



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

CRISTINA POLIANA ROLIM SARAIVA DOS SANTOS

**APLICAÇÃO DO *DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI)* EM
ADOLESCENTES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

**FORTALEZA – CEARÁ
2016**

CRISTINA POLIANA ROLIM SARAIVA DOS SANTOS

APLICAÇÃO DO *DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI)* EM
ADOLESCENTES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Cláudia Melo Dodt.

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Santos, Cristina Poliana Rolim Saraiva dos .
Aplicação do Drug Use Screening Inventory (DUSI)
em adolescentes puérperas usuárias de substâncias
psicoativas [recurso eletrônico] / Cristina Poliana
Rolim Saraiva dos Santos. - 2016.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 115 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do
Adolescente, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente.

Orientação: Prof.ª Dra. Regina Cláudia Melo Dodt.

1. DUSI. 2. Adolescente. 3. Drogadição. 4.
Enfermagem. I. Título.

CRISTINA POLIANA ROLIM SARAIVA DOS SANTOS

APLICAÇÃO DO *DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI)* EM
ADOLESCENTES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

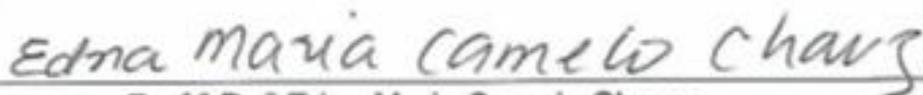
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 14 de dezembro de 2016.

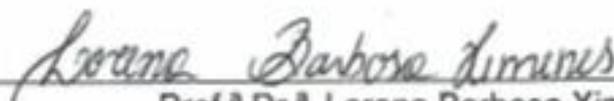
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Regina Cláudia Melo Dodt - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

“Amor de Família é a coisa mais inexplicável do mundo, nem um pai consegue dizer para um filho o quanto o ama, nem o filho sabe dizer ao pai, então eles simplesmente demonstram”

(Passini)

Não tem como ser diferente...

Dedico este triunfo com muito amor aos meus pais Hildebrando e Elizabeth que são razão da minha vida, minha força, minha inspiração, luz no meu caminho que me guia e me dá direção, abraços que amparam e acalmam o meu coração.

Às minhas irmãs Juliana e Graciliana por acreditarem incondicionalmente nos meus sonhos;

Aos meus sobrinhos Jaiana, Gilberto Filho e Vinícius Gabriel pelo amor demonstrado;

Ao meu esposo Kamayura pela compreensão de tantas horas ausentes e tantos papéis assumidos. Queria te dizer que amar é acreditar no andar de mãos dadas por esse labirinto estranho e mágico chamado vida;

Aos meus filhos, Diogo, Laura e Mateus por tornar minha existência um relicário de ocasiões felizes além de me ensinar diariamente a amar, a dividir, a somar.

Enfim, vocês são presentes de Deus para mim!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de me deixar trilhar todos os dias nesta selva de pedra chamada “vida” com fé e força acreditando que tudo é possível quando é realizado com amor e dedicação.

À minha professora, orientadora, fonte de inspiração profissional: Dra. Regina Cláudia Melo Dodt. Uma pedra preciosa que Deus me presenteou a partir do início deste mestrado, lapidada pelo Criador com o esmeril da humildade, bondade, sabedoria [...] responsável por me encorajar a seguir em frente quando queria fraquejar, colega que se tornou amiga, amparadora de lágrimas nas horas de angústia, mostrando sensibilidade em cada palavra proferida, cuidadora nata, enfermeira exemplar. Uma pequena frase de William Arthur Ward te desenha: “O professor medíocre conta. O bom professor explica. O professor superior demonstra. O grande professor inspira”.

Aos colegas da observação/puerpério (1º andar) e clínica cirúrgica (2º andar) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), que percorreram junto comigo nesta empreitada.

Às colegas Adriana Barros e Rosalette Landim, do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) da MEAC pelas preciosas informações.

Às colegas do ambulatório de mastologia da MEAC, pelas palavras de incentivo diário.

Aos funcionários do SAME, Serviço Social, REMDA.

Aos colegas do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente da UECE, pelo convívio neste breve tempo, especialmente a Roselene Oliveira e Daniele Monteiro pelos muitos desabafos.

“Para tudo há uma ocasião, e um tempo para cada propósito debaixo do céu: tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou, tempo de matar e tempo de curar, tempo de derrubar e tempo de construir, tempo de chorar e tempo de rir, tempo de pantear e tempo de dançar, tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las, tempo de abraçar e tempo de se conter, tempo de procurar e tempo de desistir, tempo de guardar e tempo de lançar fora, tempo de rasgar e tempo de costurar, tempo de calar e tempo de falar, tempo de amar e tempo de odiar, tempo de lutar e tempo de viver em paz”.

(Eclesiastes, 3:1-8)

RESUMO

Comportamentos com riscos à saúde entre os adolescentes que levam à gravidez e à experimentação de substâncias psicoativas (SPA) mostram-se verdadeiros desafios no cenário da saúde pública mundial. Apresenta-se como objetivos desse estudo realizar a triagem do uso de SPA, investigar a frequência desse uso no último mês, conhecer a intensidade do envolvimento nos últimos 12 meses além de verificar associações entre o uso, densidade absoluta de problemas com variáveis sociodemográficas, materna e fetal. É um estudo quantitativo, descritivo, com 34 adolescentes puérperas usuárias de SPA cujo parto ocorreu em uma maternidade de grande porte de referência da capital cearense, entre janeiro a maio de 2016. A coleta de dados ocorreu por entrevista a partir do histórico de enfermagem padronizado pela instituição, prontuário e *Drug Use Screening Inventory (DUSI)*. A análise ocorreu a partir do cálculo das médias e desvio padrão das variáveis, assim como o teste de razão de verossimilhança. Os resultados mostraram a idade média da amostra de $16,8 \pm 1,59$ anos e para início do uso de SPA $13,7 \pm 1,771$ anos. A maconha foi apontada como a SPA de maior uso entre elas independentemente da idade, tendo como principal influenciador pela experimentação, os amigos. A alteração no humor caracterizou-se como comportamento mais presente dentro do contexto de mau uso de substâncias podendo estar relacionado ao estado mental prejudicado. Sendo assim, foi possível verificar que as adolescentes investigadas iniciaram precocemente o consumo de substâncias, apresentando-se vulneráveis a doenças de ordem psicológica devido à imaturidade física-biológica-social da idade além de uma gravidez nesse contexto resultando riscos à sua saúde e do seu filho. Por isso, sugere-se a aplicação de instrumentos específicos que identifique as adolescentes usuárias de SPA de uma forma confiável para o subsídio de campanhas educativas, delineamento de ações de táticas de incentivo a interrupção do uso de drogas, conhecimento das novas tendências já que o uso destas é dinâmico, variando de um lugar a outro e ao longo do tempo, por isso, avaliações periódicas são necessárias.

Palavras-chave: DUSI. Adolescente. Drogadição. Enfermagem.

ABSTRACT

Behaviors with health risks among the teenagers that lead to the pregnancy and the experimentation of psychoactive substance (PAS) are real challenges in the world public health. The objectives of this study are do the screening of the use of PAS, investigate the frequency of this use in the last month, cognize the intensity of the involvement in the last 12 months, and to verify associations between use, absolute density of problems with maternal and fetal socio demographic variables. It is a quantitative, descriptive study with 34 puerperal teenagers PAS users whose parturition occurred in a great-referenced maternity hospital of the capital of Ceará, between January and May of 2016. The collect of data was made by interview initiated from the institution's standardized nursing history, medical record and Drug Use Screening Inventory (DUSI). The analysis was initiated from the calculation of the means and standard deviation of the variables, as just as the likelihood ratio test. The results showed that the mean age for the sample was 16.8 ± 1.59 years and for the beginning of the PAS use was $13.7 \pm 1,771$ years. Marijuana was identified as the most used PAS among them regardless of age, being the friends the bigger influencer by experimentation. The change in mood has been characterized as the behavior more present in the context of substances misuse, maying be related with the impaired mental status. Thus, was possible to verify that the teenagers investigated started the use of substances early, being vulnerable to psychological nature diseases due to the physical-biological-social immaturity of the age, in addition to a pregnancy in this context resulting in risks to their health and their son. Therefore, is suggested the application of specific instruments that identify the teenagers users of PAS in a reliable way for the subsidization of educational campaigns, delineation of tactical actions to encourage the interruption of drug use, knowledge of new trends, since the use of these substances is dynamic, varying from place to place and over time, therefore periodic evaluations are required.

Keywords: DUSI. Teenager. Drug addiction. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas das adolescentes puérperas usuárias de SPA, MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	53
Tabela 2 – Variáveis obstétricas e neonatais das adolescentes puérperas usuárias de MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	59
Tabela 3 – Idade de início do uso de SPA, responsável por oferecer substâncias, tipo e frequência de SPA usadas pelas adolescentes puérperas no último mês, MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	63
Tabela 4 – Intensidade do envolvimento e Densidade Absoluta de Problemas (DAP) das adolescentes puérperas usuárias de SPA, MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	66
Tabela 5 – Distribuição do número de adolescentes puérperas usuárias de SPA no último mês segundo a faixa etária e tipo de substância, MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	69
Tabela 6 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês de acordo com a ocupação, MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	71
Tabela 7 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês conforme estado civil, MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	73
Tabela 8 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês de acordo com a religião, MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	74
Tabela 9 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês e a classificação do tipo de uso conforme a Densidade Absoluta de Problemas (DAP), MEAC, Fortaleza-CE, Janeiro a Maio, 2016.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CFB	Constituição Federal do Brasil
CID	Classificação Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAP	Densidade Absoluta de Problemas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DUSI	<i>Drug Use Screening Inventory</i>
DUSI - R	<i>Drug Use Screening Inventory Revised</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RN	Recém-nascido
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância psicoativa ou Substâncias psicoativas
SPD	Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL	21
	TEÓRICO.....	
3.1	ADOLESCÊNCIA E SUA TRAJETÓRIA SOCIAL.....	21
3.2	GRAVIDEZ: UM CAPÍTULO À PARTE.....	24
3.3	DROGAS, SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS.....	26
3.4	USO NOCIVO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ADOLESCENTES GESTANTES E PUÉRPERAS X RISCOS PARA O RECÉM-NASCIDO.....	31
3.5	INSTRUMENTOS PADRONIZADOS PARA AVALIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS.....	34
4	METODOLOGIA.....	41
4.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	42
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	44
4.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	45
4.4.1	Histórico de Enfermagem padronizado na MEAC e	45
	Prontuário	
4.4.2	<i>Drug Use Screening Inventory (DUSI)</i>.....	46
4.4.3	Definição das variáveis.....	49
4.5	OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	50
4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISES DE DADOS.....	51
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS ADOLESCENTES PUÉRPERAS.....	53
5.2	VARIÁVEIS DO DUSI.....	62
53	CRUZAMENTO DAS VARIÁVEIS.....	68

6	CONCLUSÕES.....	79
7	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	81
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICES	101
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	102
	APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO.....	103
	ANEXOS.....	104
	ANEXO A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	105
	ANEXO B – DUSI-TABELA INICIAL-INVESTIGA A FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE 13 CLASSES DE SUBSTÂNCIAS NO ÚLTIMO MÊS.....	107
	ANEXO C – DUSI-ÁREA 1-USO DE SUBSTÂNCIAS-INVESTIGA O USO DE SUBSTÂNCIAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES E A INTENSIDADE DO ENVOLVIMENTO COM AS SUBSTÂNCIAS	108
	ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA.....	109
	ANEXO E – TERMO DE CONCORDÂNCIA.....	110
	ANEXO F – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	111
	ANEXO G – TERMO DE CIÊNCIA DA PESQUISA.....	115
	ANEXO H – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS.....	113
	ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	114
	ANEXO J – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SUPERA	115

1 INTRODUÇÃO

Diferentes limites cronológicos estabelecem a adolescência. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), a idade desta fase está entre 10 e 19 anos. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a faixa etária compreendida entre 15 e 24 anos caracteriza esse grupo, critério usado principalmente para fins estatísticos e políticos. No Brasil, a Constituição Federal considera àqueles indivíduos entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990; UNICEF, 2011).

Faz-se oportuno proferir que a adolescência é uma etapa difícil de ser cronologicamente estabelecida. Percebe-se isso, por apresentar-se com diversos limites etários em órgãos renomados e pela lei fundamental e suprema do país. Este período envolve à assincronia de maturação como ponto divergente nessa classificação, ou seja, nem sempre a idade cronológica tem acompanhado a evolução da idade biológica e vice-versa.

Segundo Eisenstein (2005) embora as faixas de idades sejam a variável mais utilizada, não é a opção ideal visto às características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nesta época, evidenciando as características individuais, biológicas, sociais e históricas de cada um.

Na verdade, alterações psicológicas, sociais, biológicas e físicas que ocorrem na adolescência geram ansiedade e preocupação. Reforçando, Patias et al. (2011) dizem que este período se associa às mudanças físicas, hormonais, sexuais, reprodutivas e comportamentais.

Acreditando que essa fase pode ser vista por seus integrantes como uma fonte de socialização, pois além de um momento de mudança de hábitos, linguagem e rotina de vida que irá diferenciá-los dos outros indivíduos da sociedade, Pechansky et al. (2015) reforçam que comportamentos e atitudes podem contribuir para condutas que trazem danos permanentes e riscos irreparáveis à saúde.

A crescente busca por autonomia e independência, o egocentrismo exagerado, a autoconfiança, a sensação de invulnerabilidade, o narcisismo, faz com que muitos adolescentes busquem novas experiências de vida (MUZA, 2000; VINET; FAÚNDEZ, 2012).

Desta forma, é possível que se desenvolvam uma série de comportamentos de riscos, a exemplo da gravidez e o uso de substâncias psicoativas (SPA), entre outros.

A gravidez na adolescência pode acarretar em complicações multivariadas no organismo materno e fetal. Especificamente em termos fisiológicos, percebe-se que o organismo materno ainda não está suficientemente crescido e preparado para tamanha demanda nutricional, biológica, imunológica e mecânica (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Quando a maternidade ocorre entre as adolescentes, consequências podem ter efeitos negativos sob o binômio por apresentar riscos físicos, psíquicos e sociais, principalmente até os 16 anos. Peixoto (2013) ressalta que a probabilidade de mães adolescentes darem à luz crianças de baixos pesos e prematuras aumentam as chances de mortalidade fetal.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 11% dos nascimentos em todo o mundo são provenientes de mulheres entre 15 a 19 anos, e esse percentual resulta em complicações no parto e mortalidade materna (UNICEF, 2011).

Sendo assim, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) sugere que ações devem ser diretamente dirigidas para este público a fim de assegurar-lhes educação em saúde sob a ótica sexual e reprodutiva. Entretanto, isso não significa pensar em responsabilizá-las exclusivamente por tal situação, e sim, fazer-lhes compreender que são sujeitos ativos nesse processo (UNFPA, 2013).

Conforme o Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) o número de nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 a 19 anos no Brasil em 2013, foi de 559.484 (BRASIL, 2015).

Considerando que é no puerpério, ou seja, período pós-parto onde surgem muitas dúvidas acerca do cuidado com o novo ser, como amamentação, vacinas, higiene corporal e autocuidado envolvendo métodos anticonceptivos (GOMES et al., 2015), quando essas mães são adolescentes e sequer têm a compreensão da própria fase, marcada por mudanças e adaptações, “transformação do estado não-reprodutivo em reprodutivo” (MUSS, 1996), as orientações de cuidado à saúde devem voltar-se com maior atenção, iniciando-se ainda no pré-natal.

Outro comportamento preocupante entre os adolescentes é o envolvimento com SPA, surgindo como hábito frequente trazendo consequências devastadoras na saúde física e mental não só do usuário, mas de toda sua família e amigos.

Contribuindo, Scivoletto e Pinzon (2004) ressaltam a curiosidade como uma conduta peculiar e natural dos adolescentes atuando como um dos fatores de maior relevância que leva à experimentação de drogas lícitas bem como ilícitas, seguida dos fatores externos como influência dos amigos, facilidade de obtenção das substâncias e os modismos.

