representações aparecem quase como que objetos materiais, pois eles são produtos de ações e comunicações. Pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação. Estas obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. As representações restauram a consciência coletiva e lhes dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com os interesses imediatos. A sua finalidade, portanto, é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade<sup>(30)</sup>, a qual se aplica no processo de familiaridade em relação ao que representam as crianças quanto ao fenômeno do uso de drogas.

As Representações Sociais devem ser vistas como uma atmosfera, em relação ao indivíduo ou ao grupo e são, sob certos aspectos, específicas de cada sociedade. Por mais que se aplique o senso comum das representações, é preciso considerar a heterogeneidade da sociedade. O estudo das RS se configura como uma proposta interdisciplinar, tendo em vista que investigar o senso comum de acordo com a proposta de Moscovici implica em considerar os contextos sociais, culturais e históricos em torno do processo de construção das Representações Sociais<sup>(32)</sup>, neste panorama se aplica as representações das drogas especificamente para crianças, considerando que as teorias do senso comum diferem nos segmentos sociais.

Os trabalhos realizados por Moscovici sobre o senso comum por meio de investigações das representações sociais são semelhantes aos de Piaget sobre as concepções de mundo das crianças. Assim, o conceito de representação, a investigação do senso comum e o interesse por mudança e desenvolvimento, elementos centrais da psicologia social de Moscovici, foram baseados na psicologia de Piaget<sup>(33)</sup>.

Piaget, estudando o desenvolvimento do pensamento representacional nas crianças, situou as representações no âmbito psíquico, destacou a importância da ação (esquemas sensório-motores) no desenvolvimento e esclareceu a formação e os processos de transformação das representações simbólicas. Este ressaltou o aspecto criativo das representações, toda criança em processo de conhecimento representacional do mundo o reinventa. O aporte conceitual desenvolvido por Piaget para explicar a ontogênese e sociogênese das representações deu suporte para Moscovici, oferecendo elementos centrais para a sua psicologia social do saber<sup>(31)</sup>.

Na obra “A Concepção de Mundo da Criança” Piaget (1929) estuda a lógica e o conteúdo relacionado ao pensamento das crianças, investigando as teorias construídas por elas

sobre o próprio pensamento. Neste livro ele engloba um estudo psicológico e antropológico buscando conhecer o mundo infantil, os códigos e as operações utilizados e como se vê o mundo a partir do olhar da criança<sup>(31)</sup>.

No que diz respeito aos processos de transformação do saber, esse foi mais um ponto dos estudos de Piaget que contribuiu com a Teoria das Representações Sociais a qual se relaciona com a produção e transformação do conhecimento, e encontrou em Piaget base teórica para compreender como o conhecimento é transformado e se move de uma estrutura a outra. Piaget definiu as estruturas como sistemas de transformação em mudança constante por meio dos processos de assimilação e acomodação que regulam a relação da criança com o mundo. Por sua vez as representações sociais são campos de conhecimento que se movimentam pelos processos de objetivação e ancoragem que atuam transformando o não-familiar em familiar<sup>(33)</sup>.

### **2.1.1 Ancoragem**

Ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que intriga, em um sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que se pensa ser apropriada. No momento em que um objeto ou ideia é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela. Se a classificação, assim obtida, é geralmente aceita, então qualquer opinião que se relacione com a categoria irá se relacionar também com o objeto ou com a ideia. Mesmo quando se há consciência de alguma discrepância, da relatividade da avaliação, há uma fixação nessa transferência, ao menos para garantir um mínimo de coerência entre o desconhecido e o conhecido<sup>(30)</sup>.

Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. O que não é classificado e que não possui nome é estranho, não existente e ao mesmo tempo ameaçador. O indivíduo experimenta uma resistência, um distanciamento quando não é capaz de avaliar algo, de descrevê-lo a si mesmo ou a outras pessoas. O primeiro passo para superar esta resistência, em direção à conciliação de um objeto ou pessoa, acontece quando há a capacidade de colocar esse objeto ou pessoa em determinada categoria, de rotulá-lo com um nome conhecido<sup>(30)</sup>.

Inicialmente, o fenômeno das drogas era representado como estranho ao segmento adulto da sociedade brasileira. A principal forma de abordar a questão circulava em torno de intervenções marcadas pelo combate, onde o principal objetivo consistia na tentativa de eliminar a droga do espaço social<sup>(34)</sup>. Configurava-se uma guerra contra as drogas tendo como princípios a erradicação e o ideal de uma sociedade sem drogas. Dentro dessa perspectiva,

todos os meios de combate são legítimos e todo bom cidadão é, necessariamente, um bom combatente, determinando uma multiplicidade de intervenções de caráter coercivo<sup>(35)</sup>.

Aos poucos, ocorrem mudanças passando a existir uma diferenciação: uma estratégia dura para o tráfico e uma estratégia leve para o consumo. A primeira mantém os princípios do terror interventivo, o comerciante de drogas ilícitas permanece no status de inimigo e é excluído socialmente. A segunda transforma o consumidor de drogas num doente-delinquente, exclui-o através dos dispositivos médico-psicológicos e jurídico-penais<sup>(35)</sup>.

O princípio da erradicação desloca-se do plano social (uma sociedade sem drogas) para o plano individual (o ideal de uma vida sem drogas). Nesse contexto, todos os meios e todos os atores são bons (família, escola, comunidade etc.) para se atingir o ideal de uma vida individual sem drogas, desde que ordenados pelo poder-saber técnico, emergente das ciências médica, psicológica, social e jurídico-penal<sup>(35)</sup>.

Uma terceira representação do fenômeno em questão é o de uma intervenção mediadora. Esta estratégia obedece a princípios que representam uma ruptura com os princípios descritos anteriormente. Dentro dessa perspectiva, o fenômeno da droga não é estranho ou alheio às sociedades atuais, pelo contrário, ele exprime segundo um estado imanente ao normal (o que não é idêntico a saudável) funcionamento das sociedades modernas que focalizam o desenvolvimento, o progresso e a técnica<sup>(35)</sup>.

Pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar um nome ao que não tinha, é possível imaginá-lo e representá-lo. De fato, a representação é fundamentalmente um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes. A neutralidade é proibida, pela lógica mesma do sistema, onde cada objeto e ser devem possuir um valor positivo ou negativo<sup>(30)</sup>.

As representações das drogas descritas configuram teorias elaboradas pela esfera adulta da sociedade, e na temática em questão, carece de conteúdos elaborados pelas crianças que representam um grupo vulnerável ao uso. Assim, no contexto das ações de combate ao uso e na prevenção de vulnerabilidade deste grupo, faz-se necessário compreender como as crianças ancoram e classificam o fenômeno das drogas.

No processo de classificação é impossível concretizá-lo sem, ao mesmo tempo, dar nomes. Nomear, colocar um nome em alguma coisa ou em alguém, possui um significado especial, quase que solene. Ao nomear algo é possível o libertar de um anonimato perturbador para dotá-lo de uma genealogia e para incluí-lo em um complexo de palavras específicas, para localizá-lo, de fato, na matriz de identidade da cultura de um grupo social<sup>(30)</sup>.

Na realidade é dada uma identidade social ao que não estava identificado – o conceito científico torna-se parte da linguagem comum e os indivíduos ou sintomas não são mais que termos técnicos familiares e científicos. É dado um sentido, ao que antes não o tinha, no mundo consensual. Essa duplicação e proliferação de nomes corresponde a uma tendência nominalística, a uma necessidade de identificar seres e coisas, ajustando-os em uma representação social predominante. Classificar e dar nomes são dois aspectos dessa ancoragem das representações<sup>(30)</sup>.

### 2.1.2 Objetivação

Objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se verdadeira essência do real. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece então física e acessível. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem. Parece, então, que a sociedade faz uma seleção daqueles aos quais ela concede poderes figurativos, de acordo com suas crenças e com o estoque preexistente de imagens<sup>(30)</sup>.

Uma vez que a sociedade tenha aceitado um paradigma, ou núcleo figurativo, ela acha fácil falar sobre tudo o que se relacione com esse paradigma e devido a essa facilidade as palavras que se referem a ele são usadas mais frequentemente. Surgem, então, fórmulas e clichês que o sintetizam e imagens, que eram antes distintas, aglomeram-se ao seu redor. Não somente se fala dele, mas ele passa a ser usado, em várias situações sociais, como um meio de compreender outros e a si mesmo, de escolher e decidir<sup>(30)</sup>.

Nesse contexto, o uso de drogas que inicialmente era objetivado como sendo determinado exclusivamente pela farmacologia das substâncias psicoativas, o fenômeno passa a ser analisado dentro da perspectiva de uma dinâmica multirreferencial que inclui interações do sujeito, droga consumida e meio sociocultural em que estão inseridos<sup>(36)</sup>.

O paradigma figurativo foi separado de seu ambiente original pelo uso contínuo e adquiriu uma espécie de independência, do mesmo modo como acontece com um provérbio comum, que vai sendo gradualmente separado da pessoa que o disse pela primeira vez e torna-se dito corriqueiro. Quando, pois, a imagem ligada à palavra ou à ideia se torna separada e é deixada solta em uma sociedade, ela é aceita como uma realidade, convencional, clara, mas de qualquer modo, uma realidade<sup>(30)</sup>.

A imagem do conceito deixa de ser signo e se torna replicada ao contexto real, um simulacro, no verdadeiro sentido da palavra. A noção, pois, ou a entidade da qual ela proveio,

perde seu caráter abstrato, arbitrário e adquire uma existência quase física, independente. Ela passa a possuir a autoridade de um fenômeno natural para os que a usam<sup>(30)</sup>.

O segundo estágio, no qual uma imagem é totalmente assimilada e o que é percebido substitui o que é concebido, é o resultado lógico deste estado de coisas. Se existem imagens e se elas são essenciais para comunicação e compreensão social isso é porque elas não existem sem realidade e não podem permanecer sem ela. Então, como por uma espécie de imperativo lógico, as imagens se tornam elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento<sup>(30)</sup>.

A defasagem entre a representação e o que ela representa é preenchida, as peculiaridades da réplica do conceito tornam-se peculiaridades dos fenômenos, ou do ambiente ao qual eles se referem, torna-se a referência real do conceito. Quando há a objetivação, as imagens não ocupam mais aquela posição específica, em algum lugar entre as palavras, que supostamente tenham um sentido e objetos reais, aos quais se podem dar um sentido, mas passam a existir como objetos, são o que significam<sup>(30)</sup>.

No que se refere às drogas como objeto real, sua existência física se traduz através das representações da sociedade elencadas pelos atores como mídia, família, profissionais de saúde e de educação, dentre outros, nos quais objetivam como drogas os derivados da coca, a maconha, os anabolizantes e os solventes. Contudo, com muita frequência, o álcool, o cigarro e os medicamentos revelam-se ofuscados pelo panorama decorrente de suas classificações como substâncias lícitas<sup>(37)</sup>. Ainda, as drogas são socialmente objetivadas em elementos negativos de cunho afetivo-emocional, que geram preocupação por parte das figuras parentais, bem como tem suas representações na esfera do crime, violência e delinquência<sup>(34)</sup>. Neste panorama convém compreender como as crianças objetivam o fenômeno das drogas, partindo da premissa que são segmentos sociais heterogêneos com suas teorias particulares.

É da soma de experiências e memórias comuns que se extrai das imagens, linguagens e gestos necessários para superar o não familiar. As experiências e memórias não são inertes, nem mortas. Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo, mais ou menos, direcionada para fora (para os outros), tira conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido<sup>(30)</sup>.

A Teoria das Representações traduz, então, duas consequências. Em primeiro lugar ela exclui a ideia de pensamento ou percepção que não possua ancoragem. Isso exclui a ideia do assim chamado viés no pensamento ou percepção. Todo sistema de classificações e de

relações entre sistemas pressupõe uma posição específica, um ponto de vista baseado no consenso. É impossível ter um sistema geral sem vieses, assim como é evidente que existe um sentido primeiro para qualquer objeto específico. Os vieses que são descritos não expressam um déficit ou limitação social ou cognitiva, mas uma diferença normal de perspectiva, entre indivíduos ou grupos heterogêneos dentro de uma sociedade<sup>(30)</sup>.

Em segundo lugar sistemas de classificação e de nomeação não são simplesmente, meios de graduar e de rotular pessoas ou objetos considerados como entidades discretas. Seu objetivo principal é facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, na realidade, formar opiniões<sup>(30)</sup>.

Uma representação social não é apenas uma concepção do coletivo, mas também uma contemplação, um olhar novo que impulsiona constantemente a reedificação da realidade experienciada pelos sujeitos. Esta permite naturalizar o não familiar e, assim, compreender e ancorar os objetos sociais, vislumbrando soluções quando estes se situam no panorama do problema<sup>(30)</sup>.

Diante do fenômeno do abuso das drogas, à luz da Teoria das Representações Sociais será possível compreender como este objeto é representado, os tipos consumos e os comportamentos sociais adotados pelos segmentos da população, em especial, neste estudo, pelas crianças.

## **2.2 A Representação das Drogas na História da Humanidade**

O consumo de substâncias psicoativas acompanha a história da humanidade e desde a pré-história são representadas com fins terapêuticos, recreativos ou em rituais. O ser humano jamais viveu apenas a dimensão real do cotidiano, pois todas as culturas desenvolveram formas de transcendência regulamentadas socialmente nas quais o uso de drogas tinha um lugar definido, não representando risco para os indivíduos e sendo até mesmo divinizadas<sup>(38,39,40,41,42)</sup>.

Na antiguidade, as drogas já eram utilizadas em cerimônias e rituais para se obter prazer, diversão e experiências místicas. Os indígenas utilizavam as bebidas fermentadas – álcool – em rituais sagrados e/ou em festividades sociais. Os egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como método abortivo<sup>(43)</sup>.

O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, alívio da dor e como tranquilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México,

que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espirituais<sup>(43)</sup>.

Apesar dessa longa tradição, a partir do início do Século XX a circulação e o uso dessas substâncias passam a ser regulamentados, com algumas delas sendo permitidas e outras proibidas formalmente por serem consideradas ameaças à ordem social e estarem relacionadas a problemas de saúde, desordem e violência urbana<sup>(43)</sup>. As drogas que antes, a luz da Teoria da Representação social, era tida como objetos sem risco, aceitos socialmente e até divinizados, com a evolução dos tempos passa a ter suas representações ancoradas nas consequências biológicas e sociais do abuso.

O senso comum representa as drogas apenas como aquelas substâncias proibidas, de uso ilegal, por se saber que são capazes de causar dependência, de modificar as funções, as sensações, o humor e o comportamento do indivíduo, é importante lembrar que as drogas consideradas legais também podem causar os mesmos danos ao usuário<sup>(44)</sup>. Para se classificar uma droga como lícita ou ilícita, não se deve levar em consideração apenas os aspectos psicológicos dos usuários ou as propriedades químicas das drogas. Deve-se, também, considerar o contexto sociocultural e histórico de cada sociedade, pois, uma droga pode ser legal em um país e ser proibida em outro. Por isso é importante frisar que a legalidade ou não de uma droga está mais relacionada a fatores políticos e sociais do que aos efeitos que pode proporcionar<sup>(45)</sup>.

No Brasil, a temática droga é representada socialmente sob o paradigma do proibicionismo, que a classifica em drogas lícitas, aquelas de livre comércio para maiores de 18 anos, a exemplo do álcool e do tabaco, e em ilícitas, substâncias proibidas quanto ao seu uso e comercialização. As ilícitas também compreendem categorias de acordo com o seu efeito no organismo, podendo ser alucinógenas, depressoras ou estimulantes<sup>(46)</sup>.

As alucinógenas são aquelas que produzem alterações na percepção, no pensamento e no sentimento, exemplificadas pela maconha e LSD (Dietilamida ácido lisérgico). Já as depressoras retardam o funcionamento do organismo, tornando as funções metabólicas mais lentas, a exemplo do álcool, heroína e ansiolíticos. Por último, as estimulantes que aceleram a atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), representadas pelas anfetaminas e cocaína/crack<sup>(46)</sup>.

Além da classificação quanto à atuação da droga no organismo, há também a categorização quanto às modalidades de uso, segundo a Classificação Internacional de

Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). É considerado abuso de drogas quando há um padrão mal-adaptado de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: - uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa; - uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico; - problemas legais recorrentes relacionados à substância; - uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância<sup>(47,48)</sup>.

Já o uso nocivo pela CID -10 é caracterizado nas seguintes situações: - Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento; - A natureza do dano é claramente identificável; - O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses; - Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda)<sup>(47)</sup>.

O uso experimental se caracteriza pelo uso da droga por uma ou poucas vezes, que se dá principalmente por curiosidade. Tal curiosidade está relacionada com a contradição que se estabelece nas crianças e jovens que se deparam com o discurso dos pais e dos meios de comunicação da representação das drogas através do proibicionismo e amedrontamento, que a associam, exclusivamente, a aspectos ruins, de violência, tráfico, dependência, bem como os discursos dos grupos de pares que falam da própria experiência, do “barato”, da “curtição”, ou mesmo do “bode” (experiência ruim). Diante de informações tão diferentes, há a possibilidade e o desejo de descobrir como realmente é a sua experiência com a droga. Outros fatores também podem contribuir para o uso experimental, que é a representação de que o uso de drogas se ancora na prática de ser mais bem aceito em determinados grupos, no desejo de viver experiências diferentes e sair da rotina<sup>(34)</sup>.

O abuso de drogas é reconhecido e representado como um grande problema de saúde pública, devido aos altos custos que tem gerado para o sistema de saúde por meio de suas graves consequências, principalmente entre os adolescentes e jovens<sup>(49)</sup>. A droga é um produto representado com os valores contemporâneos de fugacidade e de enaltecimento do prazer imediato, e vem se colocando como uma opção para mitigar os desgastes advindos do desemprego e da flexibilização do trabalho, da desproteção social e da substituição dos laços de solidariedade pelas armadilhas da competição<sup>(50)</sup>.

Em 2001 e em 2005 foram realizados respectivamente o I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, e na região Nordeste, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior uso na vida são, em 2001, orexígenos (11,2%), solventes (9,7%), maconha (5,5%), benzodiazepínicos (5,3%) e xaropes (3,2%); em 2005, orexígenos (9,3%), solventes (8,4%), maconha (6,1%), benzodiazepínicos (6,0%) e estimulantes (2,8%). De 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida de maconha, benzodiazepínicos, estimulantes, esteroides, alucinógenos e crack; e diminuição nas de tabaco, solventes, orexígenos e xaropes<sup>(7)</sup>.

Os números demonstrados pelo último Relatório Mundial sobre Drogas (2005) da Organização das Nações Unidas (ONU) assinalam, aproximadamente, 200 milhões de dependentes de drogas legais no mundo, com o predomínio de adolescentes. Esta disposição de aumento do consumo de álcool e de outras drogas já surgia nos resultados de um estudo exposto no livro *Drogas nas Escolas*, difundido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, ao término de 2002<sup>(51)</sup>.

Em 2004, o levantamento epidemiológico realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), com estudantes do ensino fundamental e médio de rede pública, comprovam a presença de psicotrópicos nas escolas, a existência do abuso entre alunos e uma tendência de iniciação precoce, na faixa etária de 10-12 anos, mais de 12% das crianças já usaram algum tipo de droga na vida<sup>(52)</sup>.

Considerando os resultados do mesmo estudo para o conjunto das 27 capitais brasileiras, as porcentagens observadas de estudantes do sexo masculino que usam droga são maiores que as observadas no sexo feminino, em todas as categorias de uso. Os ansiolíticos tiveram uso na vida de 4,1% no conjunto das 27 capitais, e Recife foi a capital com a maior porcentagem de uso (6,8%). O uso na vida de anticolinérgicos foi de 1,2% no Brasil, tendo a Região Nordeste apresentado a maior porcentagem: 1,5%. Recife foi a capital com o maior uso na vida desse tipo de droga, com 2,3% dos estudantes já tendo feito esse tipo de uso<sup>(53)</sup>.

Das drogas mais consumidas entre adolescentes, o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2010) identificou em estudos com adolescentes americanos que estavam cursando entre 8º e 10º grau, (no Brasil refere-se ao 8º e 9º ano do Ensino fundamental e 1º ano do Ensino médio,) que o álcool, a maconha e o cigarro estão entre as drogas de maior consumo. Destas, o uso da maconha diminui entre os estudantes de 8º grau e 10º grau, em contrapartida o uso abusivo do álcool aumentou significativamente entre os adolescentes que estavam cursando 10º grau<sup>(54)</sup>.

Diante destes números é possível inferir que apesar da sociedade brasileira representar as drogas como objetos que oferecem risco à vida e se ancoram no paradigma do proibicionismo, tal representação não se consolida como uma ferramenta de prevenção, pois se percebe a estreita relação entre os jovens e uso abusivo de drogas. Considerando que esta juventude se revela com idades de extrema precocidade no envolvimento com substâncias psicoativas, se faz necessário compreender também como a criança é representada como sujeito social e qual a relação com a aproximação às drogas, de modo que tal compreensão possa subsidiar a elucidação de estratégias exitosas de prevenção ao uso destas.

### **2.3 Representando a Criança na Evolução dos Tempos**

Ao longo dos séculos, a criança como grupo social sempre esteve exposta a grandes processos de criação e recriação do seu papel. Desse modo, em cada momento da história, houve uma forma específica de representar a criança, elucidando os valores e os contextos próprios de cada segmento da sociedade.

A obra de Philippe Ariès publicada em 1960, *L'Enfant et la Vie Familiale Souis L'Ancien Régime* defendeu a ideia que existiu um período marcado pela inexistência da perspectiva da infância, ao mesmo tempo que também reconhece que a infância é uma construção social, o que implica que ela tenha sido encarada de forma distinta ao longo dos tempos<sup>(55)</sup>. A mesma ideia é apoiada por Giovannoni (1989) na qual a forma de ver, considerar e valorizar a criança foi diferindo de civilização para civilização, de povo para povo, de cultura para cultura<sup>(56)</sup>.

Durante grande parte da Idade Média as crianças foram representadas, aparentemente, sem estatuto social reconhecido e, principalmente, sem autonomia – direitos. Eram vistas como adultos em ponto pequeno – homúnculo (ser humano miniatura em processo de desenvolvimento onde a autonomia surge como condição do desenvolvimento)<sup>(57)</sup>.

Entre os séculos XII e XVIII, na transição da Baixa Idade Média para o início da Idade Moderna, às grandes transformações sociais e econômicas, como o abandono do sistema feudal e a consolidação do sistema capitalista, seguiram-se com importantes transformações ideológicas baseadas nos ideais burgueses de liberdade e igualdade, contra o autoritarismo e o absolutismo. Ideais que saem fortalecidos, por volta da metade do século XVIII, com a Revolução Francesa possibilitando à burguesia conduzir a sociedade e assegurar o seu domínio<sup>(58)</sup>.

A consolidação da burguesia fez surgir uma nova organização social urbana, que encontrou na célula familiar, bem estruturada, uma maneira de garantir e preservar seus ideais. Para garantir seus valores, tornar-se-ia preciso um investimento na estabilidade familiar, tendo como foco a criança, que passou a adquirir um papel importante na sociedade, o de ser educável, cuja função baseava-se na manutenção da ideologia burguesa, tornando-se receptora e reprodutora de seus valores<sup>(58)</sup>.

A infância vista como construção social, sofreu no decurso da 2ª Modernidade, processos de reinstitucionalização que colocam em causa as diferentes representações e imagens das crianças. A análise da construção (reconstrução) das identidades sociais e das subjetividades infantis constitui uma temática com elevada pertinência. Assim sendo, é neste período que o novo funcionamento de estruturas sociais assume um papel importante da vida da criança<sup>(57)</sup>.