Por sua vez, a exposição a SPA durante a gravidez inclui riscos de alterações no equilíbrio gestacional, onde a evolução fetal pode ser comprometida sendo que o efeito mais preocupante do uso e abuso dessas substâncias é o impacto nas futuras gerações e ainda alerta para a possibilidade ameaçadora na saúde do binômio já que além de danos maternos, a exposição pré-natal também resulta em problemas sérios para o feto/recém-nascido no sistema neurológico, digestório, respiratório, circulatório (TOMAZ *et al.*, 2014).

Para Botelho, Rocha e Melo (2013) e mais recente de Camargo e Martins (2014), o risco obstétrico envolvido advindo da prática da usuária de SPA pode estar relacionado à ocorrência de descolamento prematuro de placenta, parto prematuro, sangramentos, crises hipertensivas, movimentos fetais excessivos, ruptura uterina, restrições de crescimento intrauterino.

Essas SPA fazem parte da história da humanidade sendo utilizadas para diferentes propósitos arraigados pelo contexto cultural da sociedade quer seja em caráter lúdico, religioso ou terapêutico há milhares de anos e muito provavelmente vai acompanhar sempre o homem (MERLIN, 2003; TAVARES; BÉRIA, 2004; PARROTT *et al.*, 2004; SIEGEL, 2005; TISOTT *et al.*, 2015) que conectado ao corpo e à mente de uma forma intrínseca apresenta como fatores de experimentação os medos, as crenças, os valores, a curiosidade (COSTA, 2015).

Podendo ser classificadas entre lícitas e ilícitas, essas substâncias possuem autorização para sua produção, consumo e comercialização ou não, respectivamente (CEBRID, 2010).

Com o aumento das notificações sobre transtornos mentais e de comportamento incluindo aqueles provocados pelo uso de SPA, a comunidade científica mundial vem buscando detectar as causas desta prática cada vez mais

precoce, além das estratégias eficazes para o enfrentamento com redução de danos.

Ampliando esta compreensão, Azevedo (2000) e Tomaz et al. (2014) comentam que embora a extensão desta prática varie de um país a outro, o número crescente de usuários de substâncias vem levantando questões acerca da necessidade de prevenção da iniciação precoce, pois apresenta maiores chances de dependência além de elevada probabilidade de atrasos no desenvolvimento e prejuízo cognitivo entre as crianças e os adolescentes podendo refletir e permanecer na fase adulta.

Mesmo que o consumo de drogas lícitas seja socialmente aceito, apresenta efeitos agudos e crônicos devastadores no organismo humano caracterizando-se como forte influenciador ao uso de drogas ilícitas já que o indivíduo torna-se vulnerável a partir das sensações de prazer proporcionadas.

Através do Relatório Mundial sobre Drogas de 2015 publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), órgão do governo americano destinado a informar a comunidade internacional sobre a produção de drogas ilícitas, tráfico e consumo, além de fornecer visão e análise global da evolução a nível mundial, mostra que o uso de drogas está estável, embora com estatísticas aterrorizantes onde se estime que um total de 246 milhões de pessoas no mundo fez uso de drogas ilícitas em 2013 entre 15 a 64 anos de idade e cerca de 27 milhões de pessoas fazem uso problemático de SPA (UNODC, 2015).

Liderando o uso de SPA a nível mundial, têm-se os Estados Unidos acompanhado do Canadá e vários países europeus (UNODC, 2015). Contribuindo com esta informação, Levy (2014) diz que o governo americano atentou para a necessidade de elaborar 21 políticas de prevenção e traçar metas sobre drogadição a serem atingidas até 2020 após perceber o intenso aumento do uso de substâncias ilícitas entre os seus adolescentes em relação a 2008, chegando a atingir 60% a mais do que o ano de publicação do estudo.

Mesmo reconhecendo que os dados disponíveis sobre as tendências do consumo de drogas ao nível mundial são limitados, a UNODC (2015) ressalta a existência das diferenças nacionais e regionais dessa prática, mas arrisca afirmar estabilidade no uso de opiáceos (substâncias derivadas da papoula) ao nível global principalmente nas Américas e Europa, menor consumo de cocaína, aumento do uso de *cannabis* e opióides farmacêuticos sem indicação médica que incluem tanto

drogas opiáceas naturais, quanto as drogas sintéticas relacionadas, como a meperidina e a metadona.

Estudos brasileiros como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015 e o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada das 27 capitais brasileiras, realizado em 2010, enfatizam que o envolvimento com as drogas se inicia, principalmente, na fase da adolescência com possibilidade de danos irreversíveis no futuro independente da classe social (CARLINI et al., 2010; IBGE, 2016).

A partir desse último, obteve-se que dentre os 50.890 estudantes participantes da pesquisa, 25,5 % referiram ter feito uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida, não considerando o álcool e o tabaco (CARLINI et al., 2010).

Levando em conta a preocupação das autoridades brasileiras com o envolvimento de adolescentes com álcool e outras drogas, realizou-se em 2012 o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), onde foram escolhidos aleatoriamente 4.607 indivíduos com 14 anos ou mais de todo território brasileiro que responderam sigilosamente a um questionário padronizado com mais de 800 perguntas de avaliação do padrão de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, bem como fatores associados com o uso problemático, como depressão, suporte social, saúde física, violência infantil e doméstica entre outros (LARANJEIRA et al., 2014).

A conclusão voltou-se para a realidade brasileira compatível com os dados mundiais sobre uso de substâncias onde cerca de 5% de brasileiros são dependentes de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, representando mais de 8 milhões de pessoas, e ainda que 45% dos usuários experimentaram drogas pela primeira vez antes dos 18 anos (LARANJEIRA et al., 2012).

No sentido de enfatizar que nas últimas décadas o uso de SPA apresenta ameaça à sociedade, estratégias de prevenção envolvendo a escola em atividades de educação em saúde, intervenção com o encaminhamento de usuários aos Centros de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e triagem objetivando identificar o uso de substâncias têm sido apresentadas, assim como implantações de políticas de redução de danos (TISOTT et al., 2015).

Configurando o uso de SPA como consequências multifatoriais, a literatura, de forma geral, aponta que o consumo é causado por uma combinação de fatores genéticos, psicológicos, socioeconômicos, familiares e culturais. A multifatorialidade que envolvem este fenômeno como aspectos individuais, sociais e familiares quando se associam, faz perceber o quão é de responsabilidade do profissional de saúde realizar a detecção precoce do uso de SPA entre os adolescentes, principalmente quando se tratar de puérperas para que sejam traçadas estratégias e encaminhamentos específicos, o mais cedo possível por ocasionar uma grande repercussão negativa na saúde dos envolvidos diretamente e suas famílias (BERNARDO, 2014; COSTA, 2015).

A elaboração de ações de intervenção dependerá primeiramente do grau de envolvimento dos usuários. Logo, De Micheli e Formigoni (2000) recomendam a necessidade da aplicação de instrumentos que avaliem de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e drogas a fim da identificação e encaminhamento para tratamentos específicos o mais precoce possível que deve incluir oferta de oportunidades de autorrealização, incentivo aos desafios e conquista para elevar a autoestima, incentivo de vínculos com pessoas não usuárias de drogas, ambientes com regras claras e não tolerantes ao uso de drogas, enfim, ações positivas, devendo ser realizadas de modo sistemático.

Dentre estes instrumentos disponíveis, oito categorias os classificam de acordo com os objetivos pretendidos, entre eles: triagem, diagnóstico, avaliação de consumo de álcool e drogas, avaliação de comportamento associado ao consumo de álcool e drogas, avaliação de comportamento em outras áreas, planejamento de tratamento, análise de processo de tratamento e avaliação de resultados (FORMIGONI; CASTEL, 1999).

A aplicação de uma escala torna-se oportuna como instrumento para realizar e conduzir a abordagem a um possível usuário de SPA a partir da triagem, frequência de uso, tolerância e sinais de abstinência, para um posterior planejamento terapêutico que objetive desde ao abandono dessa prática com mudança de comportamento por meio de intervenções breves até desintoxicação completa a partir de atendimentos especializados, que sejam iniciados ainda durante a internação da adolescente na maternidade.

De Micheli e Sartes (2015), concordando com Formigoni e Castel (1999), dizem que um instrumento para triagem do uso de SPA em adolescentes deve ter

uma linguagem clara e informal e possuir algumas características definidoras para sua aplicação como: objetivo e utilidade clínica, período de tempo avaliado, população-alvo, existência de padrões (normas), tipo de administração, treinamento necessário, disponibilidade de escores computadorizados e custo financeiro.

Particularmente, entre a população adolescente em que o início do uso de SPA acarreta alterações de ordem física, emocional, cognitiva e social sob multifatores associados, o Inventário de Triagem do Uso de Drogas – *Drug Use Screening Inventory (DUSI)*, já adaptado e validado no Brasil por De Micheli e Formigoni (2000) é um instrumento que se adequa perfeitamente nesse estudo de acordo com os objetivos propostos.

Entende-se, portanto, que os benefícios dessa pesquisa viabilizam uma assistência integral e individualizada das adolescentes usuárias de SPA, pois ao utilizar um instrumento que atenda suas especificidades, um plano de cuidados pode ser traçado incluindo desde intervenções breves a encaminhamentos para tratamentos especializados.

Enfim, além de mostrar a aplicação prática do *DUSI*, este estudo assume um importante material para consultas posteriores, pois mesmo com literaturas tão vastas sobre adolescentes, puerpério e drogas, quando estes fenômenos se associam, a penúria de estudos nacionais e internacionais limita, por vezes, a análise de seus efeitos sobre a mãe e recém-nascidos (RN).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

♦ Analisar a detecção do uso abusivo de substâncias psicoativas em adolescentes puérperas a partir do *Drug Use Screening Inventory (DUSI)*

2.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar as adolescentes puérperas usuárias de substâncias psicoativas;
2. Realizar a triagem do uso de substâncias psicoativas em adolescentes puérperas;
3. Investigar a frequência do uso de substâncias psicoativas em adolescentes puérperas no último mês;
4. Conhecer a intensidade do envolvimento com substâncias psicoativas nos últimos 12 meses;
5. Verificar a associação entre número de adolescentes puérperas usuárias de substância psicoativas no último mês segundo a faixa etária e o tipo de substância;
6. Verificar a associação entre o tipo de substância psicoativa usada pelas adolescentes puérperas no último mês de acordo com a ocupação, estado civil, religião e a classificação do tipo de uso conforme a Densidade Absoluta de Problemas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ADOLESCÊNCIA E SUA TRAJETÓRIA SOCIAL

Uma das dificuldades ao se estudar a adolescência vai de encontro ao estabelecimento cronológico correto da faixa etária do seu início e término, podendo variar dos 10 aos 24 anos, respectivamente, a depender do órgão que se pronuncia.

A OMS e o MS recomendam classificar como adolescentes aqueles indivíduos entre 10 e 19 anos, já a Constituição Federal do Brasil (CFB) delimita 12 a 18 anos e a ONU estabelece 15 a 24 anos fato este justificado em algumas situações devido fins estatísticos (BRASIL, 1990; UNICEF, 2011).

A origem etimológica da palavra adolescência vem do latim *adolescere*, significando brotar, fazer-se grande, crescer em idade e força, atingir a maturidade (MACHADO, 2015). Segundo Paiva (2010), adolescência é uma etapa evolutiva peculiar do ser humano e nela culmina todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo.

Shakespeare no século XVI escreveu um poema intitulado “As sete idades do Homem”, onde incluía a idade do estudante como resmungão que não gostava da escola e a mocidade – referindo-se ao período da adolescência, que seria a idade do amante ou a do soldado (ERIKSON, 1998).

Este mesmo dramaturgo escreveu o clássico “Romeu e Julieta” (1591-1595) podendo ser visto como um retrato da rebelião dos filhos contra a severidade da criação dos pais.

À primeira vista, se pode até pensar que os adolescentes tinham voz e vez dentro da sociedade medieval, no entanto, essa percepção ganhou contornos opostos a partir do conhecimento de fatos históricos ligados a religião nos séculos XVI e XVII que exigiam dos fiéis a adoção de uma devoção mais íntima e pessoal, inspirando a necessidade de proteger as crianças e jovens das tentações da vida, cuidando da moralidade (FERREIRA; FARIAS; SILVARES, 2010) e não a percepção desta classe como merecedora de atenção específica, enfim, tudo isso não passava do temor da ira de Deus, tinha um cunho puramente religioso.

Ainda no século XVII com as movimentações sociais trazendo consigo o processo de revolução industrial, muitos problemas anteriormente insignificantes ao poder público tornaram-se notórios.

Uma percepção dessa nova proposta vem de Machado (2003) quando se refere a um fato histórico marcante como a grande concentração populacional urbana provocando o surgimento de uma camada da população marginalizada com uma imensa quantidade de crianças e adolescentes sem acesso à escola. Então, os adolescentes foram inseridos de forma precoce e sub-humana nas plataformas de trabalho, sob situação de vulnerabilidade social e miséria refletindo em altas taxas de mortalidade.

A partir do século XVIII, o poder público percebeu este segmento populacional com preocupação pelo risco de marginalização. No entanto, devido à complexidade das sociedades modernas, com a industrialização e a instituição de sistemas educacionais obrigatórios, este grupo pode, finalmente, ser mais observado. Grossman (1988) destaca que a partir deste século, surgiu a ideia do que hoje chamamos adolescência, associando às novas maneiras de viver no grupo social onde o indivíduo estava inserido, porém, não se disseminou antes do século XX. Em linhas gerais, foi sendo criado um espaço intermediário entre a infância e a idade adulta.

Um longo processo antecedeu às primeiras discussões internacionais acerca dos direitos das crianças e dos adolescentes. Renaut (2004), Rosemberg e Mariano (2010) lembram que o despertar para a necessidade de tais propostas surgiu com a inclusão dos direitos das crianças na Declaração Universal dos Direitos dos homens, traçado pela ONU em 1949, embora que tivessem vindo à tona esta necessidade ainda na Declaração de Genebra em 1924.

Mesmo com a percepção da demanda crescente, o primeiro documento de impacto internacional só foi elaborado em 1959, que consagrou crianças e adolescentes sujeitos de direitos através da Declaração dos Direitos da Criança (MENDEZ; COSTA, 1994).

No Brasil, nos anos de 1960, também conhecido como anos rebeldes, muitos acontecimentos dentro da cultura, arte, música, cinema, política, guerras, ciências, tecnologia fizeram parte da história contada até hoje. Para Becker (2003), esta década foi marcada por acontecimentos importantes para os adolescentes. Reiterando, Pereira (2003) diz que muitas contestações políticas e o movimento *hippie*, favoreceram a uma explosão de adolescentes e gestações, assim como os métodos anticonceptivos ganharam destaque.

Mais tarde, em 1988, a nação pode se deleitar com a elaboração e promulgação da Constituição Federativa do Brasil, considerada como a mais completa das constituições brasileiras já conhecidas. Vigorando até o momento, está organizada em nove títulos que abrigam 245 artigos e no texto revisado 250 artigos, dedicados a temas como os princípios fundamentais, direitos e garantias fundamentais, organização do estado, dos poderes, defesa do estado e das instituições, tributação e orçamento, ordem econômica e financeira e ordem social (BRASIL, 2003).

Entre as conquistas trazidas pela nova carta, contribuiu para o reconhecimento da obrigação sociopolítica o artigo 227º que diz:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2003, p.214).

Finalmente, em 1989 é aprovada com unanimidade pela assembleia geral da ONU, a Convenção sobre os Direitos das Crianças onde há ênfase sobre o papel da família num ambiente adequado que viabilize o alcance de todas as possibilidades da criança para que a mesma se torne um adulto pleno.

Historicamente a sua interpretação dá evidência a infância, no entanto os direitos dos adolescentes também estão contemplados neste documento e em outros tratados internacionais de direitos humanos (UNICEF, 2011; SECS, 2013).

Nos últimos anos, o investimento nas ações de políticas públicas incluindo a adolescência vem ocorrendo com o intuito de que esse grupo social participe das decisões de âmbitos público, familiar e comunitário, trazendo consigo as oportunidades de inserção social e produtiva.

Enfatizando a importância dos adolescentes no contexto sociopolítico, a UNICEF (2011) afirma que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) só serão alcançados se os adolescentes participarem da luta contra a pobreza, as iniquidades e a discriminação, pois é nesta geração que se encontram soluções para desafios da contemporaneidade como a crise financeira mundial, o desemprego estrutural, a degradação ambiental, o envelhecimento das sociedades, a pandemia do HIV/AIDS.

Merecendo destaque na sociedade como momento de descobertas e transformações, a adolescência é uma fase especial que representa uma oportunidade de socialização, construção de identidade e autonomia além de representar para as famílias um convite ao mundo novo e para a sociedade um canal para o exercício da coletividade sob uma perspectiva crítica em relação à sua realidade (UNICEF, 2011).

Mediante tantas transformações são perceptíveis entre os adolescentes, adaptações físicas, comportamentais, hormonais muito comuns nesta fase. A busca de si mesmo e da identidade temporal, a independência, a inserção nos grupos, geram uma série de comportamentos de riscos à saúde que podem ser explicados como “Comportamento de saúde propenso a risco” caracterizado pela “capacidade prejudicada de modificar estilo de vida/comportamentos de forma a melhorar o estado de saúde” (HERDMAN; KAMITRURU, 2015, p.137).

Na tentativa de ser reconhecido como sujeito com vontade própria e independente, pertencente a uma nova realidade onde está apto, ou se acha apto, a experimentar diversas situações, se defronta com responsabilidades até então desconhecidas. Olhares plurais sobre o fenômeno da adolescência volta-se para mudanças radicais no corpo, mudança de voz, impulsos sexuais, ao mesmo tempo em que ocorrem crises emocionais, comportamentais e sociais.

Comumente, influenciados por hábitos e comportamentos não saudáveis, os adolescentes tornam-se vulneráveis a prática de sexo inseguro acarretando em doenças sexualmente transmissíveis (DST'S), HIV/SIDA, gravidez não planejada ou indesejada no momento e envolvimento com SPA lícitas ou ilícitas, constando essa fase como principal momento de experimentação de substâncias evoluindo para uso prejudicial à saúde (VALENÇA et al., 2013).

3.2 GRAVIDEZ: UM CAPÍTULO À PARTE

Comportando-se como fenômeno fisiológico exclusivo das mulheres, o período gestacional envolve modificações de ordem física, biológica, fisiológica, psicológica e social devendo ser considerada pelas gestantes e equipe de saúde como uma experiência de vida saudável (CAMELO et al., 2015).

Mudanças essas que se não acompanhadas por profissionais de saúde capacitados durante o pré-natal, parto e puerpério, podem resultar em problemas

sérios para o binômio mãe/feto, mãe/recém-nascido. De acordo com Calife, Lago e Lavras (2010), para a execução de atividades que visem uma boa assistência, uma linha de cuidado deve ser seguida a partir da utilização de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas desse período.

Desde o pré-natal a mulher deve ser acompanhada de forma a primar pela sua saúde e de seu bebê, pois muitas vezes consiste na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde além de ser considerada uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.

Sucedendo-se ao período gravídico e ao parto, é no puerpério que o corpo sofre uma série de alterações para retornar ao estado pré-gravidez, iniciando-se no momento em que ocorre o descolamento placentário, logo após o nascimento do bebê e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar as modificações da gestação (lactância) ainda se apresentará (BRASIL, 2001).

Para Rocha (2015), essas involuções ao estado pré-gravídico contribuem para aumentar a insegurança da mãe em relação aos cuidados necessários para garantir a saúde do seu bebê e dela própria nesta fase inicial da maternidade.

Através do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM, criado em 1983, o MS traçou ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama (COSTA, 1999) no intuito de contribuir na promoção da saúde da mulher, mas, após 28 anos de vigência, muitas lacunas ainda merecem ser preenchidas, e entre elas a saúde da mulher na adolescência já que a amplitude deste fenômeno atrai preocupações de cunho biológico, social, jurídico, marcado pela incerteza na sua vida que só o tempo poderá responder (BRASIL, 2011a; OLIVEIRA et al., 2015).

Uma das inquietações descritas por Martins e Martins (2006), vividas por esta mulher, é a insegurança na prestação do cuidado ao bebê que junto ao seu processo de amadurecimento precoce, acarreta mudanças na dinâmica familiar, sobrecarga financeira, autoimagem e autoestima com conseqüente repercussão sobre seu papel.

Trabalhando nesse aspecto, durante a estada hospitalar, a enfermagem busca incansavelmente proporcionar um ambiente acolhedor, terapêutico, motivador de autocuidado, preocupado com a percepção da nova responsabilidade dessa adolescente-mãe quando for para seu domicílio.

Sendo assim, as adolescentes puérperas usuárias de SPA incitam maior atenção dos profissionais de saúde visto que as alterações advindas com o uso/abuso/dependência as fazem comportar-se, por vezes, de forma inadequada a manutenção de sua saúde e integridade do recém-nascido, necessitando de intervenções elaboradas especialmente para atender as demandas próprias desse público.

3.3 DROGAS, SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Popularmente usada para definir tóxico ou veneno, substâncias que alteram o funcionamento do organismo e que não são produzidas por ele, podem ser definidas como drogas (BERNARDO, 2014). Segundo a OMS, droga é qualquer substância não produzida pelo organismo, capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. O que varia é como atua no organismo de cada indivíduo, bem como a finalidade, pois, quando a droga é empregada com finalidade terapêutica, ela passa a denominar-se medicamento (BRASIL, 2011b).

De acordo como previsto na Lei nº 11.343, as drogas são classificadas em lícitas e ilícitas. Lícito é aquilo que é permitido conforme a lei (BUENO, 2014), ilícito é seu antônimo.

As drogas lícitas ou legais são aquelas que têm sua produção, comercialização e consumo permitido, como por exemplo: as medicações prescritas por profissionais de saúde (tranquilizantes, barbitúricos, benzodiazepínicos, opióides), as bebidas alcoólicas (com algumas restrições legais, como no caso da venda a menor de 18 anos), o tabaco, todos com aceitação social (BRASIL, 2006).

Por sua vez, drogas ilícitas ou ilegais, são aquelas com produção, comercialização e consumo proibidos. No território brasileiro inclui-se a maconha, cocaína, crack, *ecstasy*, *Lysergsäurediethylamid* (LSD), inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, skank, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras (BRASIL, 2006; DANTAS, 2016).

Andrade e Espinheira (2015), ressaltam que historicamente os índios fabricavam e degustavam uma bebida forte fermentada a partir da mandioca e usava o tabaco em seus rituais e festas, além da cachaça, bebida fabricada a partir da cana-de-açúcar que era utilizada por eles enquanto escravizados, para aliviar as dores do corpo, ativar coragem em covardes e alterar a consciência.

Esta bebida alcoólica aprimorada ao longo dos anos derivou muitas outras que, comercializadas livremente são produtos da cultura brasileira. Tradicionalmente falando, para a socialização dos indivíduos nos grupos torna-se uma imposição o consumo destas, o que pode acarretar em problemas sérios de saúde quando o controle do uso torna-se difícil (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2015).

Como o consumo de SPA vem afetando um elevado contingente populacional ao nível mundial acarretando imensuráveis prejuízos de ordem física, psicológica e social na vida de um indivíduo e sua família, atingindo a sociedade sem distinção de classe social, gênero, idade, revela-se como um dos maiores problemas sociais e de saúde pública do mundo (BARBOSA et al., 2011; KASSADA et al., 2013)

O cérebro é composto por milhões de células que se comunicam umas com as outras e com o resto do corpo, enviando e recebendo mensagens químicas. Ao atuarem sobre o cérebro humano, as SPA alteram a maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir, podendo provocar reações diferentes a depender do tipo, quantidade de substância utilizada (BERNARDO, 2014).

Uma parte delas é capaz de causar dependência e graves prejuízos, sendo, nesses casos, denominadas drogas de abuso, uma vez que o consumo descontrolado é observado com frequência entre os seus usuários causando dependência química (DUARTE; MORIHISA, 2012).

Algumas destas SPA, que são fabricadas para uso seguro em diversos setores industriais ou comerciais habitualmente, estão sendo utilizadas por dependentes químicos por apresentarem características similares às anteriores, e por possuírem comércio livre, podendo ser encontradas em qualquer estabelecimento comercial. Dentre elas estão os inalantes (“cola-de-sapateiro”, gás de ar-condicionado conhecido como “geladinho”, vernizes) e os solventes.

Para Lima (2017), a classificação das drogas conforme sua ação farmacológica ocorre a partir de três categorias:

a) Depressoras ou psicolépticas: substâncias capazes de lentificar ou diminuir a atividade do cérebro, possuindo também alguma propriedade analgésica (álcool, benzodiazepínico, barbitúrico, opiáceo, inalantes).

Um exemplo de SPA consumida em eventos sociais é o álcool. Droga depressora psicotrópica, ou seja, aquela que tem afinidade, atração pela mente agindo diretamente no cérebro, responsável por um grande número de doenças, sendo associado a muitos acidentes e episódios de violência (FORMIGONI et al., 2015) e respondendo por 90% de todas as internações provocadas por uso de drogas (GALDURÓZ; NOTO; LOCATELLI, 2015).

Para Zaranza (2016), o alcoolismo na adolescência é um problema de saúde pública visto que quanto mais cedo se começa o uso do álcool, maiores são as probabilidades de desenvolver o uso excessivo além de ser uma porta de entrada para outras drogas. Refere ainda que quando o consumo ocorre antes dos 15 anos, os usuários apresentam cinco vezes mais chance de desenvolver problemas relacionados ao uso do que aqueles que começam a beber depois dos 21 anos.

O II LENAD mostrou que, apesar de o consumo regular ter se mantido estável entre meninos e meninas quando comparado ao I LENAD em 2006, entre elas, cresceu significativamente o número que declarou ter começado a beber regularmente até os 15 anos, a proporção era de 69% em 2006 e passou para 74% em 2012 (LARANJEIRA et al., 2014).

Outro exemplo de drogas depressoras são os opiáceos, podendo ser naturais, semissintéticas e sintéticas. Os opiáceos naturais como morfina e codeína (Elixir Paregórico) são substâncias extraídas do ópio, diretamente do cálice da papoula, cientificamente conhecida como *Papaver somniferum*: as semissintéticas de ação ou duração prolongadas resultam de uma modificação parcial da substância original, sendo a heroína (diacetilmorfina) o primeiro descrito na literatura médica, sintetizada por Wright, em 1874. Em 1902, revistas médicas discutem, pela primeira vez, efeitos colaterais, sintomas de abstinência e semelhança da sintomatologia à adição de morfina (BOOTH, 2013).

A meperidina, o propoxinefo e o cloridrato de fentanila foram totalmente sintetizados em laboratório e caracterizam-se por serem substâncias sintéticas apresentadas na forma de comprimidos, ampolas, em pó e supositórios, de utilidade indiscutível para Medicina, especialmente no alívio de dores intensas e refratárias como no câncer e na anestesia (AMARAL, 2008).

Baltieri et al. (2004) explicam que existem três síndromes patológicas associadas ao uso de opióides: Intoxicação, Abuso e Dependência (ou o que pode também referido como Adição). Além disso, a abstinência de opióides é uma síndrome clínica comum tipicamente associada à cessação abrupta ou a marcada diminuição do uso por uma pessoa fisicamente dependente deles;

b) Estimulantes centrais ou psicoanalépticos: aquelas que são capazes de alterar o funcionamento cerebral ou psíquico aumentando a atividade do SNC. Há aumento da vigília, da atenção, aceleração do pensamento e euforia (cocaína, anfetaminas e derivados, nicotina e cafeína).

As substâncias estimulantes apresentam como ação primária a estimulação do SNC, melhorando certas funções cerebrais, porém quando ingeridas em doses elevadas produzem uma ação generalizada adquirindo um caráter adverso ao esperado, podendo inclusive provocar convulsões (SILVA, 2010).

Exemplos comuns utilizados desse tipo de substância é a cocaína e o crack. A cocaína provoca aumento no estado de vigília, da atividade motora, intensa e rápida euforia e outros sintomas excitatórios, que é seguida imediatamente de intensa depressão, tensão e avidez. Em doses mais elevadas chegam a produzir sintomas perturbadores do SNC, tais como delírios e alucinações (SILVA, 2010).

O crack, por sua vez, tem os mesmos efeitos da cocaína, porém com resultados mais rápidos no cérebro, já que é um produto desta com outros compostos juntos ao pó branco, englobando uma série de características que a classifica como uma das drogas mais devastadoras do momento (COSTA, 2015).

Cruz, Vargens e Ramôa (2015) destacam que os efeitos do crack são mais intensos que os da cocaína pelo fato que através do pulmão (ao ser fumado), a droga cai quase imediatamente na circulação cerebral chegando rapidamente ao cérebro e o usuário sente intensa euforia com sensação de prazer e satisfação de curta duração, que é imediatamente seguida pelo oposto – uma depressão intensa, paranoia e uma ânsia por mais uma dose da droga, aumento do batimento cardíaco, espasmos musculares, podendo apresentar convulsões.

De acordo com Araújo, Pansard e Boeira (2010), a cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial, sendo que a maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%) e, na última década, o número de usuários aumentou.

Dados do Inquérito Domiciliar Nacional realizado em 2012 estimaram que na época, existam 370 mil usuários regulares de crack e/ou similares nas capitais brasileiras. Outro dado relevante deste estudo é que aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes se enquadram nesta estatística (GALDURÓZ; NOTO; LOCATELLI, 2015);

c) Perturbadoras, alucinógenas ou psicodislépticas: são aquelas relacionadas à produção de quadros de alucinação ou ilusão, geralmente de natureza visual, elas alteram a percepção (mescalina, maconha, psilocibina, LSD-25, Dimetiltryptamina (DMT), Metilenodioximetanfetamina (MDMA), anticolinérgicos naturais e sintéticos (LACERDA; NOTO, 2015)

Excluindo tabaco e álcool, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou o II Levantamento Domiciliar em 2005 que englobou as 108 maiores cidades do país onde foram entrevistadas 7.939 pessoas entre 12 a 65 anos de idade, e mostrou que houve um aumento de prevalência em nove classes de drogas: maconha, solventes, cocaína, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, crack, anabolizantes e barbitúricos (GALDURÓZ; NOTO; LOCATELLI, 2015).

O cânhamo, mais conhecido no Brasil como maconha, é a droga recreativa ilegal mais amplamente utilizada no mundo atua alterando a percepção temporal, estimula o apetite, diminui a sensibilidade à dor e à temperatura e induz o sono (SILVESTRIN et al., 2014).

Com resultados semelhantes, a pesquisa sobre álcool e outras drogas de Tisott et al. (2015) referem que a *cannabis* é a SPA ilícita mais utilizada no nosso país, seguido de metanfetaminas, anfetaminas, *methcathinone* e *ecstasy*. No terceiro grupo os opióides e derivados da papoula como o ópio e heroína predominam.

A multivariabilidade de substâncias disponíveis vem despertando o uso de adolescentes em idades cada vez mais precoces, acarretando em maiores índices de violência, transtornos mentais e comportamentais, sendo necessário o planejamento de estratégias para a redução dos danos após o estabelecimento do grau de envolvimento.

3.4 USO NOCIVO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ADOLESCENTES GESTANTES E PUÉRPERAS X RISCOS PARA O RECÉM-NASCIDO

Para o diagnóstico médico, dois critérios auxiliam a classificação das doenças de ordem mental. Nacionalmente é adotado o CID-10, elaborado pela OMS, a qual abrange todas as doenças (OMS, 1993). Outro critério é o *DSM-V*, em português “Manual de Diagnóstico e Estatística”, 5ª revisão, que foi elaborado pela *American Psychiatric Association* (APA) em 2002, e por possuir itens mais detalhados em forma de tópicos é vastamente utilizada em pesquisas, no entanto abrange apenas os transtornos mentais (APA, 2014; GALDURÓZ; FERRI, 2015).