Com efeito, a institucionalização da infância teve a conjugação de vários princípios, como o surgimento de instâncias públicas de socialização (escola pública), estando intimamente relacionadas com a representação social da infância; a família, mais centrada no bem-estar desta e na prestação de cuidados de proteção; a formulação de conceitos acerca da criança, em torno da definição do que é “normal” e nos padrões de desenvolvimento (pedagogia, psicologia, pediatria)<sup>(57)</sup>.

A representação da criança é uma construção social onde inicialmente era vista com abnegação e, posteriormente, passa a ter significado dentro da família e da sociedade. A criança do mundo moderno vive numa era heterogênea, na qual ela convive com realidades diferentes, das quais vai apreendendo valores e estratégias que contribuem para a formação da sua identidade pessoal e social<sup>(55)</sup>.

Os elementos que contribuem para esta aprendizagem são a família, escola, relações com os pares, comunidade envolvente e as atividades sociais. Esta aprendizagem é interativa, uma vez que é feita no contato com as outras crianças e adultos, ou seja, na partilha e troca de experiências<sup>(55)</sup>.

A infância é caracterizada pela época em que está inserida e, por meio das suas expressões, pode-se definir a sociedade e a sua cultura. No entanto, as culturas da infância são diferentes das culturas adultas na forma como representam e simbolizam o mundo. Neste sentido as crianças constroem nas suas interações ‘ordens sociais instituintes’ que regem as relações de conflito e de cooperação, e que atualizam, de modo próprio, as posições sociais, de gênero, etnia e classe que cada criança integra<sup>(55)</sup>.

Em se tratando da atmosfera legislativa quanto à construção de leis que definem o ser criança e institucionalizam os seus direitos, houve um trabalho de criação do primeiro Código de Menores (Brasil, 1927), conforme previsão contida no Artigo 1º do Decreto nº 5083, do Juiz Mello Mattos, que foi concluído e aprovado, resultando no Decreto nº 17.943, de 12 de outubro de 1927<sup>(59)</sup>, que embora elaborado exclusivamente para o controle da infância abandonada e dos delinquentes de ambos os sexos, menores de 18 anos, o Código Mello Mattos seria, o primeiro diploma legal a dar um tratamento mais sistemático e humanizado à criança e ao adolescente. Consolidando normas esparsas anteriores e prevendo, pela primeira vez, a intervenção estatal nesta delicada seara social<sup>(60)</sup>.

A década de 80, no Brasil, foi profundamente marcada por intensas mobilizações populares em defesa de causas e direitos de cunho social para crianças e adolescentes, na medida em que era amplamente difundida a existência de milhões de crianças carentes, desassistidas ou abandonadas<sup>(61)</sup>.

A luta empreendida por representantes da sociedade civil, reunindo educadores, trabalhadores sociais, voluntários dedicados ao cuidado de crianças e adolescentes, instituições de assistência social, comunidades, escolas, universidades, empresas, igrejas e sindicatos, preparava o terreno para mudanças significativas, com o objetivo de substituir o Código de Menores pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>(61)</sup>.

O ECA foi instituído, então, pela Lei 8.069 no dia 13 de julho de 1990. Ele regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes inspirada nas diretrizes fornecidas pela Constituição Federal Brasileira de 1988. O Estatuto da Criança e do Adolescente é um conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que regulamenta a proteção integral à criança e ao adolescente<sup>(62)</sup>. É o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescente, entretanto, é relevante considerar que apesar de ser um instrumento de caráter nacional, na sua aplicabilidade deve se levar em conta a cultura própria de cada grupo e as representações de criança inerentes em cada segmento social.

Segundo o ECA em sua 7ª edição (2010), no Art. 2º considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade<sup>(63)</sup>. Diante de tal definição a infância é uma fase que antecede a etapa da adolescência na qual o uso de substâncias psicoativas se faz de forma preocupante. Nessa fase intermediária entre a infância e a juventude, conhecida como o período das grandes mudanças intrínsecas, o indivíduo passa por mudanças biopsicossociais e afloram conflitos em virtude da maior labilidade emocional e da sensibilidade aumentada, o que confere ao sujeito que vive tal desenvolvimento certo desconforto<sup>(5)</sup>.

Surgem dúvidas e questões de várias ordens, desde como viver a vida, modo de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro relacionado às escolhas. Essas características e situações fazem com que ele fique exposto a inúmeros riscos, dentre os quais podem citar o uso de tabaco, álcool e outras drogas<sup>(5)</sup>.

Em seu artigo 33, o ECA define que os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas, inclusive medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais, para proteger a criança contra o uso ilícito de drogas e substâncias psicotrópicas descritas nos tratados internacionais pertinentes e para impedir que crianças sejam utilizadas na produção e no tráfico ilícito dessas substâncias<sup>(63)</sup>. Entretanto, as principais discussões que envolvem questões como a legalização, o tratamento de dependentes, a prevenção e a ampla maioria das ações preventivas está focada no público adolescente. Contudo, como os primeiros contatos com as drogas ocorrem em idade escolar e estão cada vez mais precoces, observa-se, uma tendência de trazer essa discussão mais cedo para o contexto infantil<sup>(64)</sup>.

A necessidade da implementação de ações e programas voltados à proteção integral da criança e prevenção do uso de drogas revela-se de suma importância, e estes devem considerar ações mais enérgicas por parte dos eixos estruturais de uma sociedade como a saúde, educação e segurança pública. Tais ações devem atentar para o contexto em que estas crianças se inserem, como a sociedade as representa e como a droga é representada por estas crianças, a partir destes parâmetros é possível inferir que a aplicabilidade de tais ações permitirá que estas crianças façam escolhas da negação ao consumo de drogas dentro de conhecimentos mais fidedignos e de um contexto real.

No panorama de ações de prevenção, a educação em saúde se destaca como uma estratégia de enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas, de modo que esta prática proporciona aos profissionais que dela se utilizam a serem agentes modificadores da realidade social, com saberes que se tornam comuns ao serem compartilhados. Diante disso, cabe ainda uma reflexão acerca da educação em saúde na prevenção do uso de drogas com crianças.

## **2.4 Educação em Saúde na Prevenção do uso de drogas com Crianças**

A educação em saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e representações têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de 70, esta foi basicamente uma

iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados<sup>(65)</sup>.

A educação assumiu diferentes papéis ao longo da história, representada inicialmente caráter de individualidade, depois de coletividade, função social, militar, opressora, libertadora, direcionada para o conhecimento técnico-científico como única verdade, assumindo aspecto religioso e depois laico, em alguns momentos exaltava a guerra, em outros a paz, a liberdade e a democracia<sup>(66)</sup>.

Tradicionalmente, a educação em saúde é representada um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. Esta forma de educação não tem construído a integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla<sup>(67)</sup>.

A dificuldade desta transposição se pauta na permanência, ainda, do modelo hegemônico na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de comportamentos, como não usar drogas, parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Desconsidera-se que no processo educativo se lida com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do indivíduo que requer soluções sustentadas socioculturalmente<sup>(68)</sup>.

Na construção de novas práticas educativas de saúde, a Teoria da Representação Social propõe conhecer as diferentes formas de viver, os eventos de crise, a dinâmica de saúde, os episódios de doença, as particularidades, as crenças e os valores que o ser humano compartilha, estando em um mundo de mudanças multiculturais que subsidiarão um melhor preparo dos profissionais, com maior responsabilidade, respeito aos direitos humanos frente às diferenças e similaridades dos sujeitos<sup>(69)</sup>.

A prática educativa em saúde, além da formação permanente de profissionais para atuar nos diferentes contextos, tem como eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços. Esta tem por princípio norteador a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme as diretrizes estabelecidas pela carta de Ottawa, a qual reforça que a educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas, sendo considerados elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde<sup>(70)</sup>.

Tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender, conspirando para o contexto da qualificação das práticas de saúde<sup>(71,72)</sup>.

A Organização Pan-Americana de Saúde indica que a educação em saúde deve se nortear por abordar a saúde em termos globais, segundo a ótica de inter-relação entre os seus fatores individuais, ambientais, socioeconômicos e coletivos; esgotar todas as oportunidades educativas – formais e informais – para promover, melhorar, manter e recuperar a saúde; analisar criticamente as diferentes mensagens de saúde que influenciam as crianças e os jovens; comprometer-se com a conscientização de crianças e jovens para atuarem de maneira a favorecer a manutenção e a promoção da saúde integral e coletiva; e construir continuamente uma convivência solidária em prol da vida e dos direitos humanos<sup>(73)</sup>.

A educação em saúde é um recurso utilizado por profissionais de saúde para atuarem na vida cotidiana das pessoas por meio do conhecimento científico. Todavia, para que esse processo se dê de maneira eficaz e não impositiva, deve-se primar por práticas que respeitem as diferenças dos atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo<sup>(74)</sup>.

No cenário das drogas, a educação em saúde ainda se concretiza na esfera dos discursos impositivos permeados pelas representações cotidianas moralistas e autoritárias sobre o usuário e as drogas<sup>(75)</sup>. Nesta perspectiva, é preciso que os profissionais de saúde reconstruam os paradigmas da educação em saúde, valorizando o senso comum e o saber populacional no sentido de promover estratégias de prevenção ao uso de drogas que favoreçam o reconhecimento dos indivíduos enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida<sup>(74)</sup>.

No Brasil, Paulo Freire é o representante mais significativo do estado de permanente aprendizado, numa abordagem problematizadora. Nessa perspectiva, o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto, ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade<sup>(76,77)</sup>. Tal modelo é um importante guia para os processos educativos desenvolvidos pelos profissionais de saúde no contexto da educação em saúde, haja vista a consideração da racionalidade do ser humano, alvo das ações educativas, que pensa, sente e tem valores ligados ao contexto social no qual está inserido, bem como crenças e representações que norteiam muitas de suas atitudes<sup>(78,79)</sup>.

Para tanto, se torna necessário compreender que o desenvolvimento de ações de educação em saúde no panorama da prevenção do uso de drogas carece de uma perspectiva

dialógica, emancipadora, participativa e criativa tendo como proposta contribuir para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença, bem como autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais<sup>(65)</sup>.

Dentre as estratégias de ações no âmbito da educação em saúde, destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE) como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família<sup>(80)</sup>.

No contexto das diretrizes do PSE evidencia-se que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde que trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos. Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política<sup>(81)</sup>.

A escola, dentro da perspectiva da educação, se integra a outros setores na busca de uma transformação social, pode ser uma aliada da saúde e vice-versa. Logo, esta deve ser considerada como o espaço adequado para a educação em saúde, em destaque na perspectiva das drogas, considerando que na estruturação dos Parâmetros Curriculares Nacionais pelo Ministério da Educação e do Desporto em 1997, a temática saúde foi destacada como um tema transversal<sup>(82)</sup>.

Considerando que cada lugar tem suas características e sua cultura, as práticas em saúde na escola para garantir construções compartilhadas de saberes e representações apoiadas nas histórias individuais e coletivas, devem atentar para os diferentes contextos em que são realizadas, respeitando o saber popular e o formal subsidiados à luz da Teoria das Representações Sociais, na construção de propostas que façam sentido para os sujeitos que ali vivem<sup>(80)</sup>.

A participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde é fundamental e, principalmente, dos adolescentes e jovens, uma vez que as ações inovadoras de saúde na educação deverão progressivamente, ser incorporadas no Plano Político Pedagógico da escola, conforme Portaria 1861<sup>(80)</sup>.

As políticas públicas atuais, por meio de seus programas e ações voltados para a interface educação e saúde, identificam a escola como o principal lugar para onde convergem

as ações intersetoriais. Estas políticas visam reduzir os riscos e as vulnerabilidades à saúde e oportunizar a aprendizagem e o desenvolvimento humano<sup>(81)</sup>. Diante deste desafio e, nesta circunstância, educar para prevenção apresenta-se como a melhor alternativa para o enfrentamento do consumo de drogas entre estudantes. Prevenção significa dispor com antecipação, impedir ou pelo menos reduzir o consumo<sup>(83)</sup>.

A educação sobre drogas deve ser um processo estruturado que pode ser definido por instâncias oficiais na tentativa de ajudar indivíduos a aprender desenvolvendo habilidades e atitudes, frente ao uso de drogas. Tal perspectiva deve contemplar a análise dos fundamentos que definem o modo de se conceber os fenômenos educativos de caráter preventivo, possibilitando uma melhor caracterização das interfaces entre os temas tratados. A reflexão sobre a ação educativa pode consistir em uma das vias de superação dos problemas existentes na relação entre a investigação e a formulação de políticas públicas<sup>(84)</sup>.

Estão ao alcance dos profissionais de saúde e educadores a possibilidade e a responsabilidade por ações preventivas, com vistas à construção de uma sociedade mais preparada para o enfrentamento dos problemas gerados pela crescente oferta e demanda do uso de drogas. As escolas, portanto, são dispositivos capazes de desenvolverem projetos de prevenção do uso de álcool e outras drogas, afinal estas tem papel fundamental nessa rede de prevenção, pois as ações que se colocam são ações de educação para a saúde<sup>(81)</sup>.

As políticas públicas voltadas para educação e saúde convergem para o espaço da escola visando contribuir com a qualidade de vida do escolar e tudo que o cerca. Essa composição social se define a partir do tecido cultural no qual a escola está inserida, fazendo parte de uma rede mais ampla que participa da prevenção, as práticas podem ser potencializadas por intermédio da convergência de programas e projetos que envolvam toda a comunidade escolar, numa complementaridade de competências interdisciplinares e de intersaberes<sup>(81)</sup>.

A educação para a saúde na prevenção de drogas com escolar, portanto, possibilita a tomada de decisão, a participação, a consciência crítica do momento histórico vivido e a formação de uma possível rede de suporte social, concentrando todos os esforços disponíveis para a melhoria da saúde e qualidade de vida, que remetem diretamente para o exercício da cidadania<sup>(85)</sup>.

Nesse sentido, as drogas como objeto social carecem de investigações sobre quais as teorias elaboradas por crianças quanto à representação destas. Em seu contexto, a forma como as crianças objetivam e ancoram a construção de suas teorias sobre este fenômeno permitirão

direcionar estratégias de educação em saúde na perspectiva da prevenção ao uso de drogas específicas a esse segmento social.

O caráter dialético deste constructo demonstra que mudanças nas representações provocam alterações na prática que requerem novos esquemas ordenadores, modificando as representações sociais sobre determinado fenômeno. Assim, o estudo sobre as representações sociais das drogas para crianças permitem influenciar as práticas profissionais com relação às mesmas, inclusive no que tange às ações de prevenção<sup>(86)</sup>.

O desenvolvimento de ações pautadas na prevenção, principalmente, nas estratégias elaboradas para educação em saúde não são pontuais, restritas ou de domínio de apenas uma profissão, mas são práticas sociais articuladas que devem nortear as ações das classes a fim de que possam participar ativamente das decisões políticas e sociais com vistas a atender suas necessidades e de acordo com o interesse coletivo<sup>(87)</sup>.

### **3 CAMINHO METODOLÓGICO**

Neste capítulo será descrito o caminho metodológico percorrido nos dois artigos construídos.

#### **3.1 Primeiro Artigo - Educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas: revisão integrativa**

##### **3.1.1 Prática Baseada em Evidências (PBE)**

É um movimento que surgiu da necessidade de aprimorar a prática clínica e a qualidade do ensino. Emerge da necessidade de sintetizar a grande quantidade de informação científica e tem a finalidade de obter subsídios para fundamentar propostas de aprimoramento, de implementação e de avaliação dos resultados obtidos para o incremento da assistência e do ensino<sup>(88)</sup>.

A PBE iniciou-se no Canadá, na década de 1980, inicialmente limitada ao contexto da clínica médica, nomeando-se Medicina Baseada em Evidências - MBE. Posteriormente, foi abraçada por outras áreas do conhecimento como enfermagem, saúde mental, fisioterapia, terapia ocupacional, educação e psicoterapia, entre outras, abordando temas relativos à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Essa prática também é utilizada pelos formuladores de políticas de saúde e gestores de serviços de saúde<sup>(88-90)</sup>.

A PBE encoraja a utilização dos resultados da pesquisa na assistência, fortalecendo ainda mais a pesquisa como forma de aprimoramento das práticas, visto que a grande quantidade de informações no âmbito da saúde, determinam a necessidade de elaborar estratégias mais concisas que levem à apropriação dos resultados das pesquisas<sup>(91)</sup>. A revisão integrativa constitui um meio para se obter subsídios para a PBE.

A revisão integrativa pode ser definida como um método em que pesquisas publicadas previamente são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento das investigações examinadas. Isso possibilita a síntese e a análise dos estudos sobre o tema investigado. Permite, também, descrever o conhecimento em seu estado atual; promove o impacto da pesquisa sobre a prática profissional, mantendo os interessados atualizados e facilita as modificações da prática cotidiana como consequência da pesquisa<sup>(92)</sup>.

Acrescenta-se, ainda, que a revisão integrativa tem o potencial para produzir e difundir o conhecimento em Enfermagem, pois resulta em conhecimento fundamentado e uniforme; reduz os obstáculos à sua utilização, tornando a informação mais acessível, uma vez que num

único trabalho há a união de várias pesquisas, permitindo assim agilidade da divulgação do conhecimento<sup>(91)</sup>.

### 3.1.2 Tipo de Estudo

A revisão integrativa foi escolhida por permitir delimitar de forma organizada, ampla e investigar minuciosamente o tema escolhido<sup>(91)</sup>. Neste estudo buscou-se identificar as evidências científicas das práticas de educação em saúde voltadas às crianças na prevenção do uso de drogas.

### 3.1.3 Coleta de Dados

As etapas realizadas para a construção da revisão integrativa seguem os seguintes passos<sup>(91)</sup>:

1. Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa;
2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
5. Interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Após identificação do tema, este estudo foi conduzido pela pergunta: Quais as evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas à criança na prevenção do uso de drogas? Considerou-se criança segundo a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente, o indivíduo com até 12 anos de idade incompletos<sup>(93)</sup>.

A coleta ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2012 e foi realizada pela busca *online* de artigos por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) e US National Library of Medicine do National Institutes of Health (PUBMED), foi realizada também na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para composição da amostra, foram estabelecidos como critérios de inclusão: a) artigos publicados no período de 2002 a 2012; b) nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa; c) tendo sido realizados especificamente com crianças e d) estando disponíveis ou não nas bases de dados selecionadas. Adotou-se como estratégia para aquisição dos artigos indisponíveis o contato com os autores por e-mail eletrônico ou a compra virtual.

Foram excluídos artigos de reflexão, teses, dissertações, editoriais de jornais sem caráter científico, revisões sistemática e integrativa, bem como artigos em que depois de estabelecido contato com autores ainda assim não foram disponibilizados para a composição deste estudo.

Os descritores utilizados indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram Drogas Ilícitas, Educação em Saúde, Criança e Prevenção Primária, e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): Street Drugs and Health Education and Child and Primary Prevention. Inicialmente, utilizou-se a busca pelos artigos realizando os cruzamentos dos descritores aos pares, depois a integração dos três primeiros descritores supracitados concomitantemente, e por fim foi usada a combinação dos quatro descritores totais.

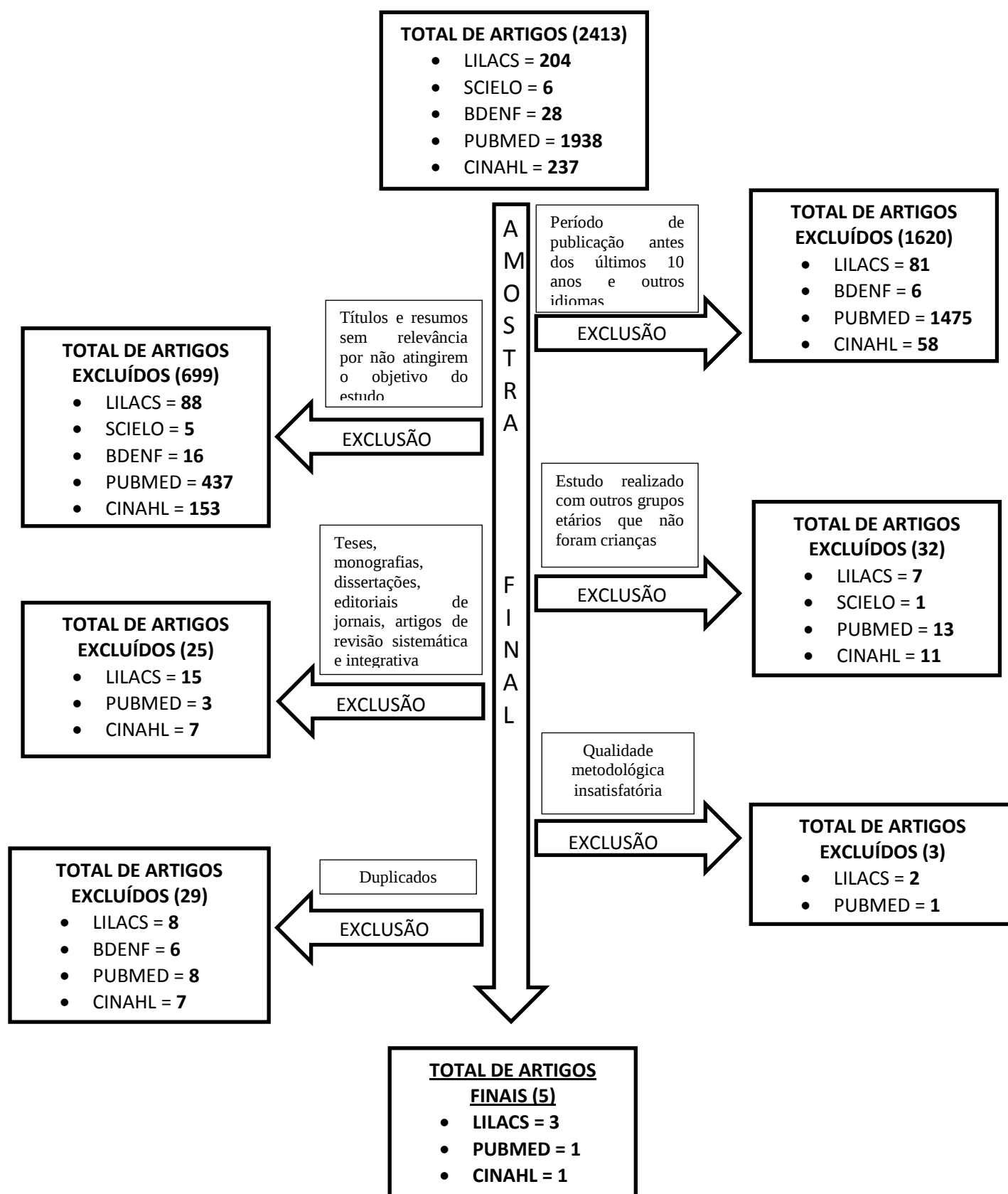
Após o cruzamento dos descritores, foram encontrados 2413 artigos, destes 204 na LILACS, 6 na ScIELO, 28 na BDENF, 1938 na PUBMED e 237 na CINAHL. Posteriormente foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão adotados para este estudo além de um instrumento adaptado do modelo proposto por Ursi, contendo: título, ano, autor, objetivos, metodologia e principais resultados<sup>(92)</sup>, o qual foi utilizado para permitir a aplicação dos critérios eleitos para composição deste estudo.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados foi por meio do instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP)<sup>(94)</sup> o qual é composto por 10 questões que analisam a identificação dos objetivos, metodologia empregada, tipo de estudo, estratégia de recrutamento dos participantes, coleta de dados, relação entre pesquisador e participantes, considerações éticas, análise dos dados, declaração dos resultados e importância da pesquisa. Selecionaram-se os artigos que responderam a no mínimo 60% das questões.

A amostra final foi composta por cinco artigos, sendo três da LILACS, um da PUBMED e um da CINAHL conforme ilustrado na figura 1. Os artigos também foram classificados de acordo com o nível de evidência a seguir<sup>(95)</sup>:

- Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos. Recife, 2013.