Embora estes dois sistemas de classificação sejam semelhantes, a mensuração do envolvimento do usuário com a droga no sentido de viver em função dela não é destacado no CID-10.

Os termos uso, abuso e dependência por muitas vezes parecem ser sinônimos, no entanto, de acordo com critérios adotados pelo CID-10 referente aos Transtornos Mentais e Comportamentais inclui-se os transtornos provocados pelo uso de SPA.

Galduróz e Ferri (2015) esclarecem que o uso nocivo ou prejudicial de substâncias ocorre quando o padrão de uso causa prejuízo físico ou mental à saúde com proporções de dano real sem que os critérios para dependência sejam preenchidos.

Corroborando, a OMS (1993), diz que o uso nocivo ocorre a partir de um padrão que cause danos à saúde física ou mental, excluindo-se desse diagnóstico a presença da síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo (demência alcoólica).

Em contrapartida, para declarar a dependência este mesmo critério diz que um diagnóstico definitivo só pode ser realizado se três ou mais sinais tiverem sido detalhados em algum momento nos últimos 12 meses. Entre eles, um forte desejo ou compulsão para o uso, dificuldade para controlar o comportamento de consumir, uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência com plena consciência dessa prática, abstinência fisiológica, tolerância (quando se consome cada vez mais para alcançar o efeito desejado), abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, uso de substâncias em ambientes inadequados, a

qualquer hora, em nenhum motivo especial, persistência no uso de substâncias mesmo conhecendo as consequências negativas do uso e evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior (GALDURÓZ; FERRI, 2015).

Vale ressaltar ainda que, para a classificação quanto ao tipo de uso de drogas, a OMS destaca uso na vida, com consumo de droga pelo menos uma vez na vida; uso no ano, com uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses; uso recente ou no mês, quando o uso de droga ocorre pelo menos uma vez nos últimos 30 dias; uso frequente, com o uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias. Quanto à periodicidade, tem-se o uso de risco, quando esse padrão implica alto risco de danos à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica e uso prejudicial ou pesado, quando há danos à saúde física ou mental (CEBRID, 2016).

A partir do *DSM-V*, o abuso e a dependência de substâncias se consolidam em uma mesma categoria “Transtornos do Uso de Substâncias” pois “Dependência” era facilmente confundida com o termo “adição”, mas a tolerância e a abstinência que anteriormente definiam dependência são, na verdade, respostas bastante normais a medicamentos prescritos que afetam o SNC e não indicam necessariamente a presença de uma adição, podendo ser classificadas de acordo com o grau de critérios preenchidos em leve, moderado ou grave e nesse contexto, a substância específica usada define o transtorno específico (CORDIOLI, 2014).

A farmacoterapia, assim como a abordagem psicossocial são estratégias apontadas para o cuidado ao usuário de SPA, respeitando suas peculiaridades e atuando de forma a estimulá-los a participação em atividades de prevenção, tratamento e reabilitação no que diz respeito à dependência química.

Percebido como um problema crescente nas sociedades mundiais, o consumo de SPA entre adolescentes de ambos os sexos parece ter sofrido uma diferença ao longo das décadas, em que os homens eram os maiores consumidores, atualmente, entre as mulheres, esta prática vem aumentando gradativamente (KUCZKOWSKI, 2003).

Especificamente entre as adolescentes mulheres, o percentual subiu de 6,9% para 9,2%, representando em números reais um total de 312 mil, deixando o sexo masculino em percentual quase inalterado, de 10,6% para 10,7% entre 2009 a 2012. Quando a pesquisa foi estendida para todo o país, este percentual alcançou

7,3% de adolescentes que declararam experiência com algum tipo de substância ilícita (LEAL; NEDER, 2013)

Logo, sob o ponto de vista reprodutivo, adolescentes do sexo feminino preocupam ainda mais visto possibilidade de maiores prejuízos, quando estão gestantes, já que o feto que está em pleno desenvolvimento e encontra-se dependente de um organismo comprometido por substâncias químicas. Com relação aos efeitos desse abuso, podem existir danos sobre a mãe, curso da gestação e parto, feto, recém-nascido e criança em desenvolvimento.

Assim, Marx, Hockberger e Wall (2014) definem que o organismo materno está susceptível a complicações no sistema respiratório como infecções bacterianas, no sistema cardiovascular incluindo hipertensão e endocardite, no sistema neurológico podem estar presentes convulsões, acidente vascular cerebral e psicoses. Doenças renais e gastrointestinais, incluindo necrose tubular aguda e hepatite também são comuns, assim como desnutrição e falta de vitamina.

Para estes mesmos autores, as complicações obstétricas e fetais associadas ao abuso de substâncias maternas incluem placenta prévia, descolamento prematuro das membranas, aborto espontâneo, retardo do crescimento intrauterino, parto prematuro, má formações congênitas e efeitos de desenvolvimento neonatal à longo prazo.

A afirmação desses problemas obstétricos e fetais causados por abuso de substâncias ou apenas associado ao uso, permanece como uma área ativa de discussão e investigação, conforme declaram Botelho, Rocha e Melo (2013) e Camargo e Martins (2014).

Segundo Narkowicz et al. (2013) outras alterações geralmente incluem anomalias congênitas, complicações médicas neonatais e problemas neurocomportamentais. Com conclusões semelhantes, Martins, Guedes e João (2008), dizem que o comprometimento do sistema neurológico pode ser evidenciado por tremores, irritabilidade, hipertonia, insônia; no sistema digestório, há padrão descoordenado de sucção, vômitos, diarreia, perda ponderal excessiva, desidratação além do descompasso do sistema nervoso autônomo caracterizado por sudorese intensa, termorregulação ineficaz, obstrução nasal e dispneia.

Ainda Martins, Guedes e João (2008), apresentam como complicações neonatais específicas do abuso de substâncias: síndrome da morte súbita infantil, síndrome de abstinência neonatal e síndrome de dificuldade respiratória.

Outra alteração que Guinsburg (2013) afirma merecer destaque é quanto ao comportamento dos recém-nascidos (RN's) nos primeiros dias de vida, déficit de atenção e de aprendizado percebidos na primeira infância, que é três vezes mais elevado naqueles RN's filhos de mães usuárias de drogas do que aqueles filhos de mães não usuária de droga.

Discordando, especificamente sobre a maconha, Barbosa et al. (2011) mencionam não se ter a certeza exata de quais efeitos essa droga e seus metabólicos exercem sobre as crianças nascidas de mães usuárias já que o policonsumo existem em larga escala, embora concorde que seu uso contínuo está ligado à maior prevalência de fetos anencefálicos.

De uma maneira geral, mulheres que mantêm a prática do uso de SPA na gravidez podem trazer ao feto/RN, implicações graves e permanentes a depender do tipo de substância e tempo de exposição.

3.5 INSTRUMENTOS PADRONIZADOS PARA AVALIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS

Quando os profissionais dispõem de ferramentas que auxiliam na identificação do nível do uso de SPA podem assim definir estratégias de intervenção mais eficazes, sendo este o primeiro passo para evitar que o uso destas substâncias venha acarretar problemas de saúde definitivos como no caso da dependência química, sabendo-se que estes, demonstram de forma mais precisa os diferentes aspectos afetados da população estudada.

Para Kessler et al. (2007) o primeiro passo na avaliação de usuários de álcool e drogas é a obtenção de uma meticulosa e fiel avaliação diagnóstica biopsicossocial. Muitas propostas terapêuticas apresentam-se na literatura como estratégias para realizar a prevenção, detecção precoce e encaminhamentos especializados.

Finalidades para as quais as medidas serão adotadas dependerão dos objetivos propostos, uma vez que estas podem ser usadas para fins administrativos, clínicos ou de pesquisa. Desse ponto de vista, é necessário entender que instrumentos padronizados têm sido utilizados na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental de adolescentes.

De acordo com Formigoni e Castel (1999), é fundamental a realização de uma avaliação adequada e abrangente sob o ponto de vista de tratamento apropriado assim como na pesquisa de problemas associados ao uso de SPA e da efetividade das intervenções. Porém, vale ressaltar que a aplicação das escalas pode ter objetivos diferentes nessas duas situações. Por exemplo, um profissional de saúde assistencial pode estar interessado na utilidade da medida como ferramenta no planejamento do tratamento, enquanto um pesquisador pode estar preocupado com a capacidade do instrumento de quantificar o impacto de uma intervenção.

Ainda para estes pesquisadores, os principais instrumentos para triagem são destinados à identificação de indivíduos que provavelmente apresentem problemas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Nestes, dá-se ênfase aos de maior sensibilidade, enquanto que nos instrumentos de diagnósticos, preserva-se a especificidade como fundamental.

Na avaliação de instrumentos quantitativos, dois quesitos são considerados por Polit e Beck (2011) como essenciais, a sensibilidade e especificidade. Este primeiro refere-se à capacidade que a medida possui de identificar um “caso” corretamente na proporção em que ela gera “positivos verdadeiros”. Ao último compete discriminar os casos em que não aparece a condição estudada, ou seja, é à proporção que o instrumento gera “negativos verdadeiros”.

Ressalta-se, no entanto, que ao aumentar a sensibilidade para possibilitar a inclusão de um número maior de casos verdadeiros, o número de casos negativos também pode sofrer um aumento (POLIT; BECK, 2011).

Dentro das concepções de Formigoni e Castel (1999), devido a grande variabilidade de tamanho, abrangência e sofisticação, a escolha do instrumento deve ser realizada em etapas e de acordo com seu propósito e alguns aspectos a serem observados vão em direção ao objetivo e utilidade clínica, período de tempo avaliado, população-alvo, existência de padrões (normas) tipo de administração, treinamento necessário, disponibilidade de escores computadorizados e custo financeiro.

A abordagem de Rosário (2011) sobre a aplicação de instrumentos específicos para avaliação do uso de substâncias enfatiza que esta é uma forma de

documentação do atendimento clínico realizado, além de permitir o auxílio no diagnóstico e na avaliação da eficácia da terapêutica implementada.

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), *Cut-Down-Annoyed-Guilty-Eyeopener (CAGE)*, *Drug Use Screening Inventory (DUSI)*, *Michigan Alcoholism Screening Instrument for Teenagers (MAST)*, *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)*, Abreviação das palavras T- *tolerance*, A-*annoyed*, C-*cut-down*, E- *eye-opener* (T-ACE), são exemplos de instrumentos utilizados para triagem já traduzidos e validados para o português (FORMIGONI e CASTEL, 1999)

Estas mesmas pesquisadoras mencionam que outros instrumentos podem ser utilizados para avaliação de comprometimento em outras áreas como estado empregatício, moradia, problemas legais. Como exemplo tem-se: *Addiction Severity Index (ASI)* (MCLELLAN et al., 1992), *Short Alcohol Dependence Data (SADD)*, *Alcohol Dependence Scale (ADS)*, *Drug Abuse Screening Test (DAST)*, *Adapted Short Michigan Alcoholism Screening Test for Mothers (M-SMAST)*, *Adapted Short Michigan Alcoholism Screening Test for Fathers (F-SMAST)*, *Family Environment Scale (FES)*, *Family Assessment Measure (FAM)*, *Symptom Checklist90 (SCL-90)*. Ao mencionar sobre avaliação do resultado de tratamentos, elas referem: *Leeds Dependence Questionnaire (LDQ)*, *Drinker Inventory of Consequences (DrInC)* e a Escala de Seguimento de Alcoolistas (ESA) (ROSÁRIO, 2011).

Dentre os instrumentos de triagem disponíveis específicos para aplicabilidade entre os adolescentes, tem-se o *Drug Use Screening Inventor (DUSI)*, em português “Inventário de Triagem do Uso de Drogas”, originalmente desenvolvido nos Estados Unidos pelo Dr. Ralph Tarter da Universidade da Pensilvânia, que teve sua validação a partir da aplicação em 846 adolescentes americanos incluindo usuários, não usuários e pacientes psiquiátricos, cuja finalidade consistiu na avaliação rápida e eficiente dos problemas de saúde associados ao uso de álcool e/ou drogas, bem como nas questões psicossociais, familiares, escolares e profissionais (TARTER, 1990; TARTER; HEGEDUS, 1991).

O resultado dessa pesquisa subsidiou os profissionais na realização da triagem e conhecimento dos múltiplos problemas dos adolescentes que abusam de álcool e outras drogas orientando assim, a seleção e avaliação do tratamento.

Percebe-se assim que este instrumento viabiliza um conhecimento amplo dos problemas associados ao uso de substâncias já que os resultados fornecidos

auxiliam no planejamento terapêutico, podendo ser aplicado periodicamente no monitoramento do progresso do paciente em relação às metas estabelecidas, além de ser útil na avaliação após intervenção preventiva ou terapêutica.

Conforme De Micheli e Sartes (2015), este questionário é um método eficaz para a triagem de jovens que possam precisar de intervenção ou tratamento para problemas associados ao uso de drogas já que os resultados fornecidos auxiliam no planejamento terapêutico e sua aplicação periódica permite o monitoramento do progresso a partir das metas estabelecidas, sendo também útil no seguimento de avaliação após intervenção preventiva ou terapêutica.

Uma versão revisada do instrumento (*DUSI-R*) acrescenta 10 perguntas (uma no final de cada área) cuja finalidade é detectar a possível existência de questionários inválidos, deixando-o com 159 perguntas. Essa “Escala de Mentiras” (EM), mostra a confiabilidade das respostas fornecidas (DE MICHELI; SARTES, 2015).

Para o Dr. Steve Weatherbee, pesquisador de um centro de pesquisas internacional, o *DUSI-R* é o padrão ouro na triagem de auto-relato breve e instrumento de avaliação de multivariadas com todos os domínios do funcionamento, subescalas relacionadas, e questões específicas mapeadas para Doença de Saúde Mental, permitindo a avaliação altamente eficiente e utilização de informações para triagem e/ou avaliação formal já que fornece informações práticas, avaliando gravidade do problema e objetiva determinar as necessidades de intervenção (WEATHERBEE, 2016).

Este pesquisador diz ainda que nos Estados Unidos, é um instrumento utilizado atualmente em clínicas, agências de serviços sociais, escolas, definições legais para jovens e adultos, e pesquisa clínica/farmacêutica para as seguintes finalidades: detecção de jovens de alto risco, avaliação do consumo, monitoramento de intervenção, avaliação de resultados, programas, ensaios clínicos, além de produzir informações práticas por meio da quantificação da gravidade dos problemas em vários domínios da saúde, comportamento e ajustamento psicossocial (WEATHERBEE, 2016).

Para acomodar suas variedades de uso, existem várias versões do *DUSI-R*. Por exemplo, na versão completa, o tempo estimado desde o início ao término é de 20 minutos, e configura-se ideal para a triagem do consumo global dos clientes. Já o *DUSI-R* curto identifica a origem do problema geral e pontua os problemas de

densidade absoluta para cada domínio e apresenta-se ideal para acompanhamentos periódicos (semanais e mensais) e monitoramento das respostas do tratamento dos clientes. Por fim, o *DUSI-R Brief*, com duração média de 2 minutos, sinaliza a densidade global de um problema e é ideal para triagem dos clientes ou da população em grande escala além de ser utilizada para determinar quem pode ser de alto risco para o rastreamento, avaliação e acompanhamento (WEATHERBEE, 2016).

A utilização do *DUSI-R* vai ganhando destaque a partir da sua percepção como instrumento de validação em triagem e avaliação de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes sob o ponto de vista multidimensional.

A aplicação do *DUSI* em 21.495 alunos de instituições de ensino adolescentes na Colômbia realizado por Jaramillo et al., (2000) verificou o valor positivo da escola na vida destes em uma visão global. Na versão turca, o *DUSI* se deu com Aytaclar et al. (2003) aplicado em 90 adolescentes durante tratamento ambulatorial e hospitalar para uso de drogas e 68 adolescentes da comunidade (voluntários) apresentando o instrumento como método eficiente para rastreamento de usuários que precisam de tratamento, a depender do grau de envolvimento.

A partir de um estudo com 516 estudantes do ensino médio do México, Negrete e Garcia-Aurrecochea (2008) afirmam que muitas conclusões podem ser extraídas ao aplicar o *DUSI*, pois além de proporcionar o rastreamento do uso de substâncias, ainda revela fatores de riscos psicossociais para o abuso das mesmas.

No Brasil, a *DUSI-R* foi aplicada em pesquisa de Malbergier, Cardoso e Amaral (2012) com 965 adolescentes entre 10 e 18 anos regularmente matriculados em 50 escolas públicas estaduais dos municípios de Jacareí e Diadema - São Paulo. Os pesquisadores destacaram a avaliação da associação entre variáveis do sistema familiar e o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, o conhecimento da possível associação de diferentes padrões de consumo de drogas (uso de álcool, uso de tabaco, uso de álcool e tabaco e uso de drogas ilícitas) com diferentes níveis de problemas familiares, demonstrando assim que, por ser modular, a exploração de áreas isoladas ou associadas é possível com este instrumento.

Nascimento e Avallone (2013) aplicaram a *DUSI-R* em 1.316 estudantes com média de idade de 15 anos regularmente matriculados em escolas da rede pública da cidade de Guarulhos - São Paulo, e conseguiram por meio deste

instrumento avaliar o uso de substâncias assim como identificar os problemas associados, comprovando sua validade quanto a abordagem nestes quesitos.

Outra pesquisa vem de Frade, De Micheli, Andrade e Formigoni (2013) entre estudantes de escolas públicas e particulares da cidade de São Paulo, onde aplicando a *DUSI-R*, encontraram que o nível de estresse na idade de 11 a 13 anos influenciaram quanto o uso de drogas, conclusão tirada com a avaliação da densidade dos problemas desse domínio.

A partir de Ayer-Abdalla (2014) foi realizado um estudo transversal com amostra por conveniência (499 estudantes dos sete cursos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto), utilizando dados sociodemográficos e escores de densidade absoluta do instrumento *DUSI-R*. Os resultados apontaram para o uso de maconha ou haxixe ao longo da vida entre 24,3% dos homens e 9,2% das mulheres

Sobre o *DUSI-R*, Felipe (2015) acrescenta que aplicou o instrumento em 539 adolescentes de 12 a 17 anos adscritos no Estratégia Saúde da Família na cidade de Alfenas (Minas Gerais) com o objetivo de identificar problemas de saúde mental e sua relação com o consumo de drogas. As conclusões voltadas para a incidência apontam que os dados são extremamente relevantes e com estreita afinidade, enquanto que para a análise sob a esfera do suporte familiar negativo na adaptação familiar, na afetividade, há associação significativa com os problemas enfrentados na vida.

Portanto, o *DUSI* e o *DUSI-R* aparecem nas pesquisas como instrumento de confiabilidade adequada, útil para na triagem, identificação, investigação sobre a severidade do abuso de drogas além da mensuração das áreas de maiores problemas com o uso de SPA entre os adolescentes.

Considerando as peculiaridades desta fase na vida de um indivíduo que é a adolescência, instrumentos específicos para abordagens do uso de SPA precisam ser utilizados de modo que os motive a participar do processo de triagem/entrevista tendo como referência que o reconhecimento deste segmento populacional como integrante da sociedade.

Nesse âmbito, Valença et al. (2013) diz que o fenômeno do uso de drogas entre os jovens deve ter sua ótica sob a complexidade contemporânea e precisa ser compreendido em sua totalidade envolvendo o entendimento nos aspectos sociais, econômicos, culturais, familiares e éticos, sendo o *DUSI* um instrumento perfeito nesta perspectiva.

Sendo assim, quando o consumo de substâncias recai sobre os adolescentes, aspectos peculiares dessa fase merecem manobras mais específicas traçadas a partir do conhecimento do tipo de SPA consumida, frequência de uso e grau de envolvimento.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Neste estudo, utilizou-se a abordagem quantitativa, onde se buscou um critério de representatividade numérica, traduzindo um significado atribuído à grandeza com que o fenômeno se manifesta. Neste momento, o pesquisador busca classificar, ordenar ou medir as variáveis para descrevê-las ou mesmo para estabelecer associações entre elas (VIEIRA, 2008; GIL, 2010).

Estudos quantitativos explicam o comportamento das coisas trazendo o positivismo como paradigma mais influente a partir do estabelecimento matemático das relações causa-efeito.

As técnicas empregadas na coleta de dados buscaram valores médios e não particularidades do indivíduo. O resultado referiu-se às características do grupo pesquisado e não de cada indivíduo. As conclusões expressam-se em termos de probabilidades e não de certezas (BASTOS, 2007).

Vale acrescentar as ideias de Minayo, Assis e Souza (2010) quando afirmam que as pesquisas quantitativas visam a obter evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta ou desfecho). Para predizer e controlar eventos, comportamentos e outros desfechos, o pesquisador quantifica as causas e os efeitos através de métodos estatísticos, e isola do seu contexto, a fim de tornar o processo, dentro da visão positivista, o mais objetivo possível.

Logo, esta pesquisa de caráter descritivo, teve o propósito de observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, assim como relações entre variáveis sem tentar inferir conexões causais (POLIT; BECK, 2011). Por sua vez, Gil (2010) comenta que este tipo de pesquisa tem por objetivo estudar as características de um grupo que variam em distribuição por sexo, idade, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental podendo ir além da simples identificação da existência de relação entre as variáveis já que elas pretendem além de tudo, determinar a natureza desta relação.

O modelo de delineamento utilizado foi o transversal segundo Polit e Beck (2011) como apropriado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo tendo como vantagens a economia e facilidade de

controle. Outra observação vem de Dyniewicz (2014), Vieira e Hossne (2015) quando referem que nessa dimensão os dados são coletados num período de tempo e os indivíduos de uma população são descritos com relação às suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos em determinado momento.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo em questão desenvolveu-se na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) que junto ao Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), forma o Complexo Hospitalar da Faculdade de Medicina e Faculdade de Enfermagem, Farmácia e Odontologia (FFOE) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fundada no ano de 1965, a MEAC caracteriza-se como uma instituição de grande porte da capital cearense, localizada no município de Fortaleza, de utilidade pública federal, estadual e municipal, atuando em nível terciário de assistência, atendendo mulheres através do Sistema Único de Saúde (SUS) que estão sob a esfera do ciclo gravídico puerperal e ginecológico.

A instituição possui atendimento de emergência, unidades de internamento, bloco cirúrgico (centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, central de material e esterilização) terapia intensiva materna e neonatal, além de diversos ambulatórios.

Atualmente, passando por uma reforma estrutural e física, dispõe de 209 leitos e uma área total construída de 10.762,63 m², assim distribuídos: térreo (4.730,52m²), primeiro pavimento (2.834,03m²), segundo pavimento (1.360,21m²), terceiro pavimento (1.325,80m²) e quarto pavimento (512,07 m²). Após as reformas em andamento e as decorrentes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) 2 e 3, a área total construída será significativamente incrementada.

Embora a MEAC conte com 209 leitos, temporariamente 44 leitos estão interditados para viabilizar a execução das obras. Os leitos atuais da MEAC estão assim distribuídos:

Quadro 1 – Clínicas de internação da MEAC, Fortaleza-CE, 2016

• 1º Andar: Clínica Obstétrica – 65 leitos.
• 1º Andar: Clínica Neonatológica – 2 Unidades de Cuidados Intermediários Convencional com 30 leitos.
• 1º Andar: Clínica Neonatológica – 2 Unidades de Cuidados Intensivos com 21 leitos.
• 2º Andar: Clínica Médica – 1 Unidade de Terapia Intensiva Materna com 4 leitos.
• 2º Andar: Clínica Neonatológica – 1 Unidade de Cuidados Intermediários Canguru com 5 leitos.
• 2º Andar: Clínica Ginecológica - 15 leitos.
• 2º Andar: Clínica Mastológica/Cirúrgica – 3 leitos.
• 2º Andar: Clínica Obstétrica – 20 leitos.
• 2º Andar: Clínica Médica – 2 leitos.
• Total: 165 leitos

Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/infraestrutura> (2016)

A clínica obstétrica no 1º andar admite gestantes e/ou puérperas com algum tipo de patologia (diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, cardiopatias, etc), assim como puérperas de parto vaginal fisiológico. Já a clínica obstétrica no 2º andar, admite puérperas de parto abdominal cuja indicação não se relacionou a patologias (desproporção céfalo-pélvica, amniorrexe prematura, bradicardia ou taquicardia fetal, entre outras), além de clientes com patologias ginecológicas e mastológicas. Tais unidades são do tipo alojamento conjunto, podendo o RN permanecer com a genitora assim ambos apresentem estabilidade clínica.

Essas clínicas obstétricas (1º e 2º andar) foram os locais visitados pela pesquisadora em busca da amostra. O período escolhido para coleta de dados foi de janeiro a maio de 2016.

Nesses meses aconteceram 480 partos em adolescentes de 10 a 19 anos, segundo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) da instituição.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A totalidade de indivíduos que possuem características definidas comuns consiste em uma população, e o subconjunto desta é sua amostra (VIEIRA; HOSSNE, 2015). Como a pesquisadora delimitou a população para que todos os elementos estivessem dentro do critério de inclusão, tornou-se uma amostra por conveniência (POLIT; BECK, 2011). Para Dyniewicz (2014), a amostragem ocorre quando uma parcela é selecionada criteriosamente dentre a população a ser estudada.

Neste estudo, a população foi composta por adolescentes de 10 a 19 anos (critério do MS), no entanto o NUVE não computou nenhuma adolescente puérpera com a idade mínima (10 anos), sendo que a menor idade registrada foi 13 anos, além de estar no puerpério, ou seja, período sucessor ao parto, conforme definem Lobato e Pereira (2013).

A amostra não probabilística totalizou de 34 adolescentes que afirmaram ser usuárias de SPA através do histórico de enfermagem. Esse quantitativo foi reduzido em virtude da omissão, do medo, entre alguns dos aspectos observados pela pesquisadora limitando a amostra. Considerando esse tema como comprometedor frente a questões legais, muitas mulheres de uma forma geral, omitem a informação do uso de SPA (LOPES et al., 2011, MELO et al., 2014) tornando difícil estimar precisamente a prevalência do consumo de SPA entre elas além de características como policonsumo e superposição de fatores sociais.

Na seleção da amostra para inclusão foram obedecidos os seguintes critérios: adolescentes puérperas usuárias de SPA lícitas ou ilícitas cujo parto ocorreu na instituição em estudo; estabilidade clínica evidenciada por sinais vitais estáveis, nível de consciência e orientação capazes de boa responsividade.

Referente aos critérios de exclusão, óbito fetal e a síndrome de abstinência, que é um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem após a interrupção (ou, em alguns casos, diminuição) do consumo da droga, que embora variando de uma pessoa a outra e do tipo de substância usada, normalmente caracteriza-se por ansiedade e alterações no humor, tremores, taquicardia, enjoos, suor excessivo e até convulsões, com risco de morte (SENAD, 2013).

4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Histórico de Enfermagem padronizado da MEAC e prontuário

A coleta de dados de um indivíduo permite a realização de um apanhado sobre sua história de vida, problemas de saúde, antecedentes pessoais de doença, entre outras informações.

Consistindo na etapa inicial do processo de enfermagem, o Histórico de Enfermagem é um roteiro para levantamento de dados de um indivíduo, família ou comunidade. Para Herdman e Kamitsuru (2015), a coleta de dados proporciona a melhor oportunidade para os enfermeiros estabelecerem uma relação terapêutica real com o paciente.

Não possuindo uma só forma de coleta, Carpenito-Moyet (2011) lembra que dados objetivos e subjetivos, partindo de outros profissionais de saúde e dos registros devem ser considerados significativos.

Optou-se por aplicar o Histórico de Enfermagem (ANEXO A) fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta padronizado na MEAC, já que é um instrumento alicerçado em uma teoria de enfermagem (HORTA, 2011; CHAVES; SOLAI, 2015), devendo ser revisto sistematicamente por uma equipe de enfermeiros a fim de tornar sua aplicabilidade aprofundada e confiável – quesitos necessários para seguimento apropriado do Processo de Enfermagem conforme descrito por Herdman e Kamitsuru (2015) - a validação deste ocorreu para uso na instituição após aprovação da comissão responsável para tal fim.

Não há periodicidade estabelecida para estas revisões. Ao passo que os enfermeiros percebem a necessidade de alguma mudança ou acréscimo de informações, como ocorreu recentemente no ambulatório de mastologia, os enfermeiros solicitantes expõem suas sugestões e a partir daí a comissão julga a pertinência ou não da alteração do instrumento.

Por ser um roteiro de entrevista semiestruturada contém informações como nome, idade, procedência, estado civil, escolaridade, profissão, prontuário, data de admissão, religião; dados da gestação atual incluindo data da última menstruação, data provável do parto, realização ou não de consultas de pré-natal, bolsa íntegra ou não, percepção de movimentação fetal, batimentos cárdio-fetais

(BCF); antecedentes pessoais como co-morbidades, internações e cirurgias anteriores, alergias, hemotransfusões, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas; antecedentes obstétricos como número de gestações, paridade e aborto, além dos tipos de parto, número de filhos vivos ou natimorto, complicações obstétricas e exame físico no plano céfalo-caudal (ANEXO A).

Para a complementação dos dados a pesquisadora percebeu a necessidade de incluir duas perguntas: “Com qual idade você experimentou pela primeira vez essa substância?” e “Quem foi o responsável por ofereceu a você essa substância?”.

Ao final do DUSI, a fim de completar as informações, utilizou-se dados oficiais registrados nos prontuários, constituindo-se de fontes secundárias de informações, que o COFEN por meio da Resolução 429/2012 define como “uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde” (COFEN, 2012).

4.4.2 Drug Use Screening Inventory - DUSI

O *Drug Use Screening Inventory (DUSI)* foi o instrumento utilizado nesse estudo (ANEXOS B e C), já adaptado e validado no Brasil (DE MICHELI; FORMIGONI, 2000; 2002; PAIVA, 2010).

Sobre aplicação de escalas, vale mencionar que esta ferramenta está sujeita a alguns problemas dentre os quais Polit e Beck (2011) consideram os mais comuns aqueles referentes a desigualdade do conjunto de respostas que podem ser divididos em três tipos a saber: 1. Parcialidade pelo desejo de aceitação social, 2. Parcialidade extrema do conjunto de respostas e 3. Parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas.

O *DUSI* foi originalmente composto por 149 questões divididas em 10 áreas, onde as respostas variam entre “Sim” ou “Não”. Respostas positivas equivalem à presença do problema. Em geral, é de rápida aplicação e não requer treinamento específico para os aplicadores. Sob o ponto de vista estrutural, por ser modular, permite o uso isolado das áreas (DE MICHELI; SARTES, 2015).

As questões desse instrumento são divididas em duas partes e suas respectivas áreas. A 1ª parte consta da tabela inicial que investiga a frequência do

consumo de 13 classes de substâncias no último mês: álcool, anfetaminas/estimulantes (sem prescrição médica), ecstasy, cocaína/crack, maconha, alucinógenos (LSD, mescalina etc), tranquilizantes (sem prescrição médica), analgésicos (sem prescrição médica), opióides, fenilciclidina, anabolizantes, inalantes/solventes, tabaco (ANEXO B) sendo uma escala tipo *likert* que varia do “não usei” a “usei mais de 20 vezes” (DE MICHELI; FORMIGONI, 2000) e a 2ª parte consta de um perfil de problemas em diversas áreas com opções de respostas: SIM ou NÃO.

Na área 1, o uso de substâncias investiga o padrão de uso nos últimos 12 meses e a intensidade desse envolvimento. Sequencialmente, na área 2 tem-se a investigação do isolamento social e problemas de comportamento. Na área 3 ocorre a investigação de acidentes, prejuízos e doenças. Na área 4, distúrbios psiquiátricos como ansiedade, depressão e comportamento antissocial são investigados. A área 5 envolve a pesquisa sobre a competência social com ênfase nas habilidades e interações sociais. A averiguação do sistema familiar, destacando os conflitos familiares, supervisão dos pais e qualidade de relacionamento estão presentes na área 6 (DE MICHELI; SARTES, 2015).