### **3.1.4 Análise e Interpretação dos Dados**

Para análise dos achados, foi construído um quadro com a síntese dos estudos de modo a permitir visualizar as práticas de educação em saúde voltada à criança na prevenção do uso de drogas das publicações de 2002 a 2012, possibilitando, assim, a avaliação e comparação dos estudos. As variáveis contempladas foram: autores, local, ano, objetivo, sujeitos, tipo de estudo, nível de evidência e resultados.

Em seguida, na última etapa, os resultados foram condensados em uma análise sobre o tema, resultando no artigo de revisão integrativa sendo apresentado para publicação científica.

## **3.2 Segundo Artigo – (HI) Estórias que as crianças contaram: representação social das drogas**

### **3.2.1 Tipo de Estudo**

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório centrado no sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico<sup>(96)</sup>.

### **3.2.2 Local de pesquisa**

O estudo foi realizado numa Escola Municipal localizada no bairro de Vila da Fábrica em Camaragibe/PE. A razão pela escolha deste município se justifica pela realização de pesquisas anteriores em Camaragibe bem como por este município apresentar características que o assimilam com o contingente de cidades do nosso País. A escola foi sugerida pela Diretoria de Ensino da Secretaria de Educação de Camaragibe por se localizar em uma região central e ser de fácil acesso, bem como por ser uma das maiores escolas municipais da região.

Camaragibe está localizado na Mesorregião Metropolitana do Recife – RMR. O território de Camaragibe abrange uma área de 51,257 km<sup>2</sup>, constando atualmente 144.166 habitantes (IBGE, 2010) o que corresponde à aproximadamente 3,85% da população da Região Metropolitana do Recife - RMR. Consta no município uma densidade de 2.812,61 hab/km<sup>2</sup>, entretanto, a distribuição da população ocorre de forma desigual e reflete contrastes

de desenvolvimento expressos pelas formas de uso e ocupação do espaço, o que vai definir peculiaridades no que tange aos seus problemas e potencialidades<sup>(97)</sup>.

A área sul configura-se como o centro da cidade de Camaragibe e suas áreas urbanas de influência direta, esta área reúne a maior densidade populacional e de equipamentos médico-hospitalares, educacionais, comerciais de diversas naturezas e grande parte dos estabelecimentos industriais do município. Já a área norte tem baixa densidade populacional, sendo dotada de ambientes expressos por diversos fragmentos florestais, boa quantidade de corpos hídricos e clima ameno. Camaragibe ocupa a 11ª posição entre as maiores taxas de crescimento populacional do Estado de Pernambuco, figurando com uma taxa geométrica de crescimento anual de 1,16% – no ano de referência de 2010<sup>(97)</sup>.

### Caracterização da Escola

A escola foi inaugurada em 1998 como Escola Municipal sob administração do município de Camaragibe<sup>(98)</sup>. A comunidade onde está inserida é formada pelos bairros de Vila da Fábrica, Alto da Boa Vista, Tabatinga e Baixinha. Geograficamente, estes bairros apresentam-se como áreas de risco com morros e encostas e economicamente são caracterizados como população de baixa renda.

Em relação aos aspectos físicos a escola é composta por doze salas de aula, uma secretaria, uma sala de professores, uma cozinha com dispensa, um refeitório, uma biblioteca, três pátios de recreação, uma sala de vídeo e quatro salas de almoxarifado.

A escola em suas atividades pedagógicas funciona nos turnos matutino (7h30 às 11h30), vespertino (13h30 às 17h30) e noturno (18h30 às 21h30). O quadro funcional é composto por um gestor, vinte e sete professores, dois auxiliares administrativos, quatro merendeiras, três auxiliares de manutenção e dois guardas municipais<sup>(98)</sup>.

O demonstrativo de alunos apresenta-se distribuído conforme o quadro a seguir, acrescentando ainda que há um quantitativo de dezesseis crianças cursando a Educação Infantil e no turno da noite há setenta e sete alunos em idade adulta que cursam a Educação de Jovens e Adultos (EJA)<sup>(98)</sup>.

Quadro 1: Demonstrativo de alunos que cursam o ensino fundamental da Escola Municipal. Camaragibe, 2013.

| Séries                       | Total de Alunos | Turnos      |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| 1º ano do ensino fundamental | 76              | Manhã       |
| 2º ano do ensino fundamental | 110             | Manhã       |
| 3º ano do ensino fundamental | 105             | Manhã/Tarde |
| 4º ano do ensino fundamental | 111             | Tarde       |
| 5º ano do ensino fundamental | 100             | Tarde       |

### 3.2.3 Participantes do Estudo

#### CrITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os sujeitos participantes da coleta de dados foram as crianças que se encontravam na faixa etária de 8 a 10 anos que estavam cursando o 3º ano do ensino fundamental preferencialmente no turno da manhã da escola em questão.

A preferência do turno ocorreu por orientação da supervisão da escola considerando que neste turno os alunos são mais assíduos, há uma quantidade maior de salas de aulas compostas por alunos nessa faixa etária, além de oferecer uma segurança maior à pesquisadora para adentrar na comunidade e realizar as atividades da pesquisa pela manhã.

A amostragem foi do tipo intencional selecionando-se os alunos da turma do 3º ano “A”. Na coleta de dados foi considerado o critério de saturação das respostas no qual as respostas, que é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras<sup>(99)</sup>. A amostragem por saturação teórica ocorre, interrompendo-se a coleta de dados quando se constata que não são mais necessários elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias)<sup>(100-102)</sup>.

#### CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não foram consideradas para o estudo as crianças que apresentaram alguma dificuldade que a impossibilitam de realizar desenhos e/ou contar a estória. A amostra final do estudo foi composta por 21 crianças, sendo 11 do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

A razão pela escolha desta faixa etária se fundamenta nas fases do desenvolvimento infantil propostos por Piaget, que sugere que há quatro estágios nos quais os sujeitos evoluem de um estado de desconhecimento do mundo que o cerca, até o desenvolvimento da capacidade de conhecer o que ultrapassa os limites do que está a sua volta<sup>(103,104)</sup>.

O estágio 3 é denominado operatório concreto calcado na capacidade de coordenar ações bem ordenadas em "sistemas de conjunto ou estruturas", ele tem duração, em média, até

os 11 - 12 anos, e quanto, especificamente, ao nível de equilíbrio biológico e cognitivo, este acontece por volta dos 9 - 10 anos<sup>(103,104)</sup>.

O período de operações concretas que se inicia aos 8 anos e que tem o equilíbrio atingido aos 10 anos, revela-se como faixa ideal para realização deste estudo fundamentando-se de que nesta fase a criança tem a capacidade de determinar relações, coordenar seus pontos de vista e ainda relacioná-los de maneira coerente e lógica<sup>(103,104)</sup>.

### **3.2.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados se procedeu no período de 25 a 27 de junho de 2013. No primeiro dia a pesquisadora realizou 12 entrevistas, sendo oito no turno da manhã nos horários de 8h às 11h30min, com intervalo de 20 minutos referente ao recreio escolar, e quatro no turno da tarde das 14h às 15h30min, pois como a escola disponibilizava do programa integral permitiu a realização da coleta com os alunos da turma eleita que retornaram a escola a tarde.

No segundo dia de coleta, foram realizadas mais sete entrevistas todas no turno da manhã, considerando que não houve mais coletas porque o restante dos alunos havia faltado à aula neste dia. No último dia foram realizadas as duas entrevistas finais. As crianças foram encaminhadas para a coleta de dados seguindo a relação nominal por ordem alfabética, essa orientação foi fornecida as crianças no primeiro dia de coleta.

A coleta foi por meio do procedimento desenho-estória e observações que foram registradas em diário de campo, preferencialmente, logo após o término da entrevista<sup>(105)</sup> minimizando a perda de informações relevantes. Nos diários de campo, foram registradas características particulares das etapas de coleta de dados, como data, início e término da coleta, bem como foi descrito as facilidades e dificuldades para realização da coleta de dados que foram apresentadas em resultados relativos aos acontecimentos no processo de coleta. Foi utilizado um roteiro semiestruturado para observação e entrevista (Apêndice A) e um questionário sociodemográfico (Apêndice B) dirigido aos responsáveis pelas crianças para caracterização dos participantes da pesquisa.

A imagem, em todas as suas formas, vem ocupando um papel cada vez mais importante na comunicação e interação social, e constitui-se como um recurso visual bastante utilizado pela criança<sup>(106)</sup>. A gênese do desenhar encontra-se nas condições sociais e históricas em que os sujeitos estão inscritos e nas transformações que a imaginação permite efetuar. Ao desenhar, a criança está imersa no universo simbólico, o qual é comum ao gesto, à brincadeira, ao jogo, aos sinais e à escrita. A criança relaciona-se com signos e reflete sobre

eles, aperfeiçoando-se nesta experiência, e suas reflexões, resultantes de sua atividade mental e manual, podem interferir significativamente em sua constituição e atuação social<sup>(106)</sup>.

O desenho infantil, portanto, é uma modalidade de comunicação para o desenvolvimento integral do indivíduo e se constitui elemento mediador de conhecimento e autoconhecimento. A partir do desenho a criança organiza informações, processa experiências vividas e pensadas, revela seu aprendizado e pode desenvolver um estilo de representação singular do mundo<sup>(107)</sup>.

O procedimento de Desenhos-Estórias criado por Walter Trinca na década de 1990 vem sendo amplamente utilizado em clínica e pesquisa por sua simplicidade e adaptabilidade aos diferentes sujeitos e contextos. São necessários apenas lápis, uma folha de papel e o clima emocional adequado para que alguém faça um desenho e conte uma história. A simplicidade, entretanto, é apenas aparente, pois o alcance científico e a capacidade do instrumento possibilitam uma ampliação da contextualização e uma riqueza de resultados<sup>(108)</sup>.

Este estudo foi realizado em três etapas onde inicialmente a pesquisadora fez uma aproximação com o objeto de estudo a partir do conhecimento do contexto escolar, depois seguiu para a própria etapa da realização do desenho sobre a representação das drogas e por fim o momento em que a criança contou a estória sobre o seu desenho.

### **Etapa 1: Inserção no contexto escolar**

Inicialmente foram realizadas duas reuniões com a diretoria, e posteriormente mais uma reunião com professores e funcionários da escola com a proposta de expor o objetivo e a metodologia deste estudo. Com o apoio da equipe da escola foi solicitado um encontro com os responsáveis pelos alunos e com as crianças para que estes pudessem conhecer a pesquisadora e a proposta do estudo. Neste momento foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) direcionado para os responsáveis das crianças e também foi explicado o conteúdo da pesquisa às crianças com linguagem adequada. Aqueles que permitiram a participação das crianças no estudo assinaram o Termo, sendo levado em consideração também o desejo das crianças em fazer parte da pesquisa. O calendário acadêmico foi respeitado na íntegra, de maneira a não prejudicar a criança que desejou participar do estudo em suas atividades escolares.

Neste primeiro momento não houve a presença da totalidade de responsáveis pelas crianças que fariam parte do estudo, logo foram necessárias mais cinco visitas ao colégio no horário de chegada dos alunos as aulas, neste momento os responsáveis foram abordados para orientação sobre o conteúdo da pesquisa e assinatura do TCLE.

Posteriormente, a pesquisadora participou das atividades da escola, reunião de pais e responsáveis, comemoração de datas importantes como o dia das mães, com objetivo de interagir com as crianças e seus responsáveis, ser reconhecida como uma pessoa do convívio e estabelecer uma relação de respeito.

Findado este processo interativo, teve início o momento de aproximação das crianças com o procedimento e com os instrumentos (papel, canetas coloridas e gravador) da pesquisa, onde em horários previamente acordados com a equipe da escola, a criança foi convidada individualmente para uma sala disponível exclusivamente para a coleta dos dados da pesquisa. Neste encontro, foi solicitado que a criança desenhasse o que queria sem estabelecimento prévio do tema e, posteriormente, contasse a história do seu desenho a qual foi registrada com gravador de voz do tipo digital. Foi adotada a postura de feedback positivo a todas as crianças, parabenizando-as durante o processo de construção do desenho-estória, de maneira a não gerar nenhum questionamento de certo ou errado, ou algum sentimento de inferioridade<sup>(109)</sup>.

### **Etapa 2: Realização do desenho sobre a representação das drogas**

Após a realização do desenho livre, a criança permanecendo ainda na sala reservada exclusivamente para a coleta dos dados da pesquisa, e já familiarizada com o processo de coleta dos dados, foi explicado o conteúdo da pesquisa com linguagem adequada de forma a permitir que as crianças explicitassem o seu interesse em participar.

Posteriormente foi solicitado à criança: “Desenhe neste papel, o que vem na sua cabeça quando se fala a palavra droga?”. Esta etapa teve como objetivo subsidiar a etapa posterior de narração da estória. Os desenhos foram conteúdos necessários para permitir que as crianças explicitassem a representação das drogas e elucidassem os construtos da Teoria da Representação social.

### **Etapa 3: Processo de narração da estória do desenho**

Finalizada a etapa de realização do desenho foi solicitada a criança que contasse a estória sobre o seu desenho. Durante essa fase a entrevistadora procurou ouvir de maneira ativa, demonstrando à criança que estava interessada em sua fala, em suas emoções, realizando novos questionamentos, confirmando com gestos que a ouvia atentamente e que queria compreender suas palavras, mas sem influenciar seu pensamento<sup>(110)</sup>.

As entrevistas foram gravadas visando ampliar o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação

da voz, aprimorando a compreensão da narrativa<sup>(111)</sup>. Terminada a entrevista a pesquisadora agradeceu o recebimento das informações e se colocou à disposição para esclarecimento de dúvidas ou recebimento de sugestões. Logo após a entrevista foi realizada a transcrição das narrativas, em ambiente silencioso e distante da circulação de outras pessoas<sup>(110)</sup>.

### 3.2.5 Análise dos Dados

Os dados coletados das narrativas foram processados com auxílio do Software Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE) versão 2010, que se trata de um instrumento qualitativo e quantitativo de dados textuais desenvolvido na França por Reinert em 1990. Este software permite investigar a distribuição de vocabulário em textos diversos, realizando um exame preciso de grande número de dados<sup>(112)</sup> por meio de uma análise léxica que corresponde à contagem de palavras no texto. O processo se avança sistematicamente na direção da identificação e da dimensão do texto como um todo, mediante a constatação do número total e tipos de palavras, vendo a riqueza do vocabulário utilizado na produção de uma resposta ou um discurso<sup>(113)</sup>.

Na ordenação obtida pelo ALCESTE, cada narrativa é considerada uma Unidade de Contexto Inicial(UCI)<sup>(114)</sup>. As UCI's são disponibilizadas para o software a partir das variáveis consideradas importantes pelo pesquisador, neste caso, pseudônimo, idade, sexo e data da entrevista. O agrupamento de todas as UCI's corresponde ao Corpus de Análise. Em seguida, o software utiliza métodos estatísticos e matemáticos para a realização da análise do corpus pela coocorrência de palavras contidas nos enunciados do conteúdo textual.

O Corpus, conjunto das transcrições das histórias obtidas das entrevistas, ao dar entrada no programa Alceste foi segmentado em unidades menores, designadas de Unidades de Contexto Elementar (UCEs). O software apresenta dentre os resultados, a geração de classes temáticas as quais são expressas por meio de um gráfico, denominado Dendrograma (Classificação Hierárquica Descendente). Este contém o número de UCE's de cada classe e apresenta também as palavras de maior qui-quadrado ( $khi^2$ ), variável utilizada pelo Alceste para mensurar a importância das ligações entre palavras ou conjunto de palavras para o sentido da classe a qual pertence.

As classes elaboradas pelo ALCESTE recebem valores estatísticos de acordo com a relevância de seus significados e permitiram uma análise qualitativa sobre a representação das drogas para crianças em idade escolar fundamentada na Teoria das Representações Sociais<sup>(25)</sup>.

### **3.2.6 Aspectos Éticos**

Os responsáveis pelas crianças foram informados sobre o objetivo da pesquisa esclarecendo-os que este estudo não tinha a proposta de avaliar a criança, podendo o responsável ou a própria criança recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa. O TCLE foi lido para cada responsável, bem como foi explicado o teor da pesquisa com linguagem adequada às crianças, estes puderam solicitar esclarecimento de suas dúvidas que foram prontamente respondidas. A identidade da criança participante não será revelada, desta maneira foram adotados pseudônimos de personagens escolhidos pelas próprias crianças.

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPE, antes do início da coleta de dados com aprovação e número de CAAE: 07935413.0.0000.5208 (Anexo A). Destaca-se que os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) foram respeitados em todas as etapas da pesquisa. Para realização do estudo no município de Camaragibe foi solicitada à Secretaria de Educação uma autorização formal para a realização da pesquisa (Anexo B).

## 4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO DE REVISÃO: Educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas: revisão integrativa

**Educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas: revisão integrativa**

**Health education oriented to child in the prevention of drug abuse: integrative review**

**Educación en la salud dirigida para niño en prevención de el uso de drogas: revisión integradora**

### RESUMO

Este estudo busca identificar evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas à criança na prevenção do uso de drogas. Trata-se de uma revisão integrativa constituída por artigos publicados em português, inglês e espanhol entre 2002 e 2012, disponíveis nas bases de dados LILACS, BDENF, PUBMED E CINAHL e na biblioteca virtual SciELO. Os artigos evidenciaram que o momento privilegiado para prevenção se encontra nos dez primeiros anos de vida e que as escolas revelam-se como local estratégico para adoção de alternativas preventivas as quais devem ser planejadas pelas equipes de educação e saúde interdisciplinarmente. É preciso, portanto, investir em ações com crianças que incorporem o acesso à educação, à saúde e à qualidade de vida da família, no intuito de consolidar estratégias de prevenção ao uso de drogas.

Descritores: Criança; Drogas ilícitas; Educação em Saúde; Prevenção Primária

### ABSTRACT

This study seeks to identify scientific evidence about health education practices aimed at children in the prevention of drug use. It is an integrative review of articles published in Portuguese, English and Spanish from 2002 to 2012, available in the databases LILACS, BDENF, PUBMED and CINAHL and in SciELO virtual library. The articles showed that the privileged moment for prevention is in the first ten years of life and schools revealed themselves as a strategic location for adoption of preventive alternatives which must be planned by the education and health teams in an interdisciplinary. It is therefore necessary to

invest in actions with children that incorporate access to education, health and quality of life of the family, in order to consolidate strategies for prevention of drug use.

Descriptors: Child; Illicit drugs; Health education; Primary Prevention

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar la evidencia científica sobre la educación para la salud dirigidas a la prevención del consumo de drogas niño. Se trata de una revisión integradora consiste en artículos publicados en Portugués, Inglés y español entre 2002 y 2012, disponibles en las bases de datos LILACS, BDENF, CINAHL y PUBMED y SciELO biblioteca virtual. Los artículos muestran que el momento ideal para que la prevención es de los primeros diez años de vida y que las escuelas revela como una alternativa estratégica para la adopción preventiva que debe ser planificada por los equipos de educación interdisciplinaria y la salud. Por tanto, debemos invertir en acciones con los niños que incorporan el acceso a la educación, la salud y la calidad de vida de la familia, con el fin de consolidar las estrategias para prevenir el consumo de drogas.

Descritores: Niños, las drogas ilícitas, educación para la salud, la prevención primaria

## INTRODUÇÃO

A expansão do uso e abuso de drogas entre crianças, tanto as consideradas lícitas quanto às ilícitas, vem se evidenciando no Brasil. O último Relatório Brasileiro Sobre Drogas realizado no país em 2005 apresentou que 12,7% de crianças usaram drogas na vida<sup>1</sup>. Esse percentual mostra que as estratégias de prevenção devem ser executadas em idades cada vez mais precoces.

Segundo o Ministério da Saúde, a prevenção pode ser compreendida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos e o fortalecimento dos fatores de proteção<sup>2</sup>.

Com relação ao uso de drogas, a prevenção visa uma atitude responsável, levando em consideração que esse é um problema pessoal, social, cultural, entre tantos que permeiam esse tema<sup>3</sup>. Com isso, é relevante perceber que a educação em saúde é estratégia fundamental para a prevenção.

Neste contexto, o ambiente escolar se revela como um espaço que favorece a promoção de ações educativas no âmbito da prevenção do uso e abuso das drogas. Ressaltando a relevância desta temática, em 2007 numa parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE) que tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica e, neste contexto, a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas se inserem dentre as ações estratégicas para promoção da saúde na escola<sup>4</sup>.

Diante destas questões, é relevante pensar em termos de construção de novos paradigmas e modelos de construção de conhecimentos relacionados à prevenção ao uso de drogas<sup>3</sup>. Nesta perspectiva, este estudo tem o objetivo de identificar evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas a criança na prevenção do uso de drogas.

## **MÉTODO**

O presente estudo é uma revisão integrativa com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e ordenada, sendo um instrumento para o aprofundamento do conhecimento a respeito do tema investigado, permitindo a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo<sup>5</sup>.

Para operacionalizar essa revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão<sup>5</sup>.

O estudo ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2012 e foi realizado por meio de busca *online* de artigos que respondessem a seguinte questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre as práticas de educação em saúde voltadas a criança na prevenção do uso de drogas? Considerou-se criança segundo a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente, o indivíduo com até 12 anos de idade incompletos<sup>6</sup>.

A captação dos artigos foi processada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) e US National Library of Medicine do National Institutes of Health (PUBMED), foi realizada também na Cumulative

Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra estabeleceram-se: artigos publicados no período de 2002 a 2012, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, tendo sido realizados especificamente com crianças e estando disponíveis ou não nas bases de dados em questão, sendo adotada como estratégia para aquisição dos artigos indisponíveis o contato com os autores por e-mail eletrônico ou a compra virtual.

Foram excluídos artigos de reflexão, teses, dissertações, editoriais de jornais sem caráter científico, revisões sistemática e integrativa, bem como artigos em que depois de estabelecido contato com autores ainda assim não foram disponibilizados para a composição deste estudo.

Os descritores utilizados indexados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram Drogas Ilícitas, Educação em Saúde, Criança e Prevenção Primária, e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): Street Drugs, Health Education, Child e Primary Prevention. Inicialmente, utilizou-se a busca pelos artigos realizando os cruzamentos dos descritores aos pares, depois a integração dos três primeiros descritores supracitados concomitantemente, e por fim foi usada a combinação dos quatros descritores totais (Tabela 1).

Tabela 1. Artigos encontrados nas bases de dados e na biblioteca virtual com seus cruzamentos. Recife, 2013.

| <b>Passos</b> | <b>Descritores Utilizados</b>                                            | <b>LILACS</b> | <b>SCIELO</b> | <b>BDENF</b> | <b>PUBMED</b> | <b>CINAHL</b> |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| 1º            | Drogas Ilícitas and Educação em Saúde                                    | 75            | 05            | 14           | 578           | 43            |
| 2º            | Drogas Ilícitas and Criança                                              | 109           | 01            | 13           | 1.134         | 176           |
| 3º            | Drogas Ilícitas and Prevenção Primária                                   | 10            | 00            | 00           | 129           | 07            |
| 4º            | Drogas Ilícitas and Educação em Saúde and Criança                        | 09            | 00            | 01           | 96            | 11            |
| 5º            | Drogas Ilícitas and Educação em Saúde and Criança and Prevenção Primária | 01            | 00            | 00           | 01            | 00            |
|               | <b>TOTAL</b>                                                             | <b>204</b>    | <b>06</b>     | <b>28</b>    | <b>1938</b>   | <b>237</b>    |

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento adaptado do modelo proposto por Ursi, contendo: título, ano, autor, objetivos, metodologia e principais resultados<sup>5</sup>. Desse modo, foi possível avaliar a qualidade metodológica dos estudos e os níveis de evidência de cada artigo. A avaliação do nível de evidência se caracteriza de forma hierárquica dependendo do tipo de metodologia empregada no estudo<sup>7</sup>.