Por sua vez, o desempenho acadêmico é indagado na área 7 e em antepenúltimo, apresenta-se a área 8 que descreve a motivação para o trabalho, antecedendo o relacionamento com amigos na área 9, onde há busca das redes sociais, o envolvimento com gangues e a qualidade deste relacionamento. Finalizando, na área 10 busca-se retratar a qualidade das atividades durante o tempo de lazer (DE MICHELI; SARTES, 2015).

A interpretação do resultado da 1ª parte requer o conhecimento que qualquer substância consumida mais de 3 vezes num período de 30 dias caracteriza o indivíduo como usuário de drogas (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004).

Além das 10 áreas, o *DUSI* possui uma “Escala de Mentira (EM)” composta por 10 questões (uma ao final de cada área) que foram acrescentadas com a finalidade de checar a existência de possíveis questionários inválidos. Como são 10 as áreas que compõem o instrumento, uma pontuação total de 5 ou mais respostas negativas da “EM” significa possíveis resultados incoerentes (DE MICHELI; SARTES, 2015).

Embora existindo reservas autorais para uso deste instrumento, como a finalidade de seu uso foi para fins de pesquisa, não foi necessárias despesas de

licença à empresa YOURHEALTHCHECK (disponível em: <http://www.yourhealthcheck.org/organizations/dusi>), detentora dos direitos autorais.

Ainda de acordo com De Micheli e Sartes (2015), ao término da aplicação do *DUSI*, quatro índices podem ser calculados. A primeira fórmula calcula a Densidade Absoluta dos Problemas (DAP), indicando a intensidade de problemas em cada área isoladamente:

$$\text{Densidade absoluta de problemas: } \frac{\text{n}^\circ \text{ respostas afirmativas de cada área}}{\text{n}^\circ \text{ de questões da área}} \times 100 = \%$$

Nesta segunda, é calculada a densidade relativa de problemas, onde é encontrada a contribuição percentual de cada área no total de problemas:

$$\text{Densidade relativa de problemas: } \frac{\text{valor da densidade absoluta em cada área}}{\text{das densidades absolutas de todas as áreas}} \times 100 = \%$$

Na terceira fórmula, calcula-se a densidade global de problemas:

$$\text{EM} = \text{Soma das respostas negativas da última questão de cada área}$$

Esta última remete ao cálculo da EM:

$$\text{Densidade global de problemas: } \frac{\text{das respostas afirmativas de todas as áreas}}{149 (\text{n}^\circ \text{ total de questões})} \times 100 = \%$$

Quanto maior o percentual encontrado, maior é a gravidade do problema enquadrado no domínio. Em geral, pontuações superiores a 15% indicam problemas significativos na vida do indivíduo (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002).

Especificamente em se tratando da interpretação da DAP, Fidalgo e De Micheli (2016), pontuam que entre zero a 13% diz-se que não há uso de substâncias ou o uso é apenas experimental sem que existam problemas associados; a partir de 20% tem-se que ocorre o uso de risco visto que se agrega a problemas, e quando o percentual for igual ou superior a 53%, considera-se o uso pesado de álcool e/ou outras drogas com consequentes problemas associados trazendo fortes indícios de dependência.

Weatherbee (2016) afirma que são 15 os idiomas disponíveis do *DUSI*: chinês, dinamarquês, holandês, inglês, finlandês, francês, alemão, norueguês, russo, espanhol, sueco, turco (*Tarama formu*), português, belga e flamengo.

Diante da proposta do estudo, optou-se por utilizar apenas a tabela 1 (ANEXO B) e área 1 (ANEXO C). Devido aplicação de apenas uma área do instrumento, a intensidade de problemas só pode ser verificada conforme a DAP.

4.4.3 Definição das variáveis

Em estudos quantitativos, as variáveis são utilizadas para descrever aspectos, propriedades, características individuais ou fatores observáveis ou mensuráveis de um fenômeno (POLIT; BECK, 2011) De acordo com a relação expressa, elas podem ser: dependentes, independentes, controle ou interveniente. Para estudar o tipo podem ser quantitativas (são sempre resultados de um processo de contagem ou mensuração) ou qualitativas (não existem ordem, hierarquia ou proporção) (LAKATOS; MARCONI, 2010).

As variáveis obtidas a partir do histórico de enfermagem e prontuário, concentraram-se nos fatores sociodemográficos (idade atual da participante; estado civil: solteira, casada /união estável; ocupação: estudante, do lar, trabalho remunerado; escolaridade: fundamental completo com mais de 9 anos de estudo, fundamental incompleto com menos de 9 anos de estudo, médio completo com 12 anos de estudo, médio incompleto com mais de 9 anos e menos de 12 anos de estudo; religião: católica, evangélica, nenhuma; procedência: capital, interior), variáveis materna e neonatal (número de gestações: primípara, secundípara, múltipara; tipo de parto: vaginal, cesárea, indicação médica dos partos cesarianos: problemas maternos como pré-eclâmpsia grave, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, desproporção céfalo-pélvica, parada de progressão, retrovirose, pós-datismo; problemas fetais como restrição do crescimento intrauterino, anomalias congênitas, prematuridade, sofrimento fetal agudo; VDRL: reagente e não reagente, Apgar 5': com asfixia neonatal, sem asfixia neonatal).

A partir da aplicação da tabela 1 (ANEXO B) e área 1 (ANEXO C) do *DUSI*, foram classificadas variáveis quanto ao uso de SPA (idade de iniciação do uso de SPA, responsável por oferecer pela primeira vez SPA: familiar, amigos, iniciativa própria; tipo e frequência das SPA usadas no último mês; intensidade do

envolvimento e os comportamentos com o uso de SPA nos últimos 12 meses; DAP: uso experimental, uso de risco, uso pesado).

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Após a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC (ANEXO I), a primeira etapa deu início, a partir da conversa da pesquisadora, com as equipes de enfermagem das clínicas de internação obstétrica do 1º e 2º andar e informou-lhes sobre a pesquisa. A colaboração veio a partir da sinalização de comportamentos inadequados das adolescentes puérperas para posterior abordagem da pesquisadora e confirmação ou não do uso de SPA.

Vale ressaltar que a equipe de enfermagem desses setores representou um papel fundamental no estudo visto ser a categoria profissional presente no plantão ininterruptamente, 365 dias do ano, 24 horas por dia, prestando cuidados em todas suas interfaces e certamente aqueles profissionais que mais contatam com as clientes e seus recém-nascidos durante a permanência hospitalar.

Diariamente, nos períodos da manhã e da tarde, foi realizada busca de históricos de enfermagem nos prontuários de adolescentes puérperas, cuja opção de tabagismo, etilismo e drogas ilícitas estivessem assinaladas. Caso os critérios de inclusão fossem preenchidos, uma cópia do histórico de enfermagem era feita e recebia a identificação com a letra “P” de puérpera acrescido da ordem numérica de realização da abordagem a fim de identificá-las, perfazendo a segunda etapa.

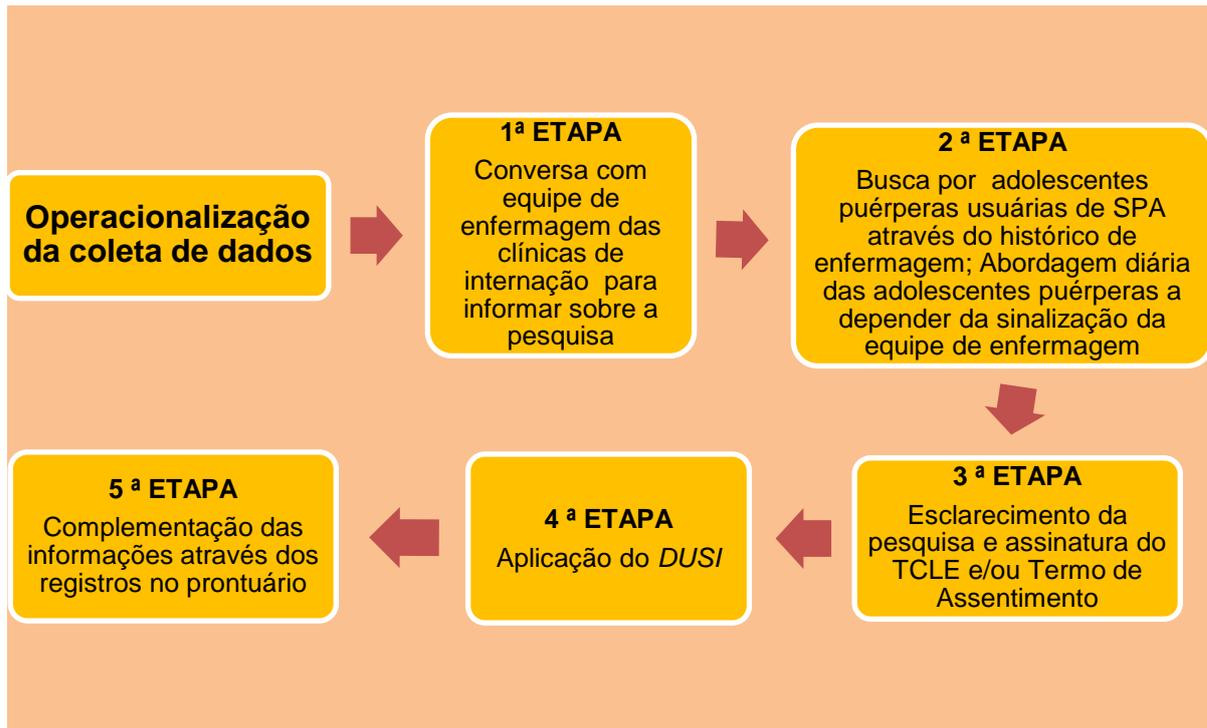
Devido à estrutura física e dependendo da situação de ocupação da enfermaria, a adolescente era convidada a sair sendo levada até uma sala de exames para que o convite para a participação na pesquisa fosse realizado e ao passo que ela aceitasse ocorria a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) pelo seu representante legal quando maiores de 18 anos. Aquelas menores de 18 anos além do TCLE, o Termo de Assentimento (APÊNDICE B), também era assinado pela participante ficando com ela uma via e a outra com a pesquisadora, constituindo-se a terceira etapa.

A partir daí iniciava-se a quarta etapa com a aplicação da tabela 1 (ANEXO B) e área 1 (ANEXO C) do *DUSI* de forma direta ou primária, através da técnica de entrevista, ocorrendo individualmente, em encontro único com duração

variada a depender da interrupção por conta da amamentação em livre demanda não sendo possível o estabelecimento de um horário específico para tal abordagem.

Ao final do *DUSI*, para completar as informações utilizou-se de dados oficiais dos prontuários, onde categorias profissionais diferentes da área da saúde registram a evolução do cliente, constituindo-se assim de fontes secundárias.

Figura 1 – Fluxograma da operacionalização dos dados



Fonte: Elaborada pela autora.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram tabulados no Windows for Excel e depois processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 20, licença nº 10101131007.

Os resultados foram organizados em tabelas com as frequências absolutas e relativas. Calcularam-se as médias e desvio padrão das variáveis. A associação entre o uso das substâncias com as variáveis sociodemográficas foi realizada pelo teste de razão de verossimilhança. Compararam-se os tipos de substância utilizada e a frequência desse uso com as médias de idade, a ocupação o estado civil, a religião e a DAP. Considerou-se como estatisticamente significativa as análises inferenciais se $p < 0,05$.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para a condução dessa pesquisa foram seguidos os princípios éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dita as normas e procedimentos de pesquisas envolvendo seres humanos além de levar em consideração os aspectos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2013), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da referida instituição sob o parecer de número 1.553.648 e CAAE 51181215.5.0000.5050 (ANEXO H).

Após a abordagem com apresentação da pesquisadora e exposição dos objetivos da pesquisa, o convite para participação era lançado e com a aceitação, realizava-se uma leitura do TCLE (APÊNDICE A) e/ou Termo de Assentimento (APÊNDICE B) com posterior assinatura de duas vias dos mesmos (uma para a pesquisadora e outra para a participante ou responsável legal), de forma a assegurar-lhes o sigilo, o anonimato, o livre acesso às informações, bem como, liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento, servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos éticos-legais (jurídico), os instrumentos eram aplicados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ADOLESCENTES PUÉRPERAS

A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas considerando a frequência absoluta, média de idade e desvio padrão. Constatou-se que é similar a quantidade de adolescentes puérperas usuárias de SPA entre 16 a 17 anos e 18 a 19 anos, com 41,2% cada. A média de idade da amostra foi $16,8 \pm 1,59$ anos.

Em se tratando de situação conjugal, 21 (61,8%) declararam-se solteiras. Quanto às atividades laborais, 20 (58,8%) não trabalham nem estudam, exercem suas atividades no lar. Aquelas procedentes da capital pontuam 26 (76,5%). A respeito da escolaridade, apresenta-se que 27 (79,4%) tem ensino fundamental incompleto. No que se refere à religião, obteve-se que 15 (44,1%) se declararam católicas.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas das adolescentes puérperas usuárias de SPA, MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio, 2016

VARIÁVEIS	N (%)	Média	± DP
Faixa etária		16,85	1,598
13 a 15	6 (17,6)		
16 a 17	14 (41,2)		
18 a 19	14 (41,2)		
Estado civil			
Solteira	21 (61,8)		
Casada/União estável	13 (38,2)		
Ocupação			
Do lar	20 (58,8)		
Estudante	7 (20,6)		
Trabalho fora de casa	7 (20,6)		
Procedência			
Capital	26 (76,5)		
Interior do Estado	8 (23,5)		
Escolaridade			
Ensino fundamental incompleto	27 (79,4)		
Ensino fundamental completo	1 (2,9)		
Ensino médio incompleto	4 (11,8)		
Ensino médio completo	2 (5,9)		
Religião			
Católica	15 (44,1)		
Evangélica	6 (17,6)		
Nenhuma	13 (38,3)		

Fonte: Elaborada pela autora.

Aproximadamente 51,1% da população brasileira, segundo o censo de 2010 do IBGE, representam as mulheres. Especificamente na adolescência, ou seja, entre 10 a 19 anos, elas chegam a 18% (IBGE, 2010a).

A adolescência está frequentemente associada a mudanças biopsicossociais (PATIAS et al., 2011) com buscas na inserção dos grupos de pares, reconhecimento de uma identidade de transição entre a infância e a fase adulta, independência e autoafirmação, novos padrões de comportamento sexuais, o que pode levar a práticas que põem riscos à saúde incluindo gravidez e experimentação de drogas.

Para Kim e Kim (2010), o fenômeno da gravidez na adolescência pode ser justificado devido à iniciação sexual precoce com adoção de comportamentos de risco à saúde envolvendo relações sexuais desprotegidas e uso incorreto ou não uso dos métodos anticonceptivos, além das DST's, infecção pelo HIV.

As reflexões na família dos adolescentes sobre sexualidade e gravidez ainda dá margens à busca por informações em outros personagens da vida que não pai e mãe, pelo fato que no seu lócus familiar, o adolescente encontra comunicação incompleta, parcial, deficiente, inefetiva e conflituosa (PATIAS et al., 2011).

Não se pode responsabilizar unicamente as adolescentes quanto ao planejamento de uma gravidez ou mesmo à adoção de práticas sexuais livres de riscos com comportamentos saudáveis sem que o olhar sob o investimento de políticas, programas e ações sejam envolvidos, e estes devem possibilitar o reconhecimento dos direitos, a autonomia e principalmente o empoderamento deste segmento da população com especificidades comportamentais, biológicas e fisiológicas próprias que o diferem dos demais sem que seja visto com discriminação.

Em grandes centros urbanos, a exclusão social revela-se como fator predominante para que este problema ocorra. Para a UNFPA (2013), a taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada elevada devido características do contexto de desenvolvimento brasileiro, sendo observado um viés de renda, raça/cor e escolaridade significativo na prevalência desse tipo de gravidez (adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes).

Sobre a natalidade entre adolescentes, a UNICEF afirma que em algumas regiões do Brasil, um em cada quatro bebês é filho de adolescentes de 10 a 19

anos, o que significa, segundo a pesquisa, a probabilidade de violações aos direitos da adolescente – por exemplo, comprometimento de seu desenvolvimento pessoal e social com altas taxas de evasão escolar e gravidez de risco (PAROLE, 2016).

A última pesquisa do Banco Mundial menciona que, em 2013, o Brasil se apresentava na 49ª posição com mais de 555 mil bebês nascidos de mães entre 15 a 19 anos, embora que a taxa de fecundidade global venha decrescendo ao longo das últimas décadas na América Latina e no Caribe como resposta a urbanização, imigração, industrialização, modernização, secularização, novas formas de família, mudanças nos papéis de gênero e acesso à informação (UNICEF, 2014).

A partir de um estudo transversal de Buriol et al. (2015) em que obteve o registro de nascidos vivos nos anos de 1996 a 2011 em 27 capitais estaduais brasileiras, o percentual de gestação na adolescência diminuiu, no entanto, mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população do Brasil, o número de adolescentes é a mais numerosa de toda a história.

Embora o nascimento seja repleto de expectativas, influenciado pela história da mulher e a assistência neste processo, Marques (2015) diz que para as puérperas usuárias de drogas atendidas na Rede de Atenção Psicossocial de uma maternidade de um hospital universitário do Rio de Janeiro, a construção de uma nova família com a vinda deste RN retrata a falta de conjuntura social na qual esta mulher está inserida já que elas são vítimas de constante violação de direitos, sendo tolhidas do acesso aos serviços e do direito de decisão da maternidade, tendo em vista que há uma preocupação restrita à proteção das crianças e, com isso, a separação do vínculo mãe e bebê, tendo as drogas como justificativa para tal fato.

Muitas vezes o paradigma da gravidez na adolescência vem arraigado de negativismo, mas esse momento também pode representar um evento gerador de condicionantes positivos como diz Demori et al. (2016) em um estudo qualitativo com adolescentes gestantes, primigestas e multigestas entre 10 e 19 anos na cidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul sobre o significado cultural da maternidade para elas e concluiu que embora a gravidez na adolescência seja visto como advento fora da hora atraindo conotações negativas, os sentimentos de amor, responsabilidade e felicidade se sobressaem sem se importar com um discurso social de inadequação e incompatibilidade.

A gravidez/puerpério a partir de 13 anos e o envolvimento com SPA a partir de 11 anos nesse estudo, permite declarar que estas adolescentes não

conseguirão atingir seu pleno desenvolvimento pessoal, econômico e social (UNICEF, 2014). Se por um lado o organismo feminino ainda não está preparado para gerar outro ser semelhante, por outro, está sendo destruído gradualmente pelo uso de substâncias químicas.

Marcada por uma conflituosa fase, a adolescência traz consigo o legado que ao deparar-se com a gravidez, um fator de risco gestacional, anterior a esse período é a situação conjugal insegura, relação instável, ausência de parceiro ou até mesmo perda de vínculos familiares (CEBRID, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2013; YABUUTI; BERNARDO, 2014).

No que se referem à condição econômica, as atividades laborais das adolescentes desse estudo foram semelhantes a dois estudos realizados no Paraná. O primeiro com 12 gestantes (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013) e o segundo com 72 gestantes (KASSADA *et al.*, 2014) ambos grupos são usuárias de drogas. Obteve-se que a grande maioria delas não exercia atividade econômica remunerada, correspondendo a parcela dos inativos da População Economicamente Ativa (PEA), com maioria de domicílio no meio urbano, encontrando correlação com o censo do IBGE 2010 que refere a alta taxa de urbanização em torno de 84,4% (IBGE, 2010b).

A condição social resulta, por vezes, do nível de educação adquirido. Quando foi mostrado que a maioria das adolescentes não completou o ensino fundamental, ou seja, o tempo de estudo não foi igual ou superior a 9 anos, faz-se perceber o alto índice de evasão escolar, que expõe o indivíduo em situação de vulnerabilidade além de impor limites às oportunidades que poderiam ter ao longo de toda a sua vida.

Corroborando, Vettorazzo e Fantti (2015) dizem que mulheres com menores índices de instrução tiveram o primeiro filho por volta dos 19 anos. Para Zavaschi *et al.* (2014) a baixa escolaridade e a pobreza contribuem um aliado para a entrada no grupo de risco de dependência química, negligência, abuso e maus-tratos.

Partindo de uma perspectiva oposta, Yabuuti e Bernardy (2014) referem que o abandono à escola pode estar relacionado a dificuldades no aprendizado como efeito dos prejuízos cognitivos, ocasionado pelo uso crônico das SPA.

Quanto à expectativa de obter instrução de nível superior, relacionando fatores individuais e familiares associados à gravidez na adolescência e incluindo uso frequente de álcool e drogas ilícitas por familiar, Caputo e Bordin (2008)

descrevem um estudo de caso-controle comparando dois grupos de adolescentes escolares do sexo feminino entre 13 e 17 anos. Os casos consistiam em 100 primigestas e os controles em 308 jovens sexualmente ativas, sem história pregressa de gravidez no município de Marília – São Paulo. O resultado da pesquisa revelou que o desejo de cursar uma faculdade funciona como fator de proteção à gravidez antes dos 18 anos.

Quando o assunto é educação, Duarte (2007) e Liberate (2004) concordam que esta obrigação do Estado e família enaltece a importância da cidadania com o pleno desenvolvimento da pessoa e a efetivação do progresso social além de ser um bem jurídico que deve ser protegido integralmente amparado legalmente e que atenda, pelo menos, os padrões mínimos de qualidade a fim de cumprir sua função social.

Sendo o acesso à educação básica obrigatória e ao direito público, conforme consta na Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Lei 9.394/96 das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a CFB em seu artigo 205 entende que a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, sendo promovida e incentivada com a colaboração da sociedade com vistas ao pleno desenvolvimento da pessoa, assim como seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 2003).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, em 1996, foi regulamentada no Brasil, tendo origem a partir do Ensino de Primeiro Grau, que promoveu a fusão dos antigos curso primário (com quatro a cinco anos de duração), e do curso ginásial, com quatro anos de duração, este último considerado, até 1971, ensino secundário (BRASIL, 2006b).

Pelo Projeto de Lei nº 3.675/04, transformado na Lei Ordinária 11274/2006, a duração obrigatória do Ensino Fundamental foi ampliada de oito para nove anos passando a abranger a Classe de Alfabetização (fase anterior à 1ª série, com matrícula obrigatória aos seis anos) que, até então, não fazia parte do ciclo obrigatório (a alfabetização na rede pública e em parte da rede particular era realizada normalmente na 1ª série). Lei posterior (11.114/05) ainda deu prazo até 2010 para Estados e Municípios se adaptarem (BRASIL, 2006b).

Desde a aprovação do ECA, o país fez importantes avanços em direção à universalização do acesso ao ensino fundamental, buscando a democratização do conhecimento como forma de facilitar o acesso a um ensino de qualidade em todos

os níveis aumentando o número de escolas regulares e profissionalizantes, ampliando e melhorando as creches e trazendo às universidades as classes menos favorecidas a esperança de uma vida melhor, com redução de fatores de risco entre os adolescentes, principalmente.

Verificando que a busca por melhores relações sociais e familiares, envolvem tanto a educação como a religião, e que estes são influenciadores positivos apoiados por pressupostos éticos, políticos e culturais, tornando-se meios capazes de incentivar a adoção de práticas para manutenção da saúde física e mental, nesse estudo verificou-se que embora se afirmando católicas, o uso de SPA foi mencionado por parte delas.

Corroborando, Tavares, Béria e Lima (2004) apontam que um maior envolvimento religioso influencia nos sentimentos de esperança e segurança para o futuro, tornando-os menos inclinados a envolver-se em abuso de substâncias além da percepção da prática religiosa como um marcador dos comportamentos assumidos por jovens com perfil mais conservador, e isso contribui a menores riscos de envolvimento em problemas característicos da idade.

A importância do seguimento do conjunto de normas e valores ensinados pela família ou colaboradores na educação dos adolescentes, podendo ser constituído por membros da igreja ou escola, traz um significado que repercute em menor adoção a comportamentos de riscos à saúde como o uso de SPA.

Para Panzini et al. (2007) a qualidade de vida está fortemente relacionada com religiosidade ou espiritualidade a ponto de afirmarem haver interferência positiva no comportamento e na saúde das pessoas.

Reiterando, Gomes et al. (2015) apresentaram uma pesquisa com 2434 estudantes entre 15 e 18 anos de escolas públicas e privadas da cidade de São Paulo, cujo objetivo foi a investigação do uso de drogas e a prática de religião. Obteve como resultado que a religiosidade funciona como fator de proteção com conseqüente redução e até inibição de consumo de drogas a partir do estímulo à prática de esportes, bom relacionamento familiar, autoestima elevada.

Com a amostra de 6264 estudantes de 85 escolas em 48 municípios pernambucanos entre 14 e 19 anos, Santos et al. (2013) concluíram que a prática de uma religião, independentemente daquela seguida, foi considerada como fator de proteção para o consumo de álcool, cigarros, drogas ilícitas.

Na tabela 2, é mostrada que do total, 21 (61,7%) são primíparas, 21 (61,7%) foram submetidas a parto cesariano. Contudo, verificou-se que desses 21 partos cesarianos, 13 (61,9%) teve como indicação problema materno como: pré-eclâmpsia grave (PEG), descolamento prematuro de placenta (DPP), placenta prévia (PP), desproporção céfalo-pélvica (DCP), parada de progressão, retrovírose, pós-datismo. Sobre o teste sorológico para verificação de sífilis congênita (VDRL), tem-se que 26 (76,5%) foi não reagente. Obteve-se ainda, que dentre 26 (76,5%) dos RN's não foi apresentada asfixia neonatal.

Tabela 2 – Variáveis obstétricas e neonatais das adolescentes puérperas usuárias de SPA, MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio, 2016

VARIÁVEIS	N (%)
Paridade	
Primípara	21 (61,8)
Secundípara	11 (32,3)
Múltipara	2 (5,9)
Tipo de parto	
Cesárea	21 (61,8)
Vaginal	13 (38,2)
Indicações dos partos abdominais	
Patologia materna (PEG, DPP, PP, DCP, Parada de Progressão, retrovírose, pós datismo)	13 (61,9)
Patologia fetal (RCIU, anomalias, prematuridade, taquicardia, SFA)	8 (38,1)
VDRL	
Não reagente	26 (76,5)
Reagente	8 (23,5)
Apgar 5'	
Sem asfixia	29 (85,3)
Com asfixia	5 (14,7)

Fonte: Elaborada pela autora.

A cesariana é o tipo de intervenção cirúrgica mais realizada no mundo estimando-se que, anualmente, são realizadas cerca de 20 milhões (BETRÁN et al., 2007; GIBBONS; BELIZAN; LAUER, 2012).

O Brasil apresenta altas taxas de incidência de partos cesarianos (36,4%) quando comparado a vários países como os EUA (24,7%), Canadá (19,5%), Dinamarca (13,1%) e Austrália (7,5%) (TEDESCO et al., 2004).

Para Domingues et al. (2014) a organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto, ou seja, a decisão permeia a presença de intercorrências ou não durante a gestação, trabalho de parto, assim como alguns fatores, não só obstétricos, mas de cunho cultural,

socioeconômico, riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras, porém é percebido por muitos como negação do empoderamento de escolha da futura mãe.

De acordo com Amorim, Souza e Porto (2010), as principais evidências que recomendam o parto cesariano são distócia/falha na progressão do parto, apresentação pélvica, desproporção céfalo-pélvica, má posição fetal, apresentação de face, apresentação córmica, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou mecônio, centralização fetal, cesárea anterior.

Reconhecendo que a cesariana acarreta riscos, Leeman e Plante (2006) ressaltam o aumento da mortalidade materna (hemorragia no pós-parto, infecção e tromboembolismo), e, até mesmo, problemas em gravidezes subsequentes que envolvem placenta prévia, placenta acreta, rotura uterina e histerectomia periparto.

A propósito, Guerreiro (2013) reforça os riscos de uma cesariana com consequências negativas para a saúde reprodutiva da mulher e enfoca que há necessidade de redução desses números apoiando-se na prestação de uma adequada informação às grávidas e na definição clínica criteriosa e individualizada do risco para o parto assim como capacitação constante dos recursos humanos para o treino no parto instrumentado.

Ainda no pré-natal, uma investigação minuciosa do estado de saúde da futura mãe prevê a realização de exames laboratoriais a fim de detecção de doenças que trazem danos irreparáveis à vida gerada, mas, quando tratada com terapia farmacológica correta, as chances de prejuízos são ínfimas, entre elas, a sífilis.

O VDRL, sigla de *Venereal Disease Research Laboratory*, é um teste sorológico que tem sido apontado como altamente eficaz para diagnosticar a sífilis (CASTRO; PRIETO; PEREIRA, 2008) que ocorre a partir da infecção do conceito pela espiroqueta *Treponema pallidum*. Quando oriunda de gestante não tratada ou inadequadamente tratada, pode-se dizer que há sífilis congênita. Ocorrendo em qualquer fase gestacional as taxas de transmissão vertical podem atingir valores de 70% a 100% dependendo da fase da doença em que a gestante se encontra (DE LORENZI; MADI, 2001; BERMAN, 2004, DE LORENZI et al., 2005).

Adentrando a gravidade das manifestações clínicas da sífilis, tem-se: prematuridade/baixo peso, choro ao manuseio, hepatomegalia e esplenomegalia, rinite serosanguinolenta, osteocondrite, periostite ou osteíte, pneumonia, anemia severa, icterícia neonatal, hidropisia, pseudoparalisia dos membros, fissuras

periorificiais, condiloma plano, pênfigo palmo-plantar, fronte olímpica, nariz em sela, deformação dos dentes incisivos medianos superiores (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, tibia em sabre, surdez (lesão do 8º par craniano), dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2007).

Embora não sendo encontrados expressivos percentuais de significância entre uso de SPA e VDRL reagente (14,7%) nesse estudo, indicando possíveis casos de sífilis congênita, esses dados alertam para a preocupação de que as consequências advindas com a exposição ao *Treponema pallidum* pode resultar em óbito fetal (ocorrido após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas) ou aborto por sífilis (perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação, ou com peso menor a 500 gramas), onde em ambos os casos a mãe é portadora de sífilis e foi inadequadamente ou não foi tratada. Ademais, quando o RN nasce, pode apresentar complicações que variam desde prematuridade e baixo peso ao nascimento até complicações neurológicas tardias (BRASIL, 2006a).

Para descrever a avaliação da vitalidade do RN imediatamente ao nascimento, é utilizada a escala de Apgar. Para Freitas et al. (2014), Silva (2014) e Camelo et al. (2015) o uso de SPA e o Apgar não tem associação.

Para Melo et al. (2014) essa associação ocorre a partir da relação com o tipo de droga utilizada, tempo de exposição e quantidade usada.

Essa avaliação imediata da vitalidade do recém-nascido envolve mensuração de quesitos que subsidiem assistência integral, rápida e eficiente. A verificação simultânea da respiração e frequência cardíaca predizem a necessidade ou não de reanimação cardiorrespiratória. Mas, se o RN é a termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, sem a presença de líquido amniótico meconial, apresenta boa vitalidade, não necessita de qualquer manobra de reanimação (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

Utilizada prontamente para avaliação do neonato após o parto, a escala de Apgar mensura condições fisiológicas e a capacidade de resposta de uma possível reanimação, sem que haja espera da sua aplicação para determinar o início e as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento (LOTH; VITTI; NUNES, 2001; ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

A mensuração de cinco sinais (frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração) no 1º e 5º minutos de vida do RN estabelecem o índice de Apgar somando-os e atribuindo pontos que variam de 0 a 2,

com soma total de até 10, sendo este o ideal (FREITAS et al., 2013), embora não seja único nem totalmente fidedigno apenas a utilização desses dados para estabelecer um diagnóstico final de asfixia perinatal, conforme define a APA e a Faculdade Americana de Obstetrícia e Ginecologia (PORTMAN et al., 1990; RAMESH et al., 2008).