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados foi utilizado o instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP)<sup>8</sup> – Programa de Ensino de Leitura Crítica, o qual é composto por 10 questões que contemplam os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação da metodologia empregada com o tipo de estudo, coerência do desenho metodológico e da estratégia de recrutamento dos participantes, conformidade na coleta de dados e na relação entre pesquisador e participantes, cumprimento das considerações éticas, rigor na análise dos dados, clareza na declaração dos resultados e importância da pesquisa. Neste estudo optou-se por selecionar os artigos que respondessem a no mínimo 60% das questões, considerado, portanto, com boa qualidade metodológica e viés reduzido.

A seleção dos artigos utilizando os critérios de inclusão e exclusão encontra-se descrita na tabela 2. Diante dos referidos refinamentos, selecionou-se cinco artigos. Aqueles que se repetiram em mais de uma base de dados ou na biblioteca virtual foram computados considerando a seguinte ordem hierárquica de acordo com o quantitativo de publicações das bases: PUBMED, CINAHL, LILACS, BDENF e SciELO.

Tabela 2. Justificativas para a exclusão dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Recife, 2013.

| <b>Justificativa</b>                                                                                  | <b>LILACS</b> | <b>SCIELO</b> | <b>BDENF</b> | <b>PUBMED</b> | <b>CINAHL</b> | <b>Total</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| Período de publicação após os últimos 10 anos e outros idiomas                                        | 81            | -             | 06           | 1475          | 58            | 1620         |
| Resumos sem relevância por não atingirem o objetivo do estudo                                         | 88            | 05            | 16           | 437           | 153           | 699          |
| Teses, monografias, dissertações, editoriais de jornais, artigos de revisão sistemática e integrativa | 15            | -             | -            | 03            | 07            | 25           |
| Estudo realizado com outros grupos etários que não foram crianças                                     | 07            | 01            | -            | 13            | 11            | 32           |
| Repetidos                                                                                             | 08            | -             | 06           | 08            | 07            | 29           |
| Qualidade metodológica insatisfatória                                                                 | 02            | -             | -            | 01            | -             | 03           |
| Total excluído                                                                                        | 201           | 06            | 28           | 1937          | 236           | 2408         |
| <b>Total incluído</b>                                                                                 | <b>03</b>     | <b>00</b>     | <b>00</b>    | <b>01</b>     | <b>01</b>     | <b>05</b>    |

## RESULTADOS

Quanto ao idioma das publicações selecionadas foram encontrados dois artigos em inglês, dois em espanhol e um em português. Nos artigos avaliados, em relação ao tipo de delineamento de pesquisa, evidenciou-se: dois estudos com delineamento qualitativo e três estudos quantitativos, sendo estes: quase-experimental, descritivo e descritivo transversal. Quanto à força das evidências obtidas na amostra, foram identificados quatro artigos com nível de evidência 4 e um com nível de evidência 3<sup>7</sup>. A tabela 3 apresenta a síntese com as especificações de cada um dos artigos selecionados.

Tabela 3 Principais resultados nos artigos sobre a educação em saúde voltada a criança na prevenção do uso de drogas. Recife/PE, 2013.

| <b>Autores, local, ano do estudo e referência do artigo</b>                             | <b>Objetivo do estudo</b>                                                                                                                                       | <b>Sujeitos do estudo</b>                                                                                                           | <b>Tipo de estudo e nível de evidência</b>                | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Belgrave FZ, Reed MC, Plybon LE, Corneille M <sup>9</sup><br><br><b>EUA</b><br><br>2004 | Explorar a eficácia da recusa à droga como resultado de programas de prevenção de drogas. Para esta avaliação foi utilizada a escala de recusa eficaz (SEDARE). | Garotas (92) que participaram de um grupo de prevenção do uso de drogas, no Clube de Garotos e Garotas em Richmond, Virgínia (EUA). | Quantitativo, Quase-experimental.<br><br><b>Nível III</b> | Foi utilizado o programa Botvin's Life Skills Trainning, que foca na recusa eficaz à droga. O programa de prevenção de drogas ensinava a tomar decisões para aumentar a repulsa contra as drogas. Os participantes do grupo de intervenção relataram maior eficácia de recusa e resistência do álcool e da droga do que grupo de comparação.                                    |
| Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC <sup>10</sup><br><br><b>Brasil</b><br><br>2008    | Descrever os fatores de risco e protetores para uso de drogas referido pela família.                                                                            | Mães (22) cujos filhos frequentavam a creche comunitária situada no bairro Cidade de Deus, no município do Rio de Janeiro.          | Qualitativo, descritivo.<br><br><b>Nível IV</b>           | O acesso às informações, a estrutura familiar protetora e a existência de laços afetivos entre pais e filhos são razões importantes para a negação e afastamento dos jovens das drogas. Faz-se necessário a implementação de atividades socioeducativas e o suporte de políticas públicas com vistas à inserção de crianças e jovens em atividades de cunho educativo e social. |

(continuação)

| Autores, local, ano do estudo e referência do artigo                            | Objetivo do estudo                                                                            | Sujeitos do estudo                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tipo de estudo e nível de evidência                            | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cho H, Hallfors DD, Iritani BJ, Hartman S <sup>11</sup><br><br>U.S.<br><br>2009 | Analisar as práticas de prevenção em escolas dos EUA.                                         | Uma amostra de base populacional dos distritos escolares representadas pelo coordenador das escolas seguras e livres de drogas, coordenador das atividades de prevenção do uso de substâncias no distrito ou a pessoa que mais conhece sobre as atividades de prevenções do uso de substâncias no distrito. | Quantitativo, descritivo.<br><br><b>Nível IV</b>               | A combinação de financiamentos público, programas inovadores, e tecnologia da educação para atender às necessidades de educação local, podem incentivar ainda mais a construção e eficácia de programas para prevenção de drogas.                                                                                                                                                                                                                        |
| Arias NM, Ferriani MGC <sup>12</sup><br><br>Colômbia<br><br>2010                | Analisar os fatores protetores visando prevenir o consumo de drogas nas famílias de crianças. | Famílias de crianças (256) atendidas nos Lares Comunitários do Bem-estar familiar, em um município colombiano.                                                                                                                                                                                              | Quantitativo, transversal e descritivo.<br><br><b>Nível IV</b> | Considera como fatores protetores para o uso de drogas: Afeto, Comunicação, Normas e Educação familiar. Os enfermeiros estão entre os profissionais da área de saúde com a responsabilidade de promover e facilitar a realização dos objetivos do desenvolvimento humano, especialmente os responsáveis pelo cuidado e atenção às crianças. Isso se deve ao fato de serem mais numerosos e passarem mais tempo em contato com as pessoas em comunidades. |

(continuação)

| <b>Autores, local, ano do estudo e referência do artigo</b>                          | <b>Objetivo do estudo</b>                                                                                                                                      | <b>Sujeitos do estudo</b>                                                                                                           | <b>Tipo de estudo e nível de evidência</b>                      | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Corzo JQ, Márquez DYÁ, Quintero FIM <sup>13</sup><br><br><b>Colômbia</b><br><br>2011 | Descrever a forma como os educadores durante o seu processo de formação percebem e atuam frente ao problema da drogadição com crianças, jovens e adolescentes. | Educadores em formação, de ambos os sexos e com idade entre 20 anos, que atuam em escolas públicas, com o grupo médio de 45 alunos. | Qualitativo, narrativo e estudo de caso.<br><br><b>Nível IV</b> | As escolas tem a responsabilidade de atualizar a informação científica sobre os tipos de drogas mais consumidas e apreender em conformidade com os regulamentos e manuais de convivência. Estas são questões fundamentais para desenvolver oficinas, campanhas, palestras e uma vasta gama de programas de prevenção incorporadas ao Projeto Pedagógico Institucional-PEI. |

(conclusão)

## DISCUSSÃO

A análise da seleção dos artigos encontrados revela apenas cinco estudos com rigor metodológico realizados com o público infantil, entretanto inúmeros são os estudos encontrados nas referidas bases de dados e na biblioteca virtual realizados com adolescentes na temática da prevenção do uso de drogas. Esta constatação demonstra uma fragilidade nas ações de enfrentamento das dependências químicas como problema de saúde pública, pois os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas entre os jovens no Brasil e no mundo evidenciam que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia a experimentação e uso abusivo das drogas<sup>14</sup>.

Essa premissa remete ao fato de que ao considerar que a adolescência é uma fase permeada por mudanças, e para uma parcela destes adolescentes movidas pela iniciação do uso de drogas, é condição essencial se pensar em estratégias de prevenção para idades precoces contemplando, assim, a criança.

Além do número reduzido de publicações, a análise dos níveis de evidência científica reflete uma lacuna no conhecimento em relação a dados publicados que possam validar a aplicação de estratégias educativas no combate ao uso de drogas voltadas a crianças. Tal fato traduz a necessidade de realização de pesquisas do tipo quase experimentais ou experimentais

de forma a consolidar práticas de prevenção do uso de drogas eficazes baseadas em estudos com maior nível de evidência científica.

O objeto de estudo desta revisão integrativa se fundamenta nas dimensões preocupantes que o consumo de drogas tem conquistado, desvelando um contexto que se revela frente a uma “crise de drogas” com características de epidemia, na qual a demanda, também se faz integrada pela população infantil. Neste contexto, as pessoas que têm filhos ou trabalham com crianças, adolescentes e jovens enfrentam o grande desafio de desenvolver nelas, potenciais e pontos fortes que lhes permitam sobreviver em cenários adversos e decidir pelo caminho saudável<sup>13,15</sup>.

Pais, professores, profissionais de saúde e membros da comunidade detêm o conhecimento de que, normalmente, um jovem ou adolescente começa o uso das drogas por pressão do grupo de amigos<sup>13,15</sup>. Sendo assim, o momento privilegiado para prevenção se encontra nos dez primeiros anos de vida, pois a adolescência é o resultado da interação de variantes como a família, escola, grupos de pares, mídia e contexto social<sup>9,10,12,15</sup>.

A equipe de saúde também atua com crianças no período de 0 a 10 anos, logo tem a responsabilidade e uma grande oportunidade para trabalhar a prevenção. Tais profissionais têm o compromisso de promover e facilitar o processo do desenvolvimento humano saudável, dentre eles se destacam os enfermeiros que estão mais tempo em contato com as pessoas e comunidades, os quais têm papel relevante na prevenção do uso de substâncias psicoativas por crianças<sup>12</sup>.

Nesta perspectiva, indaga-se sobre qual o local ideal para que a equipe de saúde possa atuar com as práticas de prevenção do uso de drogas? Os estudos em questão evidenciaram que as escolas revelam-se como local estratégico para adoção de uma variedade de alternativas preventivas<sup>9,10,12</sup>. Estas podem incluir a oferta de programas que incorporem as habilidades das crianças, a elaboração de currículos que contenham educação sobre drogas, a integração dos pais no processo de aquisição de conhecimentos para se informar melhor sobre a temática, a identificação de problemas de comportamento para a intervenção precoce e a referência dos alunos aos profissionais de saúde para avaliação e intervenção quando necessário<sup>9,10,12</sup>.

A escola, portanto, como instituição formadora tem em si potencial para atualizar a informação científica sobre os tipos de drogas mais consumidas e também trabalhar sobre os conceitos de vício e overdose. Estas são questões fundamentais para o desenvolvimento de oficinas, campanhas, palestras e uma vasta gama de programas de prevenção do uso de drogas que devem ser incorporadas ao Projeto Pedagógico Institucional-PPI<sup>11,13</sup>.

Considerando que a escola é o espaço oportuno para que as intervenções de prevenção do uso de drogas possam se consolidar como efetivas, é preciso, que haja um trabalho inter e multidisciplinar<sup>11,13</sup>.

Nesta perspectiva, a análise dos artigos evidenciou que os profissionais de saúde e de educação devem participar efetivamente na elaboração de folhetos informativos, cartazes, atividades educativas, quadros de avisos, vídeos e materiais na internet sobre o abuso de drogas, suas consequências e as formas de preveni-lo<sup>11,13</sup>. Esta temática também deve ser usada para gerar projetos educativos e comunitários que englobem clubes de revistas, jogos esportivos, trabalhos artísticos como teatro, dança e grupos de música<sup>11, 13</sup>.

Um dos estudos trabalhou com um grupo de intervenção no qual ocorriam sessões de 1 hora e meia, uma vez por semana durante 17 semanas para demonstrar a melhora no nível de rejeição a droga. Neste grupo foi utilizado o programa Botvin's Life Skills Training que ensinava a tomar decisões para aumentar a repulsa contra as drogas<sup>9</sup>. O programa Life Skills Training é um programa composto por três eixos principais<sup>16,17</sup>:

O primeiro eixo é o de desenvolvimento de habilidades de controle pessoal. São desenvolvidas competências de tomada de decisões e resolução de problemas, pelas quais se espera que o indivíduo torne-se competente na identificação dos problemas, definição de metas, estabelecimento de soluções e avaliação das consequências dos seus atos. O segundo eixo a ser trabalhado junto aos jovens são as competências utilizadas na interação social. Inicialmente é importante enfatizar o treinamento da habilidade de comunicação eficaz, construindo junto com eles maneiras eficazes de se evitar mal-entendidos, conhecer novas pessoas e estabelecer e manter amizades<sup>16,17</sup>.

Por fim, no terceiro eixo, o objetivo é aumentar o conhecimento dos jovens concernente às drogas, além de promover o desenvolvimento de habilidades de resistência ao consumo e às influências sociais, como mídia, família e amigos<sup>16,17</sup>.

O grupo comparação teve atividades a cada 2 semanas durante as mesmas 17 semanas. As atividades realizadas neste grupo eram, por exemplo, decoração de camisas, artes, e festas com pizza. Isso era feito para manter o grupo interessado no estudo e nas atividades após o estudo. No entanto, este grupo teve menos reuniões que o de intervenção. Os participantes do grupo de intervenção relataram maior eficácia de recusa e resistência ao álcool e a droga do que grupo de comparação<sup>9</sup>.

Os artigos evidenciaram ainda que uma família “estruturada” revela-se como um reforço positivo, pois é na unidade familiar, espaço de convivência e de experiências; sejam

elas de fracasso ou sucesso, saúde ou doença que se encontra a proteção para os filhos contra os fatores de risco relacionados às drogas<sup>10-13, 15</sup>.

Considerando o envolvimento de crianças e jovens com as drogas, a prevenção deve ser iniciada também na própria família por meio do exemplo e do diálogo<sup>10-12</sup>. Apesar de as mães utilizarem o diálogo, ratificarem a importância de uma família bem estruturada e assumirem o controle sobre os filhos como estratégias de prevenção, existe um temor de que tais estratégias não sejam suficientes para afastá-los do envolvimento com as drogas. É fundamentado nesta premissa, que o enfrentamento requer a aliança da família com instituições de ensino e saúde que invistam em atividades socioeducativas junto às crianças e jovens<sup>10,12</sup>.

O conceito de família revelado foi o de família estruturada a qual contém uma imagem idealizada de um casal heterossexual, casado, incluindo os parentes biológicos da criança, formado por um único domicílio monofamiliar<sup>18</sup>. Entretanto, na contemporaneidade pode-se observar que a família não é uma entidade fixa, mas uma pluralidade de formas, de maneira que a todos os membros compete a responsabilidade de educar e promover valores e princípios às crianças, não sendo apenas prerrogativa materna, como parece para algumas correntes mais conservadoras.

Faz-se necessário, portanto, ampliar esse conceito para família “estruturante” a qual independente de sua formação possui um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos seus indivíduos.

Desse modo, para que a família exerça a função de cuidadora e contribua efetivamente para a prevenção do uso de drogas entre seus membros, há necessidade do suporte de políticas públicas com vistas à inserção desta, em consonância a crianças e jovens, em atividades de cunho educativo e social<sup>10-13</sup>. Assim, para a consolidação das estratégias de prevenção é preciso combinar também financiamentos de programas inovadores e tecnologias da educação com fins a atender às necessidades de educação local<sup>9-11</sup>.

É na relação direta com a comunidade, que os profissionais das áreas de saúde e educação, em destaque os enfermeiros, mediante parcerias firmadas com as instituições e serviços, poderão investir em ações e diretrizes que promovam o acesso à educação, à saúde e à qualidade de vida da família, no intuito de consolidar estratégias de prevenção do uso de drogas com crianças<sup>10,12,13</sup>.

## CONCLUSÃO

Os estudos evidenciaram que as escolas revelam-se como local estratégico para programas de prevenção ao uso de drogas. Estas, portanto, como instituição formadora tem em si potencial para atualizar a informação científica sobre os tipos de drogas mais consumidas, além de desenvolver ações educativas considerando o contexto social das crianças e adolescentes.

Os artigos trazem que uma família organizada e em harmonia revela-se como um pilar de sustentação contra os fatores de risco relacionados às drogas. Além disso, para trabalhar prevenção do uso de substâncias psicoativas é preciso que a família consolide uma aliança com instituições de ensino e saúde.

A análise dos níveis de evidência científica enfatiza a realização de pesquisas como estudos experimentais ou quase-experimentais sobre a prevenção do uso de drogas voltadas à crianças. Estes estudos poderão se consolidar como referências para atuação dos profissionais de saúde e educação, bem como a fundamentação de políticas públicas para as práticas efetivas de prevenção das drogas. Os resultados vislumbraram, por fim, que os profissionais de saúde e de educação devem participar de foma ativa na elaboração de instrumentos que se consolidem como efetivos na prevenção do uso de drogas voltadas às crianças.

## REFERÊNCIAS

1. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília (Brasil): SENAD; 2009.
2. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.
3. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº. 24. Saúde na Escola. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.
4. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. Cien Saude Colet [Internet]. 2009 novembro [citado em 2012 Ago 22], 14(1):267-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a33v14n1.pdf>

5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 dezembro [citado em 2012 Ago 22], 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
  
6. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.
  
7. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* [Internet]. 1998 [citado em 2012 Out 09], 11(4): 195-206.
  
8. Critical Appraisal Skills Programme [internet]. 1993 [citado em 2012 Nov 5], Disponível em: <http://www.casp-uk.net/about-casp/>
  
9. Belgrave FZ, Reed MC, Plybon LE, Corneille M. The impact of a culturally enhanced drug prevention program on drug and alcohol refusal efficacy among urban African American girls. *J Drug Education* [Internet]. 2004 [citado em 2012 out 19], 34(3) 267-79.
  
10. Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2008 julho [citado em 2012 Ago 22], 4(2). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38673/41520>
  
11. Cho H, Hallfors DD, Iritani BJ, Hartman S. The Influence of "No Child Left Behind" Legislation on Drug Prevention in U.S. Schools. *Eval rev* [Internet]. 2009 [citado em 2012 set 12]; 33(5): 446-63.
  
12. Arias NM, Ferriani MGC. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2010 junho [citado em 2012 ago 23], 18 (Spec): 504-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000700004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000700004&script=sci_arttext)
  
13. Corzo JQ, Márquez DYÁ, Quintero FIM. La drogadicción y su lugar en los procesos pedagógicos ¿Un problema oculto o evidente?. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2011 fevereiro [citado em 2012 set 12], 29(2). Disponível em: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/6350/9366>

14. Marquez ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. Rev Bras Psiquiatr [internet]. 2000 [citado em 2012 out 09], 22 Suppl 2:S32-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3794.pdf>
15. Roldán C. Abuso de sustancias. Propuestas preventivas, detección precoz y abordaje terapéutico. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2003 [citado em 2012 ago 23], 101(6).
16. Botvin GJ. Preventing Adolescent Drug Abuse through Life Skills Training: theory, evidence of effectiveness, and implementation issues. In: Cane J. Social Programs that work. New York: Russel Sage Fundation; 1998. p. 225-57.
17. Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: empirical findings and future directions. J Prim Prev [internet]. 2004 outubro [citado em 2012 nov 19], 25(2): 211-32. Disponível em: <http://www.med.cornell.edu/ipr/PDF/Botvin-Griffin-2004-JPP.pdf>
18. Clarke A. The sociology of healthcare. Londres: Pearson Education; 2010 [Internet]. [citado em 2013 jan 7]. Disponível em: [http://www.amazon.co.uk/Sociology-Healthcare-Prof-Alan-Clarke/dp/1405858494#reader\\_1405858494](http://www.amazon.co.uk/Sociology-Healthcare-Prof-Alan-Clarke/dp/1405858494#reader_1405858494)

4.2 ARTIGO ORIGINAL: (HI)Estórias que as crianças contaram: representação social das drogas

## **(HI)ESTÓRIAS QUE AS CRIANÇAS CONTARAM: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS DROGAS**

### **STORIES THAT CHILDREN TOLD: SOCIAL REPRESENTATION OF DRUGS**

**Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro**  
Universidade Federal de Pernambuco

**Luciana Pedrosa Leal**  
Universidade Federal de Pernambuco

**Iracema da Silva Frazão**  
Universidade Federal de Pernambuco

#### **Resumo**

O presente estudo buscou compreender as representações das drogas para crianças em idade escolar a partir do seu contexto social. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado numa escola municipal em Camaragibe/PE, com 21 crianças com idades entre 8 a 10 anos. Na coleta de dados utilizou-se o desenho-estória, cujas narrativas foram processadas pelo Software ALCESTE e analisadas à luz da Teoria da Representação Social. Como resultado, gerou seis classes: 1. Droga vinculada ao proibicionismo; 2. Representação das drogas a partir de vivências práticas, sofrimento e perdas; 3. Representação da ilegalidade e das consequências penais do uso das drogas, com ênfase na maconha; 4. Drogas no contexto da família; 5. A droga como causa de morte violenta/criminal e 6. Representação da autodestruição e reprovação das drogas. Conclui-se, a necessidade de formulação de estratégias de educação em saúde na perspectiva de consolidar programas de prevenção ao uso de drogas.

Descritores: Criança. Drogas ilícitas. Educação em saúde. Enfermagem. Prevenção Primária

---

Corresponding author:

Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS)/UFPE, Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Bl. A anexo ao Hospital das Clínicas da UFPE. Recife-PE. Brasil. E-mail: natycarvalho7@hotmail.com

## **Abstract**

This study aims to understand the representations of the meaning drugs to school children from their social context. Qualitative study, descriptive and exploratory, held in a school hall in Camaragibe/PE, with 21 children aged 8-10 years. Data collection was through the procedure story-design and analysis by software ALCESTE. As a result, this led to six classes, discussed the Theory of Social Representation: 1. Drugs linked to prohibition; 2. Meaning of drugs from practical experiences, suffering and loss; 3. Representation of lawlessness and criminal consequences of using drugs, with emphasis on marijuana; 4. Drugs in the family context; 5. The drug as a cause of violent death /criminal and 6. Representation of self-destruction and failure of drugs. We conclude, therefore, the need to formulate strategies for health education in the perspective of consolidating programs to prevent drug use.

Keywords: Children. Illicit drugs. Health education. Nursing. Primary Prevention

## **Introdução**

Drogas correspondem às substâncias psicoativas que atuam no cérebro modificando a sensibilidade, modo de pensar e, muitas vezes, de agir (Santos et al., 2011). O comportamento dos jovens é, em grande parte, ocasionado pelas pressões psicológicas e sociais pelas quais estão passando. Frente a tal realidade, estes não apenas iniciam cada vez mais cedo o uso de drogas, como também revelam um consumo maior e casos de dependência precoce (Brasil, 2006). Em 2004, constatou-se que na faixa etária de 10 a 12 anos de idade, 12,7% dos estudantes Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, haviam feito uso na vida de drogas. A porcentagem de drogas psicotrópicas em geral (exceto álcool e tabaco) por faixa etária nas capitais observou-se que em Recife 8,4% destes haviam feito uso (Brasil, 2009).

Tal situação se tornou uma preocupação sociopolítica e grave problema de saúde pública, afetando família, escola, comunidade e sociedade. Isto prevê a necessidade de

implementar ações de prevenção considerando a criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento.

A educação em saúde revela-se como um recurso para a atuação dos profissionais da saúde na perspectiva do combate ao uso de drogas com crianças em idade escolar. Esta estratégia propõe em seu processo de ensino-aprendizagem a valorização dos conhecimentos científico e popular, considerando o aprendiz como sujeito ativo e responsável pelas transformações das práticas de atenção à sua saúde (Machado and Wanderley, 2013).

Diante desta perspectiva, é fundamental conhecer a teoria de senso comum construída pelas crianças sobre drogas para que este diagnóstico possa subsidiar práticas de educação em saúde voltadas ao combate do uso destas. A Teoria da Representação Social proposta por Moscovici (1978) surge como uma ferramenta para alicerçar este diagnóstico. A partir dela, a representação das drogas pode ser compreendida como forma de conhecimento elaborada advinda do meio social em que estas crianças se inserem, objetivando, assim, a criação de ações de prevenção que atendam a realidade deste determinado grupo social.

De acordo com Moscovici (2011), representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas, sobretudo em reconstituí-lo, retocá-lo, modifica-lo. A potencialidade para criar e transformar a realidade social e o processo criativo de elaboração cognitiva e simbólica que serve de orientação ao comportamento humano confere às representações sociais uma dinâmica que as diferenciam, de acordo com os conjuntos sociais que as elaboram e utilizam (Jodelet, 2001).

A dimensão do campo da representação implica imagens, modelos sociais e hierarquias que abarcam o espectro da representação com valores que a informam. A atitude exprime a posição, o afeto e a tomada de decisão em relação ao objeto representado, ou seja, as pessoas se informam e representam alguma coisa somente depois de terem tomado uma posição (Arruda, 2002).

Para que estas crianças possam adquirir uma consciência crítica, com a determinação de uma atitude de negação frente às exposições ao uso de drogas, este estudo tem como objetivo compreender as representações das drogas para crianças em idade escolar a partir do seu contexto social.

## **Metodologia**

O estudo é do tipo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado numa Escola Municipal localizada em Camaragibe, Região Metropolitana do Recife/PE. Os participantes foram 21 crianças que se encontravam na faixa etária dos 8 aos 10 anos e que estavam cursando o 3º ano do ensino fundamental. A escolha desta faixa etária se fundamenta nas fases de desenvolvimento infantil propostas por Piaget, na qual neste intervalo de idade a criança tem capacidade de coordenar suas opiniões, classificar objetos a partir de suas características, assim como de iniciar, ordenar e seriar o pensamento lógico (Fontenele, 2013).

Adotou-se como critério de exclusão do estudo crianças que apresentassem alguma dificuldade para desenhar e/ou contar estórias. A seleção da amostra foi do tipo intencional e por saturação (Fontanella et al., 2011), e atingiu-se a densidade teórica com as entrevistas realizadas.

Os dados foram coletados nos mês de julho de 2013 por meio do procedimento desenho-estória, pois este instrumento de coleta de dados revela-se útil em pesquisas sobre representação social da criança por desvendar tanto as informações que a criança tem do objeto social como seu posicionamento perante o mesmo (Lopes and Park, 2007).

O procedimento de Desenhos-Estórias vem sendo amplamente utilizado em pesquisa por sua simplicidade e adaptabilidade aos diferentes sujeitos e contextos. São necessários apenas lápis, uma folha de papel e o clima emocional adequado para que alguém faça um desenho e conte uma história. A simplicidade, entretanto, é apenas aparente, pois o alcance

científico e a capacidade do instrumento possibilitam uma ampliação da contextualização e uma riqueza de resultados (Trinca, 2012).

Também foram registradas observações em diário de campo, as quais aconteceram espontaneamente, sem rigor teórico, mas com informações que possibilitaram aprofundar o entendimento das histórias. Os registros eram feitos logo após o término da entrevista. Foi aplicado um instrumento semiestruturado para observação e entrevista, além de um questionário socioeconômico e demográfico dirigidos aos responsáveis pelas crianças para caracterização dos participantes da pesquisa.

O percurso metodológico foi executado em etapas onde primeiramente houve aproximação entre a pesquisadora e a equipe técnica da escola e com as crianças. Em momento acordado com a professora e coordenadora, cada criança de forma individual foi convidada para uma sala reservada, entregue a elas papel em branco e um conjunto de canetas coloridas e solicitado que realizasse um desenho livre, depois contasse uma história sobre o desenho a qual foi gravada com gravador de voz digital. Esta etapa foi desenvolvida para familiarização com a técnica e instrumentos de coleta bem como para que não associassem o seu desenho a um processo de avaliação (Sousa, 2010).

A segunda etapa foi a realização do desenho sobre a representação das drogas norteado pela questão: “Desenhe neste papel, o que vem na sua cabeça quando se fala a palavra droga.” e por fim o momento em que a criança contou a história sobre o seu desenho conduzida pela orientação: “Agora, conte a história sobre o seu desenho”. Os relatos foram gravados e transcritos na íntegra após a coleta.

As histórias foram processadas com auxílio do Software Analyse Lexicale par Context d’un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE) versão 2010, gerando classes temáticas expressas por um gráfico, denominado Dendrograma (Classificação Hierárquica Descendente). Este contém o número de unidades de contexto elementares (UCE’s) de cada

classe, que são segmentos de texto classificadas em função de seus vocábulos (Azevedo and Miranda, 2012).

Do total de 21 histórias, apenas uma foi descartada pelo software após geração dos resultados finais, possivelmente pelo ALCESTE eliminar narrativa cuja frequência de palavras seja inferior a três (Ferreira et al., 2010). Entretanto, esta criança, durante as fases de elaboração dos desenhos e narração da história apresentou desempenho coerente, logo não se enquadrando nos critérios de exclusão do estudo.

Como representação, as classes formam um sistema e refletem uma estabilização do conteúdo não comprometendo a totalidade dos resultados (Ferreira et al., 2010). Destaca-se que o ALCESTE é uma ferramenta de auxílio ao pesquisador não substituindo a autonomia e potencialidade de análise, logo, apesar do software ter descartado a entrevista do resultado final, optou-se por analisar a história desvinculada.

As classes foram intituladas e analisadas à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Serge Moscovici (1978), alicerçada pela Ancoragem e Objetivação. A ancoragem está situada no nível dos conceitos, com a função de trazer para categorias as imagens conhecidas, ou ainda, ocorre por meio da inserção do objeto de representação num marco de referência conhecido e, portanto, já dominado. A objetivação está relacionada ao conceito, e tem a função de duplicar um sentido por uma figura, significando a materialização de um objeto abstrato (Wagner and Elejabarrieta, 1994). Estes processos são elucidados pelas etapas de realização dos desenhos nas quais as crianças concretizam a fase de objetivação, e na narração das histórias que caracterizam, por fim, o passo da ancoragem.

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPE (CAAE: 07935413.0.0000.5208). Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis das crianças a coleta de dados foi iniciada. O anonimato dos participantes foi garantido ao

adotar pseudônimos de personagens infantis e celebridades escolhidos pelas próprias crianças.

### **Caracterização dos participantes**

Das 21 crianças, 47,6% eram do sexo feminino e 52,4% masculino e a idade prevalente (66,7%) foi de oito anos. 85,7% dos responsáveis pelas crianças eram as próprias mães e todas possuíam mais de vinte anos. A situação conjugal dos pais demonstrou que 28,6% viviam com o companheiro(a) pai/mãe da criança. Em relação à escolaridade, 33,3% dos responsáveis concluíram o ensino médio. Aproximadamente 10% de analfabetos e nenhum dos responsáveis tinham nível superior.

A maior parte das mães (66,7%) recebiam benefício do governo, contrastando com 52,4% dos pais que possuíam emprego informal. Destas famílias 62% recebiam de um a dois salários mínimos (SM), considerando que o valor do salário na vigência da coleta dos dados era de R\$ 678,00, sendo que 47,6% delas compartilhavam esta renda com quatro dependentes.

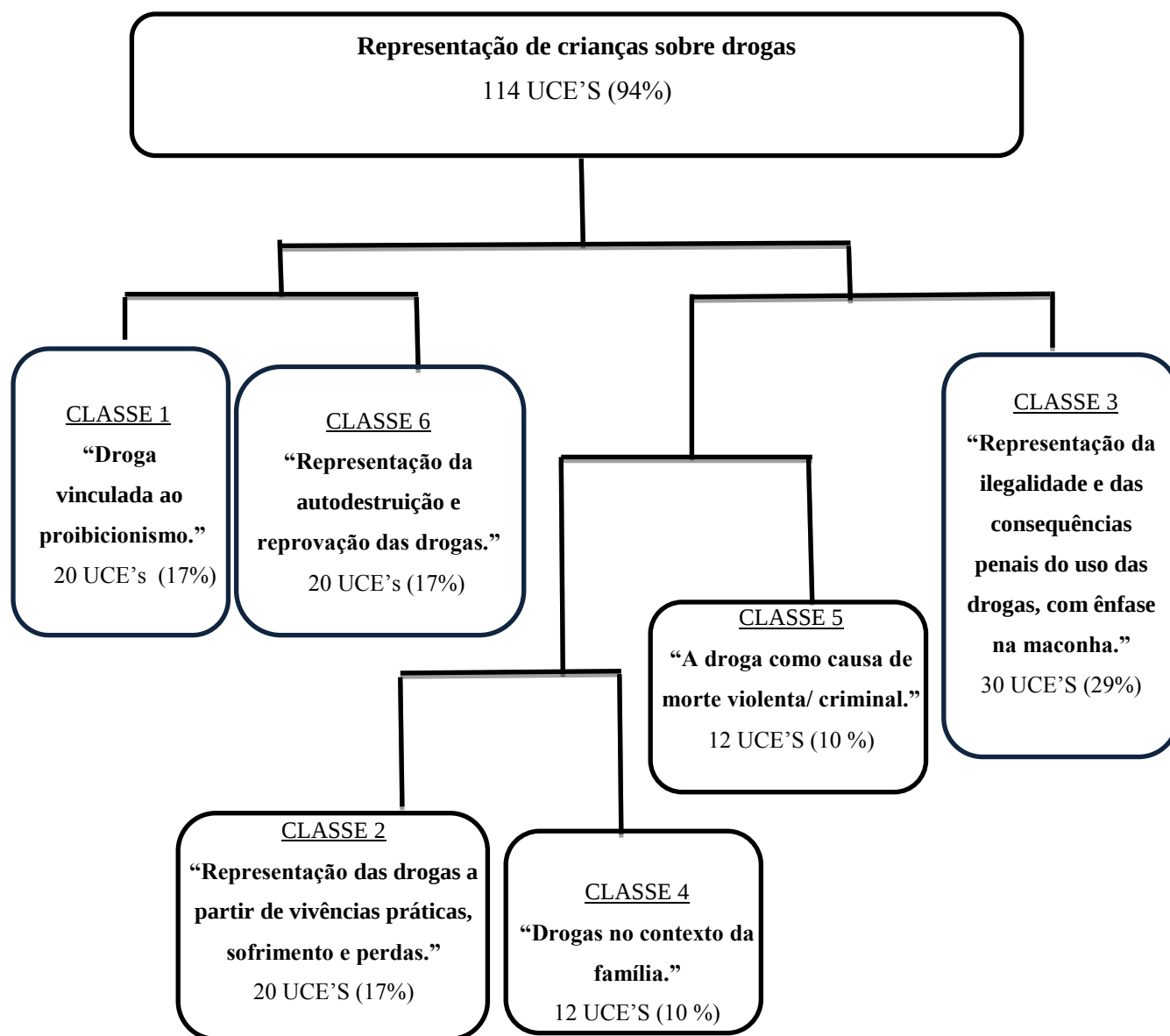
### **Resultados e Discussão**

Ao ser introduzido o corpus de análise no ALCESTE, este gerou um total de 122 UCE's, fragmentos do texto, que corresponde a 100% das narrativas. Entretanto, para construção das classes, considerou um aproveitamento de 94% (114 UCE's).

Para melhor visualização e entendimento do dendrograma, resultado gerado pelo software, foi criado à figura esquemática “Representação de crianças sobre drogas” (figura 1). A classe 6 parte do mesmo bloco temático que a classe 1 gerado pelo ALCESTE, por estas apresentarem sentidos comuns. Dessa forma optou-se por discuti-la primeiramente antes da sequencial que seria a classe 2. Ainda na mesma lógica do sentido de complementariedade, a classe 4 origina-se do mesmo eixo temático que a classe 2, e considerando que classe 4

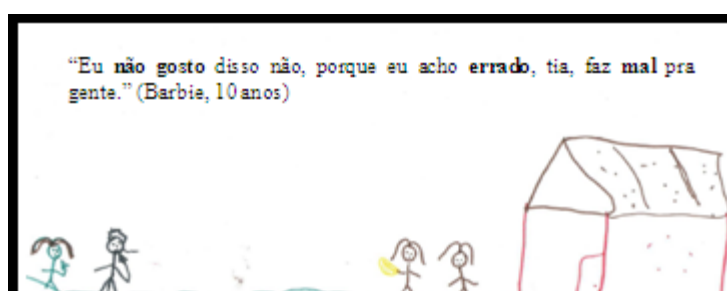
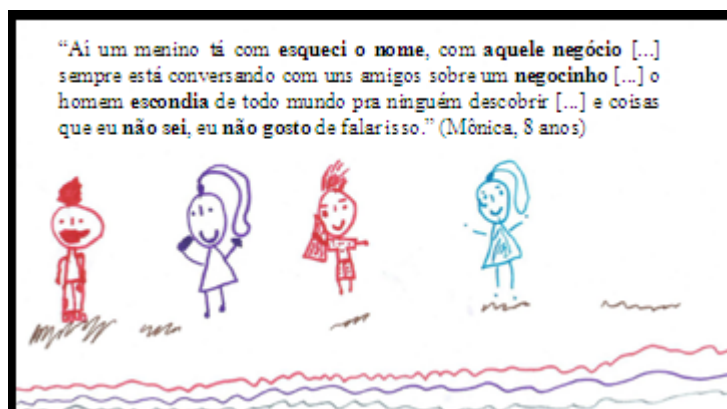
apresenta o discurso de um único sujeito do estudo com palavras de definições familiares, decidiu-se unir as duas classes para discussão, pois ambas trazem as representações a partir de experiências vividas.

Figura 1- Representação das drogas para crianças. Camaragibe/PE, 2013.



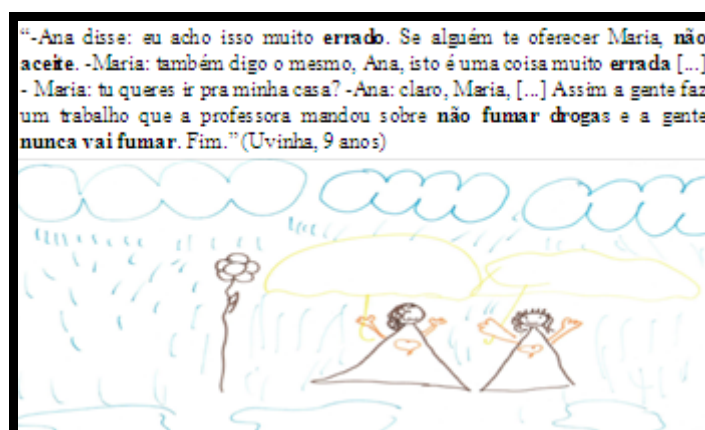
### **Classe 1: Droga vinculada ao proibicionismo.**

As crianças revelam uma percepção do proibicionismo das drogas expressas a partir de termos de negação, da dicotomia entre as concepções do certo e errado, e do medo ou desconforto em falar do assunto.



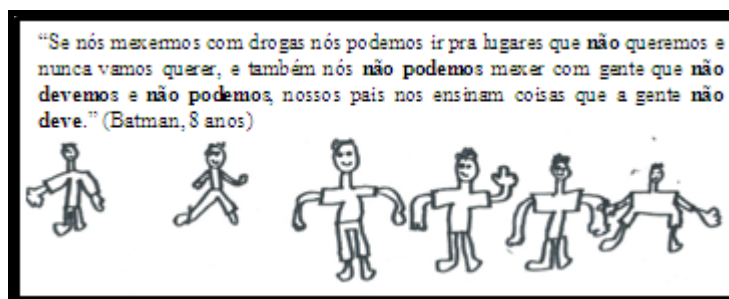
As crianças representaram a figura do usuário e da droga como inaceitáveis, atribuindo em seus valores que a droga se refere ao mal nos indivíduos. A droga para estas crianças é tida como algo temeroso e distante de seu convívio, as quais nem possuem em seu arcabouço de vocabulários palavras que as denominem. Isto confere dizer que no processo de representação social este objeto ainda se encontra na construção de ancoragem, isto é, não apresenta titulação, denominação ou conceito formado.

O trecho a seguir refere-se a estória contada por Uvinha que reproduz um diálogo entre duas amigas.



As crianças ao contarem suas histórias fazem exatamente uma reprodução dos discursos socialmente impostos pelos pais, escola, mídia, entidades religiosas, entre outros. As campanhas de prevenção se utilizam de veículos como televisão, internet, redes sociais, jornais e revistas nas quais em sua maioria foca uma abordagem específica nas drogas, minimizando o contexto que envolve a questão do uso.

O exemplo refere-se ao apelo midiático caracterizado pelo slogan: “*Diga não as drogas*”. Neste panorama, o artifício usado como técnica é a imposição do medo, destacando a dimensão negativa das drogas, de forma que elas passam a ser representadas socialmente como objeto de temor levando as pessoas a optarem por distanciarem-se delas.



As crianças ancoram a visão do proibido a partir da formação transmitida pelos pais em sua educação. A repetição da expressão “não” vinculado ao poder, dever e querer revela o nível de controle dos pais sob as decisões de vida destas crianças, de modo que a obediência destes filhos é reflexo do respeito às autoridades paternas.

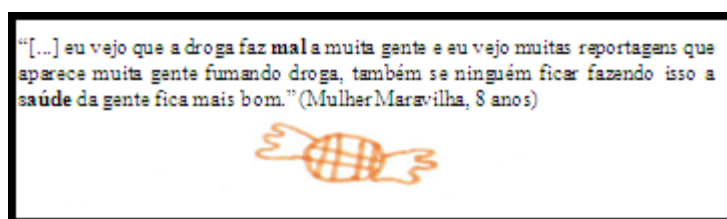
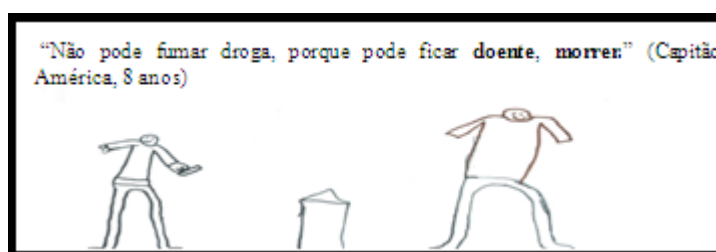
Cabe a preocupação em torno da garantia desta estratégia vinculada ao proibicionismo quanto à decisão destas crianças ao não uso de drogas. Considerando esta perspectiva, a questão das drogas precisa ser compreendida na ótica de que elas não devem ser classificadas a priori como substâncias maléficas, mas sim, como substâncias neutras. É necessário, portanto, valoriza-las, na relação com o homem, na dimensão em que se estabelece o sentido do uso, seja recreacional, medicinal, nocivo, compulsivo, entre outros (Sodelli, 2010).

As crianças em seu processo de objetivação, na atribuição de características específicas do objeto droga, reforçam a perspectiva do distanciamento desta realidade. É

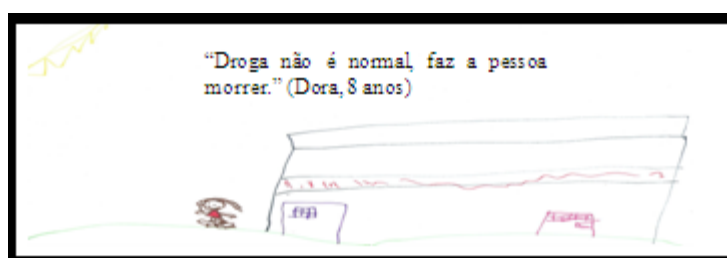
notório que estas não revelam a convivência com a droga no seu contexto social, visto que não apresentam uma definição real deste objeto, nem nos discursos nem nos desenhos. Em sua maioria, reproduziu cenas de coletividade e de amizade.

### Classe 6: Representação da autodestruição e reprovação das drogas

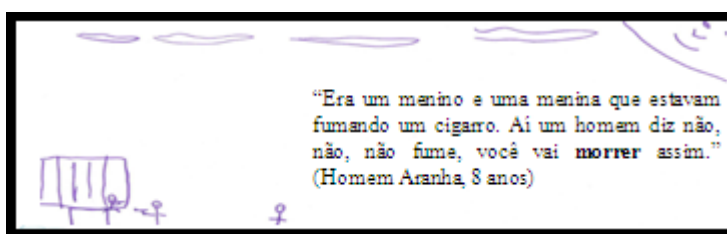
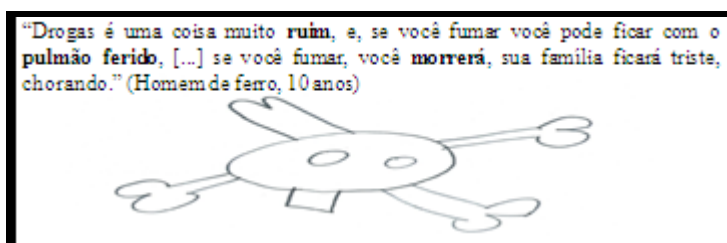
As crianças mostram concepções sobre a desaprovação das drogas, entretanto elas revelam uma maior aproximação com este objeto social, apresentando noções das consequências biológicas do uso de drogas e do poder de autodestruição.



Ao analisar o desenho e a estória da criança cujo dado foi excluído pelo ALCESTE, foi possível perceber que esta representa a droga como morte, o que caracteriza a construção desta classe já elaborada dentre os resultados apontados pelo software, não comprometendo a dimensão crítica dos dados.



Os participantes nesta classe compreendem as drogas como causa de doença e morte. Essa concepção corrobora com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) a qual destaca que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como doença médica crônica e como problema social.

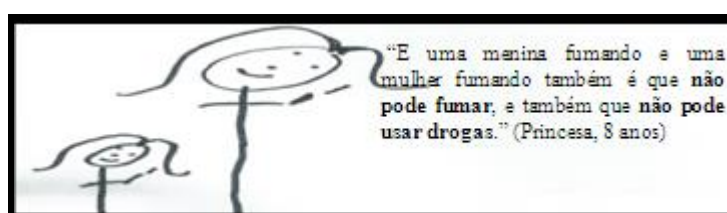
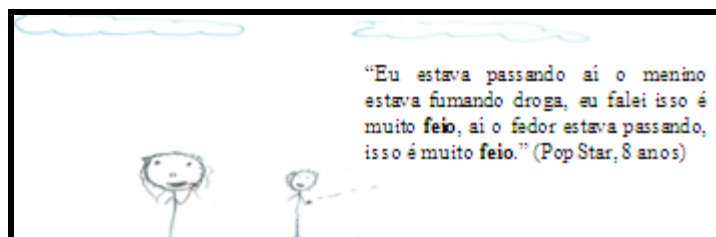


As crianças representam as drogas a partir do campo da saúde, no qual, as drogas e suas consequências são ancorados no conceito biomédico, concebendo uma visão focada no indivíduo e na lógica de que o uso de drogas se configura como uma doença por causar alterações biológicas.

Em contrapartida, a política atual de combate às drogas se pauta, dentre outras estratégias, na Redução de Danos (RD). Esta estratégia tem suas ações focadas na minimização dos danos decorrentes do uso da substância, sem necessariamente ter como objetivo final a completa abstinência da mesma. Nesta perspectiva, a questão do uso e abuso de drogas considera as dimensões orgânica e física, mas também aspectos pessoais, culturais, político, econômicos, sociais e legais que envolvem este fenômeno.

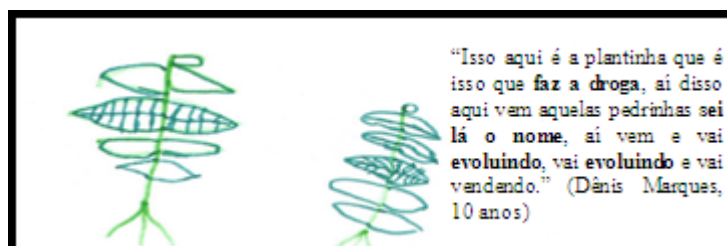
Ainda, as crianças representam as drogas como objeto que elas conhecem, sabem as consequências e, por isso, optam por reprovar. Com sentimentos de repúdio em suas histórias,

nas expressões faciais e nas entonações dos seus discursos, consolidam a imagem negativa vinculada à droga e ao usuário desta. As falas a seguir, trazem a representação das drogas ancoradas nos conceitos que oscilam entre a moral (não pode) e a imagem social (feio).



O fato do próprio sujeito buscar algo nocivo (droga) e se expor repetidamente a situações que acarretam danos costuma provocar raiva e rechaço no seu entorno, ou sentimentos contratransferenciais negativos. Há ainda quem interprete que essas atitudes são dotadas de um cunho autodestrutivo (Kessler, 2009).

*Dênis Marques* mostra em sua fala a representação das drogas a partir do fenômeno da evolução. Revela a peculiaridade do processo de obtenção do produto droga por meio do desenvolvimento da planta. Essa evolução também pode ser caracterizada com base nas modalidades de consumo das substâncias psicoativas, partindo do uso recreacional para condições dependência; ainda, na esfera dos comportamentos de risco, no qual as drogas podem ser usadas como objeto pessoal com fins de conseguir prazer e posteriormente podem avançar na perspectiva de alcance de lucros, com a iniciação de vendas e tráfico. Nesse contexto, a autodestruição consequente do uso das drogas, elencada nesta categoria de análise, revela também em seu caráter intrínseco um processo evolutivo.

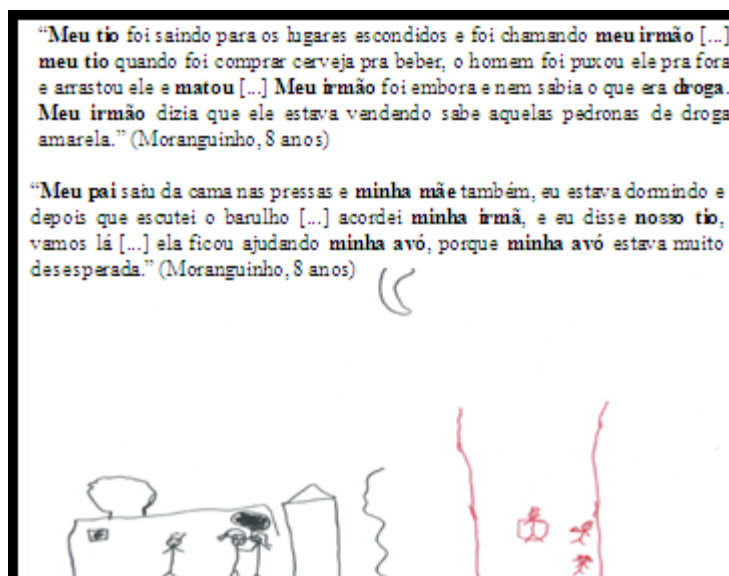


Os desenhos ilustrados pelas crianças revelam a aproximação e a construção da representação das drogas baseados na perspectiva real e não situados na esfera da imaginação. Apresentam em sua maioria, objetos concretos que indicam que as drogas para estas crianças possuem forma e denominação própria. As ilustrações de *Dênis Marques* e *Mulher maravilha* trazem a objetivação das drogas na sua forma mais primitiva como a folha da maconha e a pedra de crack, o que confere inferir que estas crianças ancoram e objetivam as drogas a partir de uma afinidade peculiar em seu contexto social.

O desenho feito por *Homem de ferro* mostra a principal característica dessa classe, ao ilustrar uma caveira, que no imaginário social é interpretado como sinônimo de perigo, ele objetiva a representação de drogas a partir do símbolo da morte e destruição. Tal resultado fundamenta a titulação desta classe como representação da autodestruição e reprovação das drogas.

## **Classe 2: Representação das drogas a partir de vivências práticas, sofrimento e perdas.**

O uso de drogas por um ou mais dos membros da família foi relatado pelas crianças deste estudo associado à ocorrência de violências e rupturas sociais. A droga, nesta classe, é representada como objeto que faz parte do seu contexto, que está presente dentro do seio familiar. As crianças ancoram este fenômeno a partir de representações de sofrimentos, perdas materiais e pessoais, bem como, causadora de desequilíbrio emocional.



A configuração de um ambiente favorável à adoção do consumo de substâncias psicoativas é influenciada por uma série de fatores, sendo a família um dos mais importantes (Mombelli et al., 2010). A falta de suporte parental, o uso de drogas pelos próprios pais e outros familiares, atitudes permissivas dos pais perante o consumo e incapacidade de controlar seus filhos são fatores predisponentes à iniciação do uso de drogas para crianças e adolescentes (Bahr et al., 2005; Arias and Ferriani, 2010).

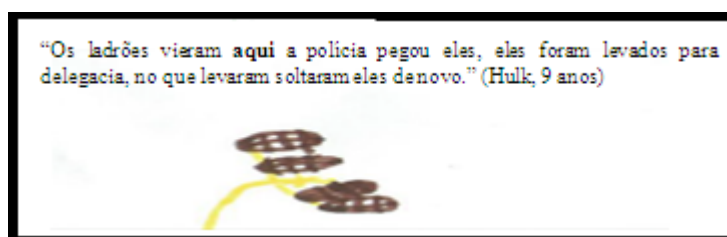
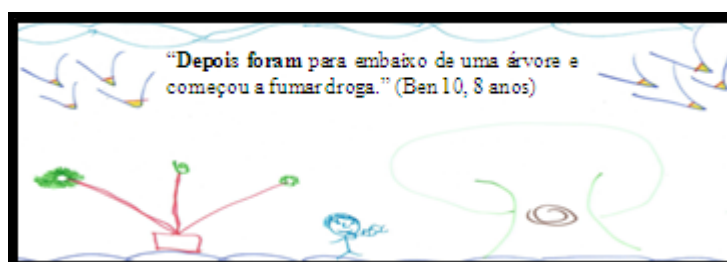
Dentre as crianças, *Moranguinho* revelou-se peculiar por ter antes do início da etapa de coleta de dados solicitado autorização para contar um acontecimento recente vivido que não se relacionava com o desenho e a estória, mas introduzindo aspectos de experiências com as drogas.

“A gente achou um cigarro no chão aí o **irmão** da minha amiga [...] Ele acendeu e botou na boca [...] e ficou fumando, a **irmã** dele disse não faz isso não porque senão vou dizer ao **pai**, ele foi e disse eu faço como eu quiser [...] depois foi meu **primo** que pegou e começou a fazer isso, eu disse a minha **avó** e minha **avó** disse que era pra ele parar porque senão ele nunca mais ia pra casa da minha **avó**.” (Moranguinho, 8 anos)

Diante desses dados, as crianças demonstram conteúdos que vão ao encontro com a literatura, ao revelarem a presença e uso de drogas influenciadas pelo grupo de pares, uma prática que se justifica pela busca de aceitação, novos modelos de conduta, rompimento dos limites, ou até pelo incentivo a novas experiências.

A necessidade de se sentir pertencente ao grupo é anterior à necessidade da droga e esta, conseqüentemente, é vista como facilitadora do vínculo, como fator de inserção no grupo de pares, como meio para a formação de uma imagem e identidade grupal. Ao mesmo tempo, pode funcionar como uma válvula de escape aos conflitos identitários, sociais e familiares. Assim, os grupos de pares vão se construindo, marcados pela filosofia do consumo, numa relação paradoxal de inclusão-exclusão, se não usa drogas, não pertence ao grupo (Oliveira et al., 2010).

Ainda nesta classe, apesar de algumas crianças não terem vivido experiências próprias com as drogas, elas representam este objeto a partir de cenas do uso e suas conseqüências, vistas e presenciadas em seu meio social. É possível depreender que esta parcela da população por possuir baixas condições financeiras, reside em áreas de risco e convivem com situações de exposições e vulnerabilidades do consumo de drogas dentro da própria comunidade.



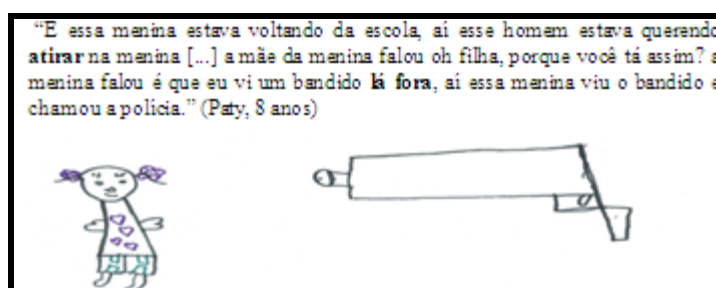
O contato com espaços onde o consumo de drogas é aceitável pode figurar para estas crianças uma oportunidade de também serem aceitas. Elas, portanto, representam uma sociedade permissiva ao uso de drogas, na qual os usuários assim o fazem com a proximidade que se revela embaixo da árvore, com a naturalidade do que é lícito e impune.

Nos desenhos, a droga é representada não como objeto com forma e traços específicos, mas objetivada como responsável pela morte, dor e tristeza. *Hulk* e *Ben 10* ambos apresentam em comum nos seus desenhos a droga na forma bruta (folha). *Hulk* traz ainda o uso fumado a partir da planta. Estas crianças apresentam um contato tão próximo com as drogas que as objetivam desde a matéria prima até o produto final pronto para o consumo, o que denota que estes representam as drogas a partir de experiências próprias vividas ou presenciadas.

### **Classe 5: A droga como causa da morte violenta/criminal.**

As crianças do presente estudo representaram as drogas em seus desenhos e histórias envolvendo ações da criminalidade, ancoradas a partir do referencial de violência e morte. Fato que é possível remeter ao contexto no qual as mesmas estão inseridas, em que vivenciam situações semelhantes, seja ouvindo dos adultos ou por meio da mídia que constantemente aponta tais situações.

A representação da morte pode ser entendida ou como consequência da violência gerada pela dependência, na qual os usuários se submetem a situações como roubos e brigas em busca da droga, ou até pelo próprio envolvimento com o tráfico.



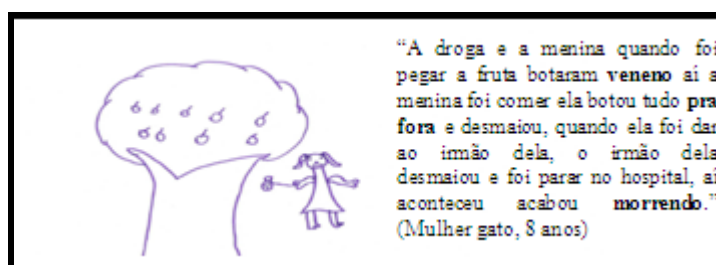
“Foi quando o homem arrasta ele da casa e bota ele **pra fora** e **mata** ele.”

(Moranguinho, 8 anos)

Diante deste cenário, cabe uma reflexão acerca da ligação estabelecida por estas crianças entre drogas e violência, e como elas representam esta relação de causalidade. O uso de drogas comumente está vinculado à violência/criminalidade pela concepção de serem elas geradoras do ato criminoso e não uma consequência, fato que denuncia uma visão simplista do fenômeno e a existência de preconceitos envolvendo principalmente os jovens de camadas sociais menos favorecidas. Assim, o próprio uso das drogas aponta para uma abordagem sensível, uma vez que esta geralmente é consequência de diversas formas de violência e não apenas causa da mesma (Canavez et al., 2010).

De outro modo, o consumo das drogas pode sim ser gerador de criminalidade, pois os gastos com a dependência são altos e o mundo do crime passa a ser uma opção rápida para a obtenção de recursos financeiros, principalmente para os drogadictos de baixo poder aquisitivo. Na ânsia de adquirir droga, o dependente passa a praticar pequenos delitos para pagar dívidas assumidas com o uso dessas substâncias entorpecentes (Melo et al., 2011).

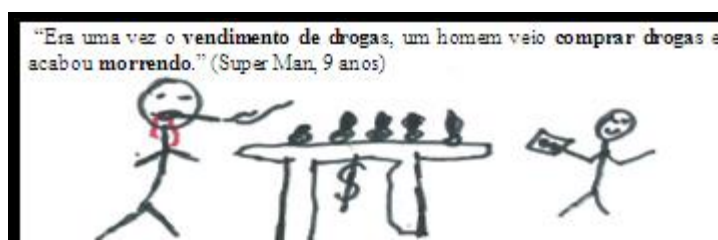
Ainda nesta classe, as drogas foram representadas como veneno o que pode ser traduzido como algo que é ruim ou como os próprios sofrimentos consequentes do abuso das drogas que se acumulam no indivíduo como sentimentos negativos. Ao expressarem as drogas como veneno em suas representações, as crianças ancoram também em suas ideias o usuário de drogas como sujeitos cujas ações são moralmente condenadas.



Nos desenhos feitos pelas crianças, em consonância as suas histórias, de fato elas representam as drogas objetivadas em cenas de violência com armas, da morte propriamente e de algo que é ruim traduzido como veneno, caracterizando, assim, que drogas significam objetos que figuram risco à vida de quem se envolve com elas.

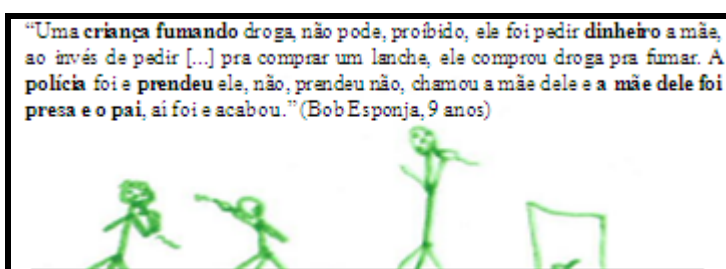
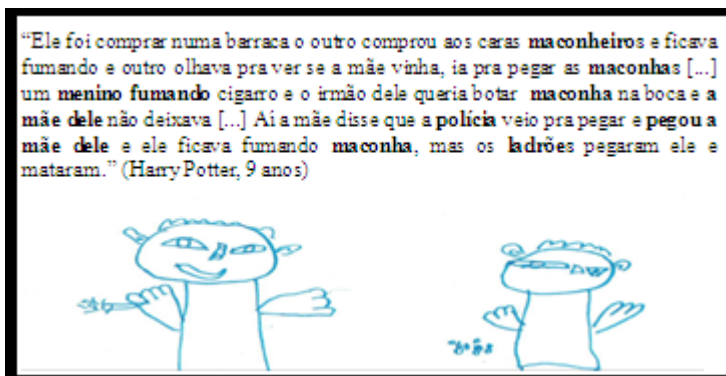
### **Classe 3: Representação da ilegalidade e das consequências penais do uso das drogas, com ênfase na maconha.**

Esta categoria se consolida a partir da representação apresentada pelas crianças associando as drogas ao contexto do tráfico. Este fenômeno é ancorado como responsável por ações violentas e ilícitas.



“Era uma vez que isso aqui era um pé de droga, aí tinha dois homens que eram viciados em droga, eles estavam vindo pra pegar essa droga pra **vender ou usar**, a **polícia** veio aqui e cercou a área.” (Hulk, 9 anos)

Tal concepção pode estar ancorada na constatação de que o tráfico revela-se cada vez mais fácil e atraente para os indivíduos de condições socioeconômicas desfavorecidas em razão das dificuldades para adquirir empregos sem instrução ou experiência, da impossibilidade de ascensão social ou de aquisição de dinheiro de forma rápida e em grande quantidade. Diante das histórias, apesar destas crianças revelarem estar inseridas num meio em que o tráfico se faz presente, estas demonstram a consciência dos perigos inerentes a este envolvimento e que não o representam como uma prática normal.



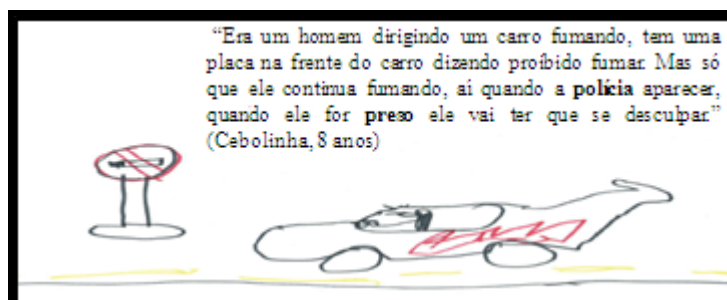
A partir destas histórias, é possível perceber que algumas crianças configuram o tráfico com poder legítimo em seu espaço capaz de envolver não apenas adultos, mas acessível precocemente a crianças e adolescente. Representada também por meio da pressão econômica exercida na necessidade de comprar a droga para o próprio consumo, o que impulsiona, na visão destas crianças, os sujeitos a praticarem atos considerados proibidos, de cunho repressivo por parte da polícia e violentas por quem domina o meio do tráfico.

As crianças trazem noções acerca da problemática que envolve as consequências do abuso de drogas, contemplando em suas histórias a responsabilidade civil dos pais pelos danos causados por seu filho menor. Diante disso, revela-se de certo modo a representação do julgamento social dos pais como responsáveis pelas condutas desviantes dos filhos, afinal a sociedade espera que os frutos da educação sejam filhos corretos, sob controle e vigilância e que estes não causem danos à comunidade.

O consumo de drogas é um fenômeno socialmente interpretado a partir de valores que retroalimentam a intolerância aos usuários de drogas e incentivam sua discriminação, à

medida que a responsabilidade e a culpabilização pelo uso recaem sobre o usuário e sua família (Bugarin and Ferriani, 2011).

“E essa **polícia prendeu** o bandido e ele pegou um monte de anos na **prisão**.” (Paty, 8 anos)



As crianças ancoram nesta classe a questão das drogas como símbolo da insegurança na sociedade, neste contexto, o abuso é representado na esfera criminal com a polícia como principal combatente e cuja penalidade que se aplica é a prisão. Esta representação das drogas se justifica talvez por cenas presenciadas por tais crianças nas quais as autoridades legais e policiais agem com punição imediata e até encarceramento, sem ao menos identificar as especificidades de cada indivíduo.

“A babá não sabia pegou e mandou a criancinha ir, quando é depois a criancinha pegou e estava **fumando maconha** também e pronto.” (Barbie, 10 anos)

Nas histórias contadas houve apenas uma menção ao álcool, o que para tal grupo esta bebida pode não ser considerado uma droga. O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil só é legalmente permitido para maiores de 18 anos de idade, no entanto, não há efetividade no cumprimento desta Lei e crianças e adolescentes podem facilmente comprar bebidas alcoólicas (Romano et al., 2007). Considerando tal premissa, as crianças revelam representações de que pelo álcool ser uma substância com status de legalidade, este é

socialmente aceito e consumido, e que, portanto, as drogas se ancoram na concretude do fumar.

As crianças demonstraram ênfase na maconha o que denota que esta é a droga ilícita de mais fácil acesso e presente em seu contexto social. No âmbito em questão, a maconha aparece como a substância psicoativa que expõe estas crianças, bem como os jovens de sua comunidade, ao contato com o mundo ilícito, além de ser esta a responsável por despertar o interesse em experimentar novas sensações.

Nos desenhos as crianças representam as drogas objetivadas no tráfico. Para elas esta prática é considerada como crime e por isso traduzida como não aceitas, como retratado no desenho de *Cebolinha* ao objetivar uma figura semelhante à placa de trânsito socialmente interpretada como proibido. Em se tratando de crime, estas objetivam que em grande parte dos casos o uso da violência é necessário para o alcance das metas.

Para estas crianças a prática do tráfico de drogas se revela como meio de obtenção de lucros, retratado com clareza pelo desenho de *Super Man*, objetivada no símbolo do cifrão (dinheiro).

Os dados desta classe na qual a droga foi representada na concretude do fumar com ênfase na maconha, os desenhos de *Harry Potter*, *Bob Esponja* e *Barbie* trazem a objetivação do abuso destas substâncias por meio do fumo, assim obtido pela planta *Cannabis sativa* como ilustrado por *Hulk*.

## **Conclusão**

Os resultados revelam que drogas para estas crianças têm representação real, concreto e presente em seu contexto social. Apesar destas representarem as drogas como objetos proibidos, responsável por sofrimentos, ancoradas nas consequências biológicas, violentas e penais do envolvimento com estas substâncias, é preciso considerar que tal exposição predispõe este grupo à vulnerabilidade do uso.

A necessidade de implementação de estratégias de educação em saúde como ferramenta para a prevenção do uso de drogas, permitindo que estas crianças empoderadas do conhecimento, dos meios de negação, bem como dos fatores de risco, possam decidir por não fazerem o uso destas substâncias.

## **Referências**

Arias NM, Ferriani MGC (2010) Protective factors for preventing the use of drugs in the families of a Colombia locality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18(no.spe): 504-12.

Arruda A (2002) Novos significados da saúde e as representações sociais. *Cadernos de Saúde Coletiva* 10(2): 215-27.

Azevedo DM, Miranda FAN (2012) Teoria das representações sociais e ALCESTE: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. *Saúde e Transformação Social* 3(4): 04-10.

Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X (2005) Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention* 26 (6): 529-51.

Brasil (2006) Ministério da justiça do Brasil. Artigo Científico. O papel da escola e do professor na prevenção das drogas do professor na prevenção das drogas. Brasília.

Brasil (2009) Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD.

Bugarin TTS, Ferriani A (2011) A responsabilidade civil dos pais pelos atos ilícitos cometidos pelo filho menor e a responsabilidade subsidiária e mitigada do menor. In: Artigos premiados da 20º Encontro de Iniciação Científica da PUC/SP: Desafios Contemporâneos na Prática Científica. Available at: [http://www4.pucsp.br/iniciacaocientifica/21encontro/artigos-premiados 20ed/TOMAS\\_TENSHIN\\_SATAKA\\_BUGARIN.pdf](http://www4.pucsp.br/iniciacaocientifica/21encontro/artigos-premiados%20ed/TOMAS_TENSHIN_SATAKA_BUGARIN.pdf) (accessed 20 june 2013)

Canavez MF, Alves AR, Canavez LS (2010) Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. Cadernos UniFOA 14: 57-63.

Ferreira OGL et al. (2010) O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Revista Escola de Enfermagem da USP 44(4): 1065-9.

Fontenele FCF et al. (2013) As contribuições da teoria de Piaget para a numeralização Infantil. In: Anais do XI Encontro Nacional de Educação Matemática. Available at: [http://sbem.bruc.com.br/XIENEM/pdf/2647\\_1202\\_ID.pdf](http://sbem.bruc.com.br/XIENEM/pdf/2647_1202_ID.pdf) (accessed 30 september 2013).

Fontanella BJB et al. (2011) Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saúde Pública 27(2): 389-94.

Jodelet D (2001) Representações sociais: um domínio em expansão. Rio de Janeiro: EDUERJ, pp.17-44.

Kessler F (2009) Do “acaso” do uso de drogas ao “descaso” dos comportamentos de risco. Revista de Psiquiatria 31 (3): 135-7.

Lopes ESL, Park MB (2007) Representação Social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. Estudos de Psicologia 12(2), 141-8.

Machado AGM, Wanderley LCS (2013) Educação em Saúde. Available at: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf) (accessed 23 june 2013).

Melo MCB, Barros EM, Almeida AMLG (2011) A Representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do Município do Jaboatão dos Guararapes. Ciência e Saúde Coletiva 16 (10): 4211-20.

Mombelli MA, Marcon SS, Jaquiline B (2010) Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. Revista Brasileira de Enfermagem 63 (5): 735-40.

Moscovici S (2011) A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar.

Moscovici S (2003) Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes.

Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC (2010) A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 4 (12): 9-23.

OMS. Organização Mundial da Saúde (2001) Transtornos devido ao uso de substâncias. In: Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, organizadores. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil, pp. 58-61.

Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R (2007) Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde* 41 (4): 495-501.

Santos EO, Oliveira MFSS, kauark, FS, Manhães FC (2011) Abordagem sobre a prevenção das drogas no contexto escolar. *Revista Científica Internacional* 4(17): 18-40.

Sodelli M (2010) A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência e Saúde Coletiva* 15(3): 637-44.

Sousa VJ (2010) Simbolismo da amamentação para criança em idade escolar. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

Trinca W (2012) Walter trinca e a pesquisa de modelos globais da mente. *Psicanálise Compreensiva: Uma concepção de conjunto* (2011) São Paulo: Vetor. Resenha de: Migliorini WJM, Rosa HR. *Boletim de Psicologia* LXii(136): 103-5.

Wagner W, Elejabarrieta F (1994) Representaciones sociales. In: Morales F (eds ) Psicología social. Madrid: Mcgraw-Hill, pp. 815-39.

### **Biografia dos Autores**

Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, em Recife. Seus interesses profissionais atuais correspondem ao prosseguimento na profissionalização rumo ao doutorado.

Luciana Pedrosa Leal, docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, em Recife. Seus interesses de pesquisa envolvem a saúde da criança.

Iracema da Silva Frazão, docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, em Recife. Seus interesses de pesquisa envolvem a problemática das drogas e a saúde mental.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação social de crianças em idade escolar sobre drogas mobilizou uma série de informações, valores e atitudes que estas já possuíam para tentar adaptar este objeto à sua realidade sócio-afetiva e cognitiva. As crianças ressignificaram as drogas por aproximações e comparações com outros objetos mais familiares. Este processo foi possível de ser identificado pelos desenhos realizados por elas que elucidou a fase de objetivação, na qual as crianças puderam dar sentido ao objeto, ancorando-o nos sistemas de referências que já possuíam.

Concomitante a este processo, as crianças também foram modificando suas estruturas para se adaptar melhor a este objeto (drogas), de forma que estas precisaram rever os seus conceitos e valores sobre a representação das drogas e reinterpretaram informações antes tidas como verdadeiras. Este movimento da construção do sentido se concretizou a partir das narrativas dos desenhos.

A conclusão do artigo de revisão integrativa da literatura revelou lacunas de artigos com rigor metodológico realizados com crianças na perspectiva da prevenção do uso de drogas, tais resultados reforçaram a necessidade da realização deste estudo, bem como de novas pesquisas como estudos experimentais ou quase experimentais na temática em questão, especialmente com o público infantil.

Nesta perspectiva, para que este estudo possa subsidiar estratégias de educação em saúde direcionadas ao combate do uso das drogas foi preciso primeiro compreender qual o senso comum das drogas para esse público-alvo. Afinal, a teoria da RS mostrou claramente o que foi aprendido socialmente pelas crianças em idade escolar sobre drogas, a partir das suas relações e dos contextos sociais.

Para a Enfermagem, este estudo trouxe relevantes contribuições por permitir que a assistência prestada às crianças, especialmente na perspectiva da prevenção, possa abranger uma atuação profissional concisa, coerente e de qualidade no âmbito da prevenção do uso de drogas. A partir destes resultados, a Enfermagem avança e conquista uma atuação baseada em evidência.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Justiça do Brasil. OBID. Observatório brasileiro de informações sobre drogas [homepage na Internet]. [acesso 2012 Junho 13]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Elaboração de proposta para normalização de serviços de atenção a transtornos por uso e abuso de substância psicoativa: exposição de motivos. Brasília. 1998:17. Mimeo.
3. Bordin S, Grandi CG, Figlie NB, Laranjeira R. Sistemas diagnósticos em dependência química – conceitos básicos e classificação em geral. In: Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, Brasília, 2003.
5. Roehrs H, Lenardt MH, Maftum MA. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. Esc Anna Nery. 2008 Jun; 12 (2): 353 - 7.
6. Marquez ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 (supl 2): 32-6.
7. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD; 2009.
8. Vasters GP, Pillon SC. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment Adherence and dropout. Rev Lat Am Enfermagem. 2011 Mar-Apr; 19(2): 317-24.
9. IBrajević-Gizdić I, Mulić R, Pletikosa M, Kljajić Z. Self-Perception of drug abusers and addicts and investigators' perception of etiological factors of psychoactive drug addiction. 2009; 33(1).
10. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. J Adolesc Health. 2008; 43: 157–164.
11. Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: promoção da Saúde. Esc Anna Nery. 2008 Set; 12 (3): 555-9.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº. 24. Saúde na Escola. Brasília, 2009.
13. OMS. Organização Mundial de Saúde. Comissão de especialistas em educação em saúde da Organização Mundial da Saúde. Washington, 1954.
14. Brasil. Ministério da Saúde. IEC/FIOCRUZ. Promoção da saúde. Declaração de Alma-

- Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília, 2001.
15. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.
  16. Sloboda Z. Programa de prevenção ao uso de drogas em escolas dos EUA. In: Pinsky I, Bessa MA, organizadores. Adolescência e drogas. São Paulo (SP): Contexto; 2004: 106-21.
  17. De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly*. 2008 Nov; 138(43-44):621-8.
  18. Pate CM. Phenomenon development from practice to research. *Nurs Sci Q*. 2011 Oct; 24(4):331-6.
  19. Oelofsen N. Using reflective practice in frontline nursing. *Nurs Times*. 2012 Jun; 108(24):22-4.
  20. Silva SED, Camargo BV, Padilha MI. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2011 Set-Out; 64(5): 947-51.
  21. Moscovici S. *La psychanalyse son image et son publique*. Paris: Presses Universitaires de France; 1981.
  22. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p.17-44.
  23. Vieira JCM. Educação em saúde com abordagem transcultural: o padrão alimentar do idoso indígena [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde. Recife; 2013.
  24. Farr RM. Representações sociais: a teoria e sua história. In Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representação social*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994. p. 31-62.
  25. Moscovici S. *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro (RJ): J. Zahar; 1978
  26. Lopes KJC. A representação social do enfermeiro em suas ações de assistência, na visão do usuário atendido na Atenção Primária à Saúde, no Programa Saúde da Família, Capelinha, MG [trabalho de conclusão de curso]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

27. Leonello VM. Competências para a ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007.
28. Guareschi PA. Representações sociais e ideologia. *Rev Cienc Hum.* 2000; 1(1): 33-46.
29. Ferreira MA, Figueiredo NMA, Arruda A. A expressão de gênero nas representações de clientes hospitalizados sobre o cuidar e o cuidado de enfermagem. *Cad Saúde Col.* 2002 jul.-dez; 10 (2):111-23.
30. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. p.7-88.
31. Jovchelovitch S. Representações sociais e a diversidade do saber. In: Os Contextos do Saber Representações, comunidade e cultura. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 78-119.
32. Santos MFS. A Teoria das Representações Sociais. In: Santos MFS, Almeida LM, organizadores. *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais.* Recife (PE): Ed. Universitária da UFPE; 2005.
33. Almeida LM. Representações sociais de violência urbana para policiais civis da cidade do Recife [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Recife; 2011.
34. Silva PL. As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento [dissertação]. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Bahia; 2007.
35. Agra CMM. Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma. Comunicação no Seminário – Droga: Situação e Novas Estratégias. Lisboa, Portugal; 1997.
36. Olievestein C. A infância do Toxicômano. In C. Olievenstein (Org.) *A Vida do Toxicômano.* Rio de Janeiro: ZAHAR Editores; 1983.
37. Noto AR et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cad. Saúde Pública* 2003 jan-fev; 19(1):69-79.
38. Nery-Filho A, Miranda M, Medina MG. Estudo da alcoolemia numa amostra da população urbana de Salvador. *Seminário Internacional: o uso e o abuso de drogas.* CETAD, Bahia; 1995.
39. Carneiro H. Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas. Rio de Janeiro (RJ): Campus/Elsevier; 2005.
40. Escohotado A. *Aprendiendo de las drogas: usos, abusos, prejuicios y desafios.* Barcelona: Editorial Anagrama; 1996.
41. Escohotado A. *Historia de las drogas.* Madrid: Alianza Editorial; 1998.

42. Schultes RE, Hofmann A. Plantas de los dioses: orígenes del uso de los alucinógenos. México DF: Fondo de Cultura Econômica; 2000.
43. Bucher R. O Consumo de Drogas: evoluções e respostas recentes. *Psicol teor pesqui.* 1986 maio-ago; 2(2):132-44.
44. Bertoni LM, Dias AMS, Silva AX. O papel da escola, as representações sociais e o consumo de drogas entre alunas do curso de pedagogia. In: XVI Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino – ENDIPE, 2012, Campina: Universidade estadual de Campinas. Disponível em <http://www2.unimep.br/endipe/2320p.pdf>
45. Lorencini AJR. Enfoque contextual das drogas: aspectos biológicos, culturais e educacionais. In: AquinoJG. (org). *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas.* São Paulo: Summus, 1998.
46. Mello IM. *Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental na Prática.* São Paulo (SP): Atheneu; 2008.
47. Brasil. Ministério da Justiça do Brasil. OBID. Observatório brasileiro de informações sobre drogas [homepage na Internet]. [acesso 2013 ago 27]. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11251&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso)
48. American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington (DC), 1994.
49. Sigfusdottir ID, Thorlindsson T, Kristjansson AL, Roe K, Allegrante JP, Substance use prevention for adolescents: the Icelandic model. *Health Promot Int.* 2009 Mar; 24:16–25.
50. Soares CB. *Consumo contemporâneo de drogas: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva [livre docência].* Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007
51. Zalaf MRR, Fonseca RMGS. Abusing alcohol and other drugs in students' dormitories: knowing it in order to face it. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 ago; 43(1): 132-8.
52. Brasil. SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. 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, 2010: 503 p.
53. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Uso de álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas por estudantes do ensino fundamental e médio de rede pública* In: Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2009.
54. National Institute On Drug Abuse National. Institutes of Health US Departement of Health Human Services. *Tendencias entre los studiantes de la secundaria y otros jóvene*

- [homepage na internet]. [acesso 2013 junho 26] Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/>
55. Sarmiento MJ. As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade. In Sarmiento MJ, Cerisara AB, Organizadores. Crianças e miúdos. Perspectivas sócio-pedagógicas da Infância e Educação. Porto: Asa; 2003: 9-34.
  56. Fávero MF. Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
  57. Silva SCS. Famílias de risco, Crianças de risco? Representações das crianças acerca da família e do risco [Dissertação]. Portugal: Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança; 2009.
  58. Araldo AFA. Sobre Voltas e Abandonos: Literatura Infantil/Juvenil, reprodução e renovação de valores sociais [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2011.
  59. Guiaqueto A. Caminhos para atenção à infância e adolescência no Brasil: as políticas sociais e as legislações. In Revista Àgora: Políticas Públicas e Serviço Social. 2006: 2(4). Disponível em: <http://www.assistentesocial.com.br>.
  60. Azevedo MM. O código Mello Mattos e seus reflexos na legislação posterior [homepage na internet]. [Acesso em 2013 ago 2] Disponível em: [http://www.tjrj.jus.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=b2498574-2cae-4be7-a8ac-9f3b00881837&groupId=10136](http://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=b2498574-2cae-4be7-a8ac-9f3b00881837&groupId=10136).
  61. UNICEF. Fundações das Nações Unidas para a Infância. A infância brasileira nos anos 90. Brasília: 1998; 152p.
  62. Ramidoff ML. Estatuto da criança e do adolescente 19 anos de subjetivações. Rev Minist Públ [internet]. 2009 dez; 16: 13-32. Disponível em: [http://www.mp.ma.gov.br/arquivos/biblioteca/publicacoes\\_institucionais/2517\\_2009.pdf#page=13](http://www.mp.ma.gov.br/arquivos/biblioteca/publicacoes_institucionais/2517_2009.pdf#page=13)
  63. Estatuto da Criança e do Adolescente. Centro de Documentação e Informação. Cedi. Coordenação Edições Câmara – Coedi. Brasília (DF): 2010.
  64. Moreira LA, Nagem RL. Drogas e prevenção: o que crianças de 9 a 11 anos querem saber? III Seminário Nacional de Educação Profissional e Tecnológica. SENEPT. Belo Horizonte (MG): 2010. Disponível em <http://www.senept.cefetmg.br/permalink/d84ec608-77d3-11df-9034-001e4f1ef15c.html>
  65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, 2007.
  66. Menezes ES. Da informação à formação para a autonomia: o olhar do adolescente sobre a prevenção das DST/AIDS [dissertação]. Belo horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

67. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface*. 2004; 8(15): 259-74.
68. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
69. Rozário OS, Zagonel IPS. Proposta de cuidar com enfoque educativo às mães em aleitamento materno. *Rev. bras. enferm.* 2000; 53(3): 401-409.
70. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15( supl 2): 177-85.
71. Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: \_\_\_\_\_ (Organizador), Alves LP. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville: Univille, 2007.
72. Vasconcelos M. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. *Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon; 2009. 70 p.
73. Silveira GT. *Escola promotora de Saúde: quem sabe faz a hora!* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo; 2000.
74. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9(16): 39-52.
75. Campos FC et al. Representações cotidianas sobre o consumo de drogas: um estudo entre jovens de Santo André, SP, Brasil. *Saúde e Transformação Social*. 2013; 4(2): 66-77.
76. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
77. Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em Saúde [homepage na internet]. [acesso em 2013 junho 23]. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf)
78. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
79. Felipe GF. *Educação em Saúde em Grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2011.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais*. Brasília; 2010. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

81. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Brasília; 2012.
82. Venâncio CCR. Saúde Infantil: o papel da escola na sua promoção [monografia]. Porto Velho: Fundação Universidade Federal de Rondônia; 2009.
83. Fonseca MS. Como prevenir o abuso de drogas nas escolas? *Psicol Esc Educ*. 2006 dez; 10(2): 339-41.
84. Ribeiro MCBCM, Santos AMXM. Drogas: a palavra é prevenção. In: VIII Congresso Nacional de Educação- EDUCERE, 2008, Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Anais. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/210\\_140.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/210_140.pdf)
85. CONFEF. Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde [homepage na internet]. [acessado 2013 junho 30]. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=30>.
86. Anadón M, Machado PB. Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais. Salvador: Editora UNEB, 2003.
87. Leite MMJ, Prado C, Peres HHC. Educação em Saúde: desafio para uma prática inovadora. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2010. 87 p.
88. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter*. 2007 jan/fev; 11(1):83-9.
89. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. Brainerd: Bang Printing; 2007.
90. Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual [homepage na internet]. [acesso 2013 junho 27]. Disponível em: [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)
91. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
92. Fonseca RMP. Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após o Saep [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
93. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 2008.
94. Critical Appraisal Skills Programme [homepage na internet]. 1993 [acesso 2012 nov 5]. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/about-casp/>
95. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. [homepage na internet]. 1998 [acesso 2012 out 09]; 11(4):195-206.

96. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet. 2012; 17(3): 621-6.
97. Camaragibe. Portal da prefeitura municipal de Camaragibe [homepage na Internet]. [acesso em 2012 agosto 13]. Disponível em: <http://www.camaragibe.pe.gov.br/>.
98. Camaragibe. Secretaria de Educação. Escola Municipal José Collier. Projeto político pedagógico (mimeo). Camaragibe; 2013.
99. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 Jan; 24(1): 17-27.
100. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 154-211.
101. Glaser G, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
102. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saide MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011 Fev; 27(2): 389-94.
103. Rosa PRS. Instrumentação para o ensino de ciências [homepage na Internet]. [acesso em 2012 Junho 13] Disponível em: <http://www.dfi.ccet.ufms.br/prrosa/Pedagogia/index.htm>.
104. Pádua GL. A epistemologia genética de Jean Piaget. Rev Facevv. 2009; 1(2): 22-35.
105. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico qualitativa: aplicação e perspectivas. Rev Lat Am Enfermagem. 2009 Março-Abril; 17(2).
106. Araújo CCM, Lacerda CBF. Linguagem e desenho no desenvolvimento da criança surda: implicações histórico-culturais. Psicol Estud. 2010 Out-dez; 15(4): 695-703.
107. Goldberg LG, Yunes MAM, Freitas JV. O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento humano. Psicol Estud. 2005 Jan-Abril; 10(1): 97-106.
108. Trinca W. Walter trinca e a pesquisa de modelos globais da mente. Psicanálise Compreensiva: Uma concepção de conjunto. São Paulo: Vetor, 2011. Resenha de: Migliorini WJM, Rosa HR. Boletim de Psicologia 2012, LXii(136): 103-5.
109. Sousa VJ. Simbolismo da amamentação para criança em idade escolar [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.

110. Belei RA, Paschoal SRG, Nascimento EM, Matsumoto PHVR. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cad Educação*. 2008 Jan-Jun; 30: 187-199.
111. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica*. 1995; 29(1): 63-74.
112. Belo RP, Souza T, Camino L. Análise de repertórios discursivos sobre profissões e o sexo: um estudo empírico na cidade de João pessoa. *Psicol soc*. 2010; 22 (1): 23-31.
113. Azevedo DM, Miranda FAN. Teoria das representações sociais e ALCESTE: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. *Saúde Transformação Soc*. 2012; 3(4): 04-10.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO**

**APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO E  
ENTREVISTA**

Nº da entrevista:

Pseudônimo da criança entrevistada: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário de início da entrevista: \_\_\_\_\_

Horário de término da entrevista: \_\_\_\_\_

Questões para coleta de dados: 1º) Desenhe neste papel, o que vem na sua cabeça quando se fala a palavra droga?

2º) Conte a história sobre o seu desenho.

Observações do pesquisador:

---

---

---

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO ACADÊMICO**

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO**

Nº da entrevista:

Nº do questionário:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DADOS DA CRIANÇA**

Pseudônimo da criança entrevistada: \_\_\_\_\_

1. Sexo da Criança: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Data do Nascimento da Criança: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. Idade da Criança: \_\_\_\_\_
4. Série da Criança na escola: \_\_\_\_\_
5. Turno que a Criança Frequenta a Escola: \_\_\_\_\_

**DADOS DA FAMÍLIA**

6. Idade da Mãe: \_\_\_\_\_
7. Idade do Pai: \_\_\_\_\_
8. Quem é o Responsável pela Criança: \_\_\_\_\_

## 9. Estado Civil do Pai da Criança:

- ( ) Casado com a mãe da criança      ( ) Vive com companheira mãe da criança
- ( ) Separado da mãe da criança      ( ) Solteiro      ( ) Viúvo da mãe da criança
- ( ) Casado com outra pessoa      ( ) Vive com outra companheira

## 10. Estado Civil da Mãe da Criança:

- ( ) Casada com o pai da criança      ( ) Vive com companheiro pai da criança
- ( ) Separada do pai da criança      ( ) Solteira      ( ) Viúva do pai da criança
- ( ) Casada com outra pessoa      ( ) Vive com outro companheiro

## 11. Quantos filhos os pais da criança possuem: \_\_\_\_\_

## 12. Escolaridade da Mãe, do Pai ou do Responsável pela criança:

| <b>Grau de Escolaridade</b>         | <b>Mãe</b> | <b>Pai</b> | <b>Responsável pela Criança</b> |
|-------------------------------------|------------|------------|---------------------------------|
| Analfabeto                          |            |            |                                 |
| Sabe ler, mas não foi à escola      |            |            |                                 |
| Fundamental incompleto (1º grau)    |            |            |                                 |
| Fundamental completo (1º grau)      |            |            |                                 |
| Médio incompleto (2º grau)          |            |            |                                 |
| Médio completo (2º grau)            |            |            |                                 |
| Superior incompleto (universitário) |            |            |                                 |
| Superior completo (universitário)   |            |            |                                 |
| Não sabe                            |            |            |                                 |
| Não se aplica                       |            |            |                                 |

Anos de estudo: \_\_\_\_\_

## 13. Situação Profissional da Mãe, do Pai ou do Responsável pela criança:

| Situação Profissional                 | Mãe | Pai | Responsável pela Criança |
|---------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| Emprego formal                        |     |     |                          |
| Emprego informal                      |     |     |                          |
| Desempregado                          |     |     |                          |
| Recebe benefício do governo           |     |     |                          |
| Aposentado                            |     |     |                          |
| Aposentado e com atividade remunerada |     |     |                          |
| Trabalha em casa sem remuneração      |     |     |                          |

## 14. Renda Mensal da Mãe, do Pai ou do Responsável pela criança:

| Renda Mensal                                                 | Mãe | Pai | Responsável pela Criança |
|--------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| Menos de um salário mínimo (Até R\$ 622,00)                  |     |     |                          |
| De um a dois salários mínimos (De R\$ 622,00 a R\$ 1.244,00) |     |     |                          |
| De dois a quatro salários (De R\$ 1.244,00 a R\$ 2.488,00)   |     |     |                          |
| Mais de quatro salários (Mais de R\$ 2.488,00)               |     |     |                          |
| Não possui rendimentos                                       |     |     |                          |

Renda individual (em R\$): \_\_\_\_\_

15. Renda Mensal (em R\$) Familiar: \_\_\_\_\_

16. Número de Pessoas que Dependem da Renda Familiar: \_\_\_\_\_

17. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você: \_\_\_\_\_

Quantos têm: até 5 anos: \_\_\_\_\_

entre 6 e 14 anos: \_\_\_\_\_

entre 15 e 24 anos: \_\_\_\_\_

acima de 25 anos: \_\_\_\_\_

Quem são essas pessoas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título: Representação Social de crianças sobre drogas ancorada no desenho-estória  
 Pesquisadora: Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro  
 Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Iracema da Silva Frazão  
 Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Pedrosa Leal  
 Endereço da pesquisadora: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária – Recife/PE  
 Telefone: (081) 2126-8566 (Mestrado acadêmico) e-mail: natycarvalho7@hotmail.com

Gostaríamos de contar com a participação de \_\_\_\_\_, criança pela qual o Sr(a). é responsável a participar de uma pesquisa para saber o que significa droga para crianças com idade entre 8 e 10 anos e que estejam frequentando a escola. A pesquisa será feita por meio do desenho, ou seja, a criança vai desenhar o que significa droga pra ela e depois vai contar a historinha do seu desenho e neste momento a pesquisadora vai gravar a entrevista com um gravador de voz. Todas as informações serão consideradas como segredo e ninguém vai saber os nomes delas. Os desenhos e as gravações serão guardados por cinco anos no Departamento de Enfermagem da UFPE sob responsabilidade da coordenação do Grupo de Pesquisas. O contato com a criança só será iniciado após a sua autorização, dada pela assinatura deste documento. Entretanto caso o Sr(a). concorde com a pesquisa, mas a criança não tenha a mesma opinião, o desejo dela (da criança) será respeitado. A participação da criança nesta pesquisa será muito importante porque acreditamos que ela possa ajudar na criação de ações educativas para prevenção do uso de drogas entre crianças. Sabemos que este estudo poderá deixá-la um pouco tímida porque ela vai falar de um assunto pessoal. Para reduzir este risco, iremos realizar a entrevista na escola, porém, num local reservado, longe da presença de outras crianças ou mesmo professores e funcionários da instituição.

Caso o Sr(a). decida não autorizar a participação da criança, esta não terá nenhum prejuízo na sua relação com a escola. Da mesma forma, caso concorde com a sua participação, ela não será prejudicada em suas atividades escolares. Tomaremos todo cuidado para realizar a pesquisa fora do horário em que os professores estejam desenvolvendo atividades importantes para a aprendizagem do aluno e guardaremos segredo em relação a qualquer informação que ela der. Por outro lado, a colaboração dela neste estudo é muito importante, mas é voluntária, ou seja, ela não é obrigada, podendo você ou ela não querer participar ou pedir pra sair da pesquisa a qualquer momento. Os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para trabalhos acadêmicos, trabalhos para apresentação em eventos científicos e publicação em revista científica, garantindo que ninguém saberá os nomes das crianças. Qualquer dúvida que você tiver poderá ser esclarecida com a pesquisadora responsável pessoalmente ou no telefone/endereço acima. Caso não fique satisfeito, poderá ligar ainda para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE pelo telefone/fax (081) 2126-8588.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título: Representação Social de crianças sobre drogas ancorada no desenho-estória  
Pesquisadora: Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Iracema da Silva Frazão  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Pedrosa Leal  
Endereço da pesquisadora: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária – Recife/PE  
Telefone: (081) 2126-8566 (Mestrado acadêmico) e-mail: natycarvalho7@hotmail.com

Caso o Sr(a). concorde com a participação da criança, assine ao final deste documento que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é da pesquisadora.

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Li e entendi todas as informações deste estudo, assim como todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e respondidas satisfatoriamente. Dou livremente meu consentimento para que a criança

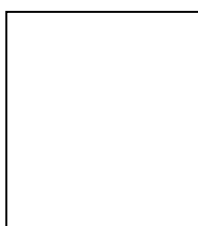
\_\_\_\_\_ pela qual sou responsável possa participar do estudo “Representação Social de crianças sobre drogas ancorada no desenho-estória”.

Assinando este termo de consentimento, concordo que a criança a qual sou responsável seja participante desse estudo e não abduco, na condição de participante de um estudo de pesquisa, de nenhum dos direitos legais a que me cabe.

Camaragibe, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

|                                                   |                                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|
| _____<br>Nome da Pesquisadora                     | _____<br>Assinatura da Pesquisadora |
| _____<br>Nome do Responsável / Grau de Parentesco | _____<br>Assinatura do Responsável  |
| _____<br>Nome da testemunha                       | _____<br>Assinatura da testemunha   |
| _____<br>Nome da testemunha                       | _____<br>Assinatura da testemunha   |

Impressão Digital do Responsável, caso este não saiba escrever:



## ANEXO A – INSTRUÇÃO PARA AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

### Instruções para Autores

---

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

**1.1 - Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.2 - Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.3 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.4 - Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.5 - Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

**1.6 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);

**1.7 - Questões Metodológicas:** artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.8 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**1.9 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

#### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

**2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no

processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

**2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

### **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

**3.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

**3.3** - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

#### **- FONTES DE FINANCIAMENTO**

**4.1** - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### **- CONFLITO DE INTERESSES**

**5.1** - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## - COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## - AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## - REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ( [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#) ).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## - NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## - ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsink](#)

**12.4** - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

**12.7** - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

**12.8** - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15** - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18** - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19** - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos

seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28** - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

## - ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

**13.1** - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

## - ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

**14.1** - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS,

acessando o artigo e utilizando o

*link*

"Submeter nova versão".

## - PROVA DE PRELO

**15.1** - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ( [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br) ) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

## **ANEXO B – INSTRUÇÃO PARA AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA QUALITATIVE RESEARCH**

### Guidelines da submissão do manuscrito

#### 1. Política de revisão por pares

Pesquisa Qualitativa opera um processo de revisão por pares estritamente anônimo em que o nome do revisor é retido do autor e nome do autor do revisor. O revisor pode, a seu próprio critério optar em revelar seu nome para o autor em sua revisão, mas nossa prática política padrão é para ambas as identidades para permanecer escondido. Cada manuscrito é revisado por pelo menos dois árbitros. Todos os manuscritos são revistos o mais rapidamente possível, e uma decisão editorial é geralmente atingida dentro de 12 semanas de submissão.

#### 2. Artigo tipos

Pesquisa Qualitativa publica artigos de pesquisa e revisão originais. O jornal considera os seguintes tipos de artigo para publicação:

1. Artigos;
2. Notas de Pesquisa,
3. Ensaios de revisão, simpósios e resenhas de livros.

Note-se que os artigos e notas de pesquisa deve ser metodológica no conteúdo. Pesquisa Qualitativa não publicar trabalhos que são principalmente relatos de pesquisa empírica.

Os trabalhos completos são geralmente restritos a um comprimento máximo estrito de 8000 palavras, incluindo todos os elementos (página de rosto, sumário, notas, referências, tabelas, declaração biográfica, etc.) Estamos relutantes em carga nossos árbitros com manuscritos muito longos. Autores que suspeitam que seus artigos terão de ser cortados de qualquer maneira deve fazer as exclusões necessárias antes submitting. Authors deve fornecer uma contagem de palavras, como parte de sua apresentação.

Os autores de potenciais Notas de Pesquisa deve olhar para duas Notas recentemente publicou uma pesquisa (por exemplo, Amanda Holt em 10,1 (2010), e Glenn A Bowen em 8.1 (2008)) para orientação. Notas de Pesquisa submissões não mais que 2.500 palavras deve ser.

### 3. Como submeter o seu manuscrito

Antes de enviar seu manuscrito, por favor, certifique-se de ler atentamente e aderir a todas as orientações e instruções aos autores indicados abaixo. Os manuscritos que não satisfaçam a estas orientações podem ser artigos returned.All estão restritos a um comprimento máximo estrito de 8.000 palavras .

Pesquisa Qualitativa está hospedado em SAGE Track, a submissão on-line baseado na web e sistema de revisão por pares alimentado por Manuscritos ScholarOne <sup>TM</sup>. Por favor, leia as diretrizes de submissão do manuscrito abaixo e, em seguida, basta visitar <http://mc.manuscriptcentral.com/qrij> fazer o login e enviar o seu artigo online. Ao submeter o seu manuscrito, por favor fornecer os dados de contacto de três referências possíveis em outros países que não o seu .

**IMPORTANTE:** Verifique se você já tem uma conta no sistema antes de tentar criar um novo. Se você tem revistas ou autoria para a revista no ano passado, é provável que você vai ter uma conta criada. Para mais orientações sobre como enviar seu manuscrito on-line visite ScholarOne Ajuda Online .

Todos os documentos (exceto resenhas de livros) devem ser apresentadas através do sistema online. Os editores não podem entrar em discussões sobre possíveis propostas antes da apresentação real, com base em um esboço ou um resumo. Se você não tiver certeza sobre a adequação de Pesquisa Qualitativa para o seu papel, ou vice-versa, então por favor, olhe atentamente para o conteúdo do periódico, especialmente aqueles em volume 5 número 1 (2005) e volume 9 questão 1 (2009), e ler entre 8 e 10 artigos publicados na revista. Por favor, preste muita atenção à declaração de missão da revista.

Livros para revisão e manuscritos de comentários devem ser enviados para:

O Editor de Comentários

Sara Delamont c / o Rosemary Bartle-Jones  
Universidade de Cardiff  
School of Social Sciences  
Glamorgan Edifício  
King Edward VII Avenue  
Cardiff CF10 3WT  
País de Gales, Reino Unido

Email: JonesRB1@cardiff.ac.uk

#### 4. Acordo de publicação da revista contribuinte

Antes da publicação SAGE requer o autor como detentor dos direitos para assinar acordo de publicação de um jornal Colaborador. Acordo de Publicação do SAGE Jornal Colaborador é um contrato de licença exclusiva, o que significa que o autor retém direitos autorais sobre o trabalho, mas concede SAGE o direito e licença para publicar pelo prazo legal cheio de copyright única e exclusiva. Exceções podem existir quando uma cessão de direitos autorais é necessário ou preferido por um proprietário diferente do SAGE. Neste caso, direitos autorais sobre o trabalho será atribuído a partir do autor para a sociedade. Para mais informações, visite nossas Perguntas Frequentes sobre o autor SAGE Jornal Gateway. Pesquisa Qualitativa e SAGE ter problemas de violação de direitos autorais, plágio ou outras violações das melhores práticas na publicação muito a sério. Procuramos proteger os direitos dos nossos autores e sempre investigar alegações de plágio ou uso indevido de artigos publicados na Revista. Da mesma forma, buscamos proteger a reputação do Jornal contra imperícia. Os artigos submetidos podem ser verificados com o software de verificação de duplicação. Quando um artigo é encontrado para ter plagiado outro trabalho ou incluído material com direitos de terceiros, sem autorização ou com aviso insuficiente, ou quando a autoria do artigo é contestada, nos reservamos o direito de tomar medidas, incluindo, mas não limitados a: a publicação de um errata ou rectificação (redução), retraindo o artigo (removendo-o da revista); ocupando o assunto com o chefe do departamento ou reitor da instituição do autor e / ou organismos ou sociedades acadêmicas relevantes; proibindo o autor da publicação no jornal ou todas as revistas SAGE, ou as medidas legais cabíveis.

#### 4.1 SAGE Escolha e Open Access

Se você ou o seu financiador deseja o seu artigo para ser livremente disponível online para não assinantes imediatamente após a publicação (acesso aberto ouro), você pode optar para que ela seja incluída no SAGE escolha , sujeito ao pagamento de uma taxa de publicação. A submissão do manuscrito e processo de revisão por pares é inalterada. Na aceitação de seu artigo, você será solicitado a deixar SAGE saber diretamente se você está escolhendo SAGE escolha . Para verificar a elegibilidade do jornal e da taxa de publicação, por favor visite SAGE escolha . Para mais informações sobre as opções de acesso aberto e de conformidade no SAGE, incluindo autor depósitos de arquivamento auto (acesso aberto verde) visita SAGE publicação das políticas em nosso Jornal Autor Gateway.

Pesquisa Qualitativa e SAGE ter problemas de violação de direitos autorais, plágio ou outras violações das melhores práticas na publicação muito a sério. Procuramos proteger os direitos dos nossos autores e sempre investigar alegações de plágio ou uso indevido de artigos publicados na revista. Da mesma forma, buscamos proteger a reputação da revista contra imperícia. Os artigos submetidos podem ser verificados usando o software de verificação de duplicação. Quando um artigo é encontrado para ter plagiado outro trabalho ou incluído material com direitos de terceiros, sem autorização ou com aviso insuficiente, ou quando a autoria do artigo é contestada, nos reservamos o direito de tomar medidas, incluindo, mas não limitados a: a publicação de uma errata ou retificação (redução), retraindo o artigo (removendo-o da revista); ocupando o assunto com o chefe do departamento ou reitor da instituição do autor e / ou organismos ou sociedades acadêmicas relevantes; proibindo o autor da publicação no jornal ou todas as revistas SAGE, ou as medidas legais cabíveis.

#### 5. Declaração de interesses conflitantes

Dentro Acordo Publishing do seu Jornal Colaborador você vai ser obrigado a fazer uma certificação em relação a uma declaração de interesses conflitantes. Pesquisa Qualitativa não requer uma declaração de interesses conflitantes, mas recomenda revisar as diretrizes de boas práticas sobre o Autor SAGE Jornal gateway .

#### 6. Outras convenções

Nenhum aplicável.

#### 7. Agradecimentos

Quaisquer agradecimentos deve aparecer pela primeira vez no final de seu artigo antes de sua Declaração de Conflito de Interesses (se aplicável), quaisquer notas e suas referências.

Todos os contribuintes que não cumprem os critérios de autoria devem ser listadas em uma seção 'Agradecimentos'. Exemplos de quem possa ser reconhecido incluir uma pessoa que forneceu ajuda puramente técnica, escrevendo ajuda, ou um chefe de departamento que forneceu apenas um apoio geral. Os autores devem revelar se eles tinham alguma assistência escrita e identificar a entidade que pagou por essa assistência.

### 7.1 Aviso Financiamento

Para cumprir com as orientações para as entidades financiadoras, Autores e Editores de emissão da Rede de Informação de Investigação (RIN), Pesquisa Qualitativa requer, adicionalmente, todos os autores a reconhecer o seu financiamento de uma forma consistente numa rubrica separada. Por favor, visite Reconhecimento Financiamento no SAGE Journal Autor gateway para financiar as orientações de reconhecimento.

## 8. Permissions

Os autores são responsáveis pela obtenção da permissão dos detentores dos direitos de autor para a reprodução de quaisquer ilustrações, tabelas, figuras ou citações longas previamente publicados em outros lugares. Para mais informações, incluindo orientações sobre tratamento justo para a crítica e revisão, por favor visite o nosso Perguntas Frequentes sobre o autor SAGE Jornal Gateway.

## 9. Estilo manuscrito

### 9.1 Os tipos de arquivo

Somente arquivos eletrônicos em conformidade com as diretrizes da revista serão aceitos. Formatos preferidos para o texto e as tabelas de seu manuscrito é DOC Word, RTF, XLS. Arquivos LaTeX também são aceitos. Consulte também orientação adicional sobre a apresentação de obras de arte abaixo.

### 9.2 Jornal Estilo

Anexar a cada apresentação uma carta confirmando que todos os autores concordaram com a submissão e que o artigo não está sendo considerado para publicação por outra revista.

Inclua uma folha de rosto com o título completo e subtítulo (se houver). Para os efeitos da arbitragem cega, nome completo de cada autor, com afiliação atual e detalhes completos endereço / telefone / fax / e-mail mais breve nota biográfica deve ser fornecido em uma folha separada, junto com os dados de contato de três possíveis árbitros de outros países do que os autores . Os editores não irá inspecionar o manuscrito até que esta informação é dada.

Além disso, para efeitos de arbitragem cega, os autores devem substituir todas as auto-citações na lista de texto e de referência com citações anônimas, no estilo (Autor, 2009), etc Qualquer citação que inclui qualquer um dos autores deve ser substituído (Autor A e outros, 2003) no texto e na lista de referências a 'Au' put 'Autor A e outros (2003), os detalhes retidos para avaliação por pares' seguido pelo Autor B e outros, se necessário.

Resumo de 100-150 palavras.

Até 10 palavras-chave.

Todos os autores devem fornecer uma contagem de palavras completo para seu papel, totalmente inclusiva de todas as referências, figuras e tabelas. O comprimento máximo palavra é de 8.000 palavras, incluindo todas as referências, figuras e tabelas. Os autores devem estimam que todas as figuras e tabelas são o equivalente a 300-500 palavras do texto cada um. O comprimento preferido é 6000 - 8000 palavras. Documentos que excedam o número máximo palavra será unsubmitted.

O texto deve ser claramente organizado com uma hierarquia clara de títulos e subtítulos e citações superiores a 40 palavras exibidas recuadas no texto.

A revista usa notas quando necessário. Histórico, documental ou de arquivamento fontes devem ser citadas em notas de rodapé. Notas discursivas também são permitidos. Notas são sinalizadas no texto por números sobrescritos.

Referências tanto no texto e em quaisquer notas devem seguir SAGE estilo Harvard. As referências são citadas no texto assim: (autor, data: página).

Uma seção de referências alfabéticas deve seguir o texto (e as notas finais, se houver), utilizando o sistema SAGE Harvard.

Todos os diagramas e fotografias de linha são chamados de 'figuras' e deve ser referido como tal no manuscrito. Eles devem ser numeradas consecutivamente. Todos os dados devem ter textos descritivos curtas no final do documento.

Os artigos devem ser escritos em Inglês. Use um estilo claro e legível, evitando jargões. Se devem ser incluídos termos técnicos ou siglas, defini-los quando usado pela primeira vez. Use

não-racista, a linguagem não-sexista e plurais, em vez de ele / ela.

Reino Unido ou dos Estados Unidos grafias podem ser usadas com "-ize 'grafias como dado no Dicionário Oxford de Inglês (por exemplo, organizar, reconhecer).

Utilize aspas simples com aspas dentro de aspas simples. As datas devem ser apresentadas sob a forma 1 de maio de 2010. Não use pontos em abreviaturas, contrações ou siglas (ex AD, EUA, Dr, PhD)

### 9.3 Estilo de referência

Pesquisa Qualitativa adere ao estilo de referência SAGE Harvard. Clique aqui para rever as orientações sobre SAGE Harvard para garantir o seu manuscrito está de acordo com este estilo de referência.

Se você usar o EndNote para gerenciar referências, baixe o estilo de saída SAGE Harvard, seguindo este link e salve para a pasta apropriada (normalmente para Windows C: \ Arquivos de programas \ \ EndNote Styles e para o Mac OS X Disco Rígido: Aplicações: EndNote: Estilos) . Uma vez feito isso, EndNote aberto e escolha a opção 'Selecione um outro estilo ...' no menu suspenso na barra de menu; localizar e escolher este novo estilo de tela a seguir.

### 9.4. Manuscrito Preparação

O texto deve ser em espaço duplo e com um mínimo de três centímetros para as margens da esquerda e da direita e cinco centímetros na cabeça e no pé. O texto deve ser padrão 10 ou 12 pontos.

9.4.1 O seu título, palavras-chave e resumos: leitores Ajudar encontrar o seu artigo em linha  
O título, palavras-chave e abstrato são fundamentais para garantir os leitores a encontrar o seu artigo em linha através de motores de busca on-line, como o Google. Por favor, consulte as informações e orientações sobre a melhor forma de título de seu artigo, escreva o seu resumo e selecione as palavras-chave, visitando Revista Autor Diretrizes gateway da SAGE em Como ajudar os leitores a encontrar o seu artigo online .

### 9.4.2 Correspondentes detalhes Autor Contato

Fornecer dados completos para o autor correspondente, incluindo e-mail, endereço e números de telefone. Afiliações acadêmicas são obrigatórios para todos os co-autores. Esses elementos

devem ser apresentados separadamente para o texto principal do artigo para facilitar a revisão por pares anônimos.

9.4.3 Orientações para a apresentação de obras de arte, figuras e outros elementos gráficos para orientação sobre a preparação de ilustrações, fotos e gráficos em formato eletrônico, por favor visite o SAGE Guidelines da submissão do manuscrito .

Números fornecidos na cor aparecerá na cor em linha, independentemente da existência ou não estas ilustrações são reproduzidas em cor na versão impressa. Para reprodução de cor solicitado especificamente na impressão, você receberá informações sobre os custos de SAGE após o recebimento de seu artigo aceito.

9.4.4 Orientações para a apresentação de arquivos complementares

Pesquisa Qualitativa não aceita atualmente arquivos complementares. 9.4.5 serviços Inglês Edição de Idioma não estão em inglês, autores falam que gostariam de aperfeiçoar o uso da linguagem em seus manuscritos pode considerar o uso de um serviço de edição profissional. Visite <http://www.uk.sagepub.com/journalgateway/msg.htm> para mais informações.

## 10. Após a aceitação

10.1 As provas nós enviaremos um PDF das provas ao autor correspondente. Quaisquer correções devem ser enviadas para os editores dentro de duas semanas após o recebimento.

### 10.2 E-Prints

SAGE fornece autores com acesso a um PDF de seu artigo final. Para mais informações, visite <http://www.sagepub.co.uk/authors/journal/reprint.sp> .

### 10.3 SAGE Produção

No SAGE colocamos uma ênfase muito forte sobre os mais elevados padrões de produção. Atribuímos grande importância para os nossos níveis de serviço de qualidade na cópia de edição, diagramação, impressão e publicação on-line ( <http://online.sagepub.com/> ). Também procuramos manter excelentes relações autor durante o processo de publicação.

Valorizamos o seu feedback para garantir que continuamos a melhorar os nossos níveis de serviço do autor. Na publicação todos os autores correspondentes receberão um breve questionário sobre a sua experiência de publicar em Pesquisa Qualitativa com SAGE.

#### 10.4 Publicação OnlineFirst

Um grande número de revistas SAGE beneficiar OnlineFirst, um recurso oferecido através da plataforma revista eletrônica do SAGE, SAGE Journals Online. Ele permite que os artigos de revisão final (artigos completos na fila para a atribuição de uma próxima edição) a ser realizada on-line antes de sua inclusão em uma final de impressão e edição da revista on-line que reduz significativamente o tempo de espera entre a apresentação e publicação. Para mais informações, visite nosso Fact Sheet OnlineFirst

#### 11. Outras informações

Os editores não irão fornecer conselhos sobre resumos. Todos os autores em potencial são recomendados para ler os editoriais da revista, especialmente aqueles em volume 5 número 1 (2005) e volume 9 questão 1 (2009), e ler entre 8 e 10 artigos publicados na revista, antes de chegar a seu próprio juízo sobre submissão. Fechar a leitura da declaração de missão também é recomendado.

Qualquer correspondência, dúvidas ou pedidos de informação sobre o processo de submissão do manuscrito deve ser enviado para Angela Jones no Gabinete Editorial da seguinte forma: Angela Jones, Assistente Editorial Pesquisa Qualitativa Cardiff Faculdade de Ciências Sociais da Universidade de Cardiff Glamorgan Edifício King Edward VII Avenue Cardiff CF10 3WT País de Gales, Reino Unido

**ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** NOVAS ABORDAGENS EDUCACIONAIS A SERVIÇO DA SAÚDE: PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS ENTRE ESCOLARES

**Pesquisador:** IRACEMA DA SILVA FRAZÃO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07935413.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 218.606

**Data da Relatoria:** 06/03/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa e extensão a ser desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. O projeto busca desenvolver uma proposta educativa em saúde voltada a escolares na temática de prevenção do uso de drogas. Inicialmente pretende-se realizar um diagnóstico sobre o significado das drogas para crianças em idade escolar, o qual subsidiará a proposta de planejamento de intervenções educativas na perspectiva da prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes; implantação e, por fim, avaliação da sua eficácia em instituição de ensino do município de Camaragibe, Região Metropolitana do Recife do Estado de Pernambuco.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo geral-** Desenvolver uma proposta educativa em saúde voltada a escolares na temática de prevenção do uso de drogas.

**Objetivo Secundário:**

1. Identificar o conhecimento dos escolares sobre drogas (etapa de pesquisa); 2. Construir uma proposta pedagógica em educação em saúde voltada a prevenção do uso e abuso das drogas entre escolares; 3. Aplicar a proposta pedagógica de educação em saúde com os escolares.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

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

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**Fax:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Este estudo envolverá o risco mínimo para as crianças de trazer algum constrangimento, por abordar questões de ordem pessoal vivenciadas no seu cotidiano. Para reduzir tais constrangimentos, a coleta de dados será realizada individualmente, nas instalações da própria escola, em local reservado, contando apenas com a presença de membros da equipe de pesquisa (professores e estudantes), conhecidos previamente pelo escolar em atividades anteriores de aproximação no campo. Quanto aos benefícios: A partir do diagnóstico sobre

qual o significado das drogas para os escolares pretende-se contribuir para a prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes. Como benefício direto aos escolares. Os participantes, podemos incluir a participação nas oficinas de ferramenta importante para o desvelamento de questões sociais e culturalmente naturalizadas. Além disso, será disponibilizado às crianças e seus responsáveis, material educativo sobre a temática em foco, elaborado pelo Ministério da Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trabalho de grande relevância, com grande contribuição a população e a academia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios são apresentados em sua totalidade de forma adequada.

**Recomendações:**

Não ha recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto responde aos pré-requisitos de aprovação. Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



RECIFE, 13 de Março de 2013

---

Assinador por:  
**GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO**  
(Coordenador)

**ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA**

PREFEITURA DE  
CAMARAGIBE

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos, para os devidos fins, que autorizamos **NATÁLIA DE CARVALHO LEFOSSE VALGUEIRO**, portadora do RG 705854SDS/PE e CPF/MF 064.045.264-76, Enfermeira, Aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a realizar o projeto de pesquisa intitulado: “Novas Abordagens Educacionais a Serviço da Saúde: prevenção do uso de drogas entre escolares”, sob a coordenação e orientação da pesquisadora Iracema da Silva Frazão, facultando-lhe o uso das instalações da Escola Municipal José Collier, do município de Camaragibe/PE,

Camaragibe, 14 de novembro de 2012.

  
Assinatura

Edmar Fernandes  
Mat. 4.000.2647