O boletim Apgar de 1º minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode traduzir sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica, já o Apgar do 5º minuto representa uma melhor acurácia na avaliação. Escores entre 8 a 10 significam boas condições de saúde sem asfixia; entre 5 e 7 classifica-se como asfixia leve, 3 e 4 demonstra um estado moderadamente deprimido e abaixo disso, geralmente, representa um mau estado ou depressão grave com possíveis danos neurológicos caso se perpetue com esses escores na próxima avaliação aos 5 e 10 minutos (MATIAS et al., 2013).

Ressalta-se que essa avaliação é um momento decisivo para a manutenção da integridade dos RN's visto que quanto mais precoce houver detecção de asfixia neonatal, mais rápida deverão ser os procedimentos para restabelecer a sua vitalidade.

5.2 VARIÁVEIS DO DUSI

Na tabela 3, detalham-se as faixas etárias de início do uso de substâncias, os responsáveis por oferecê-la pela primeira vez, àquelas SPA usadas e a frequência desse uso no último mês.

Verifica-se que a faixa etária de início do uso foi entre 11 a 14 anos, 21 (61,8%) com média de idade de $13,7 \pm 1,771$ anos. A respeito da influência para o uso, foi verificado que entre 20 (58,8%), os amigos foram citados como responsáveis por oferecer pela primeira vez uma SPA.

Vale ressaltar que dentre as 13 substâncias apresentadas no instrumento (ANEXO B), apenas 7 delas foram citadas como uso nos últimos 30 dias pelas participantes, apresentando-se dessa forma: 17 (50%) maconha, 14 (41,2%) álcool, 14 (41,2%) tabaco, 9 (26,5%) analgésico sem prescrição médica, 8 (23,5%) cocaína/crack, 3 (8,8%) inalantes/solventes e 2 (5,9%) tranquilizantes, podendo ter sido usadas isoladamente ou em associação, porém, esses dados referentes ao tipo de substâncias são apresentados separadamente para que não haja conflito na sua

interpretação. Portanto, o cálculo percentual do uso considera o total da amostra incluindo também aquelas que não utilizaram a substância analisada.

A maconha se destacou como a SPA mais consumida no último mês relacionando-se com maiores índices de uso recente (uso de 1 a 2 vezes no último mês).

Tabela 3 – Idade de início do uso de SPA, responsável por oferecer substâncias, tipo e frequência de SPA usadas pelas adolescentes puérperas no último mês, MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio, 2016

VARIÁVEIS	N (%)	Média	± DP
Faixa etária de início do uso de SPA		13,72	1,771
11 a 14	21 (61,8)		
15 a 18	8 (23,5)		
Não lembra ou não quis dizer	5 (14,7)		
Quem ofereceu pela primeira vez			
Amigos	20 (58,8)		
Iniciativa própria	9 (26,5)		
Familiares	5 (14,7)		
SPA usada no último mês			
Maconha	17 (50,0)		
Álcool	14 (41,2)		
Tabaco	14 (41,2)		
Analgésicos	9 (26,5)		
Cocaína/Crack	8 (23,5)		
Inalantes, solventes	3 (8,8)		
Tranquilizantes	2 (5,9)		
Frequência de SPA usada no último mês	Não usou	Usou de 1 a 2x	Usou mais de 3x
Maconha	17 (50,0)	10 (29,4)	7 (20,6)
Álcool	20 (58,8)	9 (26,5)	5 (14,7)
Tabaco	20 (58,8)	5 (14,7)	9 (26,5)
Analgésicos (sem prescrição médica)	25 (73,5)	4 (11,8)	5 (14,7)
Cocaína/Crack	26 (76,5)	5 (14,7)	3 (8,8)
Inalantes, solventes (cola, lança perfume etc.)	31 (91,2)	3 (8,8)	-
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos etc.) (sem prescrição médica)	32 (94,1)	-	2 (5,9)

Fonte: Elaborada pela autora

Conforme a tabela 3, a faixa etária de início do uso de SPA foi entre 11 a 14 anos corroborando com Marangoni e Oliveira (2013) quando apresentam que mulheres usuárias de drogas referiram ter iniciado essa prática antes de completar 15 anos, e o mais agravante é que aos 12 anos já usavam múltiplas associações delas. Ademais, sobre o consumo de SPA legais, Tomaz et al. (2014) relatam que mulheres maiores de 18 anos iniciaram o consumo com 10 anos de idade.

Para demonstrar a amplitude de uso de SPA entre os adolescentes, Swendsen et al. (2012) apresentam um estudo realizado nos Estados Unidos com 10.123 jovens de 13 a 18 anos e mostra que o uso de álcool e drogas é comum entre eles, onde 78,2% afirmaram ter consumido álcool ao final da adolescência, 47,1% tinham atingido níveis de consumo regular definida por pelo menos 12 bebidas num determinado ano e 15,1% preencheram os critérios para abuso na vida. Especificamente sobre drogas ilícitas, 81,4% relataram que tiveram oportunidade de usá-la, 42,5 % referiram seu uso e em 16,4% o abuso dessas substâncias foi mencionado.

Esse mesmo estudo mostrou ainda que a idade média de início do uso de álcool foi de 14 anos, com ou sem dependência, de 14 anos para o abuso de drogas com dependência, e 15 anos para o abuso de drogas sem dependência.

Influências de amigos para uso de SPA foi mencionada por 20 (58,8%) das adolescentes. Marangoni e Oliveira (2013) referem que entre mulheres usuárias de SPA, pessoas mais próximas de convívio diário também influenciaram esta prática.

Para Valença et al. (2013) a busca pela própria identidade e a socialização alavanca a possibilidade da experimentação de drogas entre o grupo de pares além da oferta de amigos com o posterior aceite comumente pode estar significando sentimentos de contestação, impetuosidade, idealismo e onipotência.

A vulnerabilidade para experimentação de drogas ocorre devido a influências externas e internas, perfazendo uma gama de fatores associados. Quando para muitos a influência dos amigos pode significar o início do uso, para outros o vínculo familiar representa o suporte necessário a não experimentação.

Curiosidade, conflitos familiares, instabilidade dos relacionamentos amorosos, influência de pares são alguns gatilhos apontados na literatura como fatores de risco para o consumo de drogas (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; TOMAZ et al., 2014).

Sendo apontada como a SPA de maior uso no último mês entre as adolescentes puérperas desse estudo, estando presente entre 17(50%), a maconha é considerada a droga ilícita de preferência entre os brasileiros e em segundo lugar ficam os solventes conforme Tomaz et al. (2014). Já para o uso do crack, Galduróz, Noto e Locatelli (2015) mencionam que o consumo se equiparou ao do álcool na população brasileira nas últimas décadas.

Corroborando, Barbosa et al. (2011) e Lopes et al. (2011) afirmam que a maconha é a droga ilícita isolada mais utilizada na população brasileira em geral, seguida pelo crack, anfetaminas, opióides, álcool, tabaco e solventes a base de tolueno.

Após 30 minutos da inalação desta droga, sua concentração na corrente sanguínea atinge níveis extremamente elevados ocasionando aumento de frequência cardíaca, vasodilatação, hiperemia conjuntival, aumento de apetite, sensação de euforia ou relaxamento, diminuição da percepção de tempo e espaço, perda da inibição (BARBOSA et al., 2011).

Embora com estudos controversos sobre os prejuízos causados pelo uso da maconha durante a gravidez, acredita-se que a prevalência de fetos anencefálicos tem fortes indícios agregados ao uso dessa substância, assim como tempo de exposição e associação com policonsumo com outras SPA (BARBOSA et al., 2011; LOPES et al., 2011).

Ainda sobre a maconha durante a gravidez, Marangoni e Oliveira (2013) destacam que ao realizar uma pesquisa no Paraná com mulheres usuárias de drogas de abuso hospitalizadas durante a gestação devido intoxicação aguda ou crônica, as participantes citam que esse período não isentou o seu uso, ocupando o primeiro lugar dentre as drogas ilícitas, seguido do consumo de álcool e drogas dentre as drogas lícitas. Enfatizaram ainda que a associação destas ocorreu em muitos momentos e que a gestação não funcionou como motivo para interrupção do uso de drogas.

No entanto, esses pesquisadores apontam que fatores desencadeantes do uso de drogas estão relacionados a aspectos socioculturais e psicossociais da sua vida na família e na comunidade de convivência.

O enfrentamento dos problemas por parte dos adolescentes parece ganhar contornos diferentes quando buscam o uso de SPA na tentativa de solucionar suas adversidades, no entanto essa fuga vem arraigada de consequências devastadoras.

Alguns comportamentos apresentados pelas adolescentes a partir do envolvimento com SPA podem ser constatados a partir de respostas afirmativas conforme a tabela 4.

Tabela 4 – Intensidade do envolvimento e Densidade Absoluta de Problemas (DAP) das adolescentes puérperas usuárias de SPA, MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio, 2016

	SIM N (%)	NÃO N (%)
Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?	24 (70,6)	10 (29,4)
Alguma vez você discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa do seu uso de álcool ou drogas?	17 (50,0)	17 (50,0)
Alguma vez sentiu fissura ou desejo forte por álcool ou outras drogas?	16 (47,1)	18 (52,9)
Alguma vez você já teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool e drogas?	16 (47,1)	18 (52,9)
Alguma vez você já teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob o efeito de álcool e outras drogas?	15 (44,1)	19 (55,9)
Você tem problemas para resistir o uso de álcool e drogas?	14 (41,2)	20 (58,8)
Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou drogas?	14 (41,2)	20 (58,8)
Você gosta de “brincadeiras” que envolvem bebidas quando vai a festas?	13 (38,2)	21 (61,8)
Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou outras drogas para conseguir o efeito desejado?	13 (38,2)	21 (61,8)
Alguma vez você teve sintoma de abstinência após uso de álcool (tremores, náuseas, vômitos, dor de cabeça)?	12 (35,3)	22 (64,7)
Alguma vez já deixou de realizar atividades por ter gastado muito dinheiro com álcool ou outras drogas?	10 (29,4)	24 (70,6)
Alguma vez vocês sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou outras drogas?	9 (26,5)	25 (73,5)
Alguma vez você quebrou as regras ou desobedeceu a leis por estar “alto” sob o efeito de álcool ou outras drogas?	6 (17,6)	28 (82,4)
Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool e outras drogas?	6 (17,6)	28 (82,4)
Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?	4 (11,8)	30 (88,2)
Densidade Absoluta de Problemas	N (%)	
Uso experimental (0 a 13,3%)	6 (17,6)	
Uso pesado (a partir de 53,3%)	8 (23,5)	
Uso de risco (20 a 46,6%)	20 (58,8)	

Fonte: Elaborada pela autora.

A partir dessa tabela, observa-se que o comportamento mais afetado se refere a mudança de humor ocorrendo mais expressivamente em 24 (70,6%) podendo ter como fator relacionado o mau uso de substâncias. Compreende-se por

regulação do humor prejudicada o estado mental caracterizado por mudanças no humor ou no afeto e que abarca uma série de manifestações afetivas, cognitivas, somáticas e/ou fisiológicas, variando de leves a graves (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O uso de drogas causa alterações na maneira da pessoa pensar, sentir e também de agir. Mas as modificações observadas nos usuários não são sempre iguais, pois depende das propriedades da substância assim como da realidade social em que eles se encontram e principalmente das suas características físicas e psíquicas.

Para Sanches e Marques (2010), os efeitos gerais do uso de drogas sobre o humor são importantes epidemiologicamente, fornecendo informações significativas para a organização de serviços de saúde mental e para a clínica cotidiana.

Entretanto, os principais sintomas clínicos causados pelo uso de drogas são: a) álcool: tremores, ansiedade, taquicardia, vômitos, alterações de humor, confusão mental (DIEHL et al., 2011); b) nicotina: inquietação, irritabilidade, ansiedade (PRESSMAN; GIGLIOTTI, 2011); c) maconha: ansiedade, inquietação, depressão (ZUARDI; CRIPPA, 2011); d) cocaína e crack: depressão, ansiedade, letargia, esgotamento físico, perda de peso (ALVES et al., 2011).

Além da alteração no humor, o uso de SPA em uso experimental ou recreativo também podem afetar diretamente na cognição, autocuidado, autoestima, capacidade de concentração, memorização e aprendizagem, capacidade de assumir novas funções sociais, formação de identidade pessoal e profissional, capacidade de julgamento, relações interpessoais e vínculos afetivos (CORDELLINI et al., 2006; JINEZ et al., 2009).

Sobre as relações interpessoais com a família ou amigos, a presença de discussões sérias ou briga por causa do uso de álcool ou drogas ocorreu entre 17 (50%).

Os danos causados aos relacionamentos interpessoais dizem respeito aos problemas gerados nas relações sociais e afetivas a partir dessa mudança de comportamento do usuário de drogas.

Um dos principais prejuízos apontados por um grupo de usuários atendidos no CAPS-AD do Rio Grande do Sul a partir do envolvimento com SPA foram os relacionamentos interpessoais justificando a droga como centro da sua

vida (DALPIAZ et al., 2014). Nesse caso, é fundamental atentar para o fato de que esse indivíduo está exposto a outros riscos em decorrência dessa prática além daqueles que consideramos estar diretamente relacionados.

Para Laranjeira (2014), a partir do instante em que o usuário desenvolve dependência de drogas, o uso passa a ser compulsivo e acaba destruindo as melhores qualidades da própria pessoa, contribuindo para a desestabilização da sua relação com a família e com a sociedade. Percebe-se que o usuário passa a ter dificuldades em manter suas relações, o que pode provocar fragilização ou até mesmo o rompimento de vínculos familiares e afetivos.

Vale citar ainda que alguns fatores de proteção contra o uso de drogas são o bom relacionamento familiar, supervisão ou monitoramento dos pais em relação ao comportamento dos filhos e noções claras de limites, bem como valores familiares de religiosidade ou espiritualidade, assim como envolvimento com atividades escolares e esportivas e bom desempenho acadêmico (PECHANSCKY et al., (2015).

Ainda na tabela 4, a DAP é expressa a fim de mostrar o tipo do uso conforme o risco. Em 6 (17,7%) o uso foi experimental, 20 (58,8%) estão classificadas como uso de risco e 8 (23,5%) uso pesado. Mais adiante o comentário desse resultado será exposto ao se realizar o cruzamento entre as variáveis.

5.3 CRUZAMENTO DAS VARIÁVEIS

Em âmbito geral, as SPA lícitas são produzidas e comercializadas livremente entre a população brasileira, servindo muitas vezes como portas de entrada para as substâncias ilícitas.

Analisando a tabela 5, embora sem associação estatística significativa, a maconha apareceu como a SPA mais usada entre as adolescentes, independente da idade, ou seja, o percentual de adolescentes em ambas as faixas etárias foi idêntico (50%).

Entre 13 a 15 anos é demonstrado um maior consumo de álcool, tabaco com o mesmo percentual cada uma (50%) e cocaína/crack (33,3%) do que aquelas entre 16 a 19 anos. Por sua vez, estas preferem tranquilizantes (7,1%), analgésicos sem prescrição médica (28,6%) e inalantes/solventes (10,7%).

Tabela 5 – Distribuição do número de adolescentes puérperas usuárias de SPA no último mês segundo a faixa etária e tipo de substância, MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio de 2016

Substâncias	Faixa etária		<i>p</i> – valor*
	13 - 15 N = 6 N (%)	16 - 19 N =28 N (%)	
Maconha			0,954
Não	3 (50,0)	14 (50,0)	
Sim	3 (50,0)	14 (50,0)	
Álcool			0,887
Não	3 (50,0)	17 (60,7)	
Sim	3 (50,0)	11 (39,3)	
Tabaco			0,413
Não	3 (50,0)	17 (60,7)	
Sim	3 (50,0)	11 (39,3)	
Analgésico			0,435
Não	5 (83,3)	20 (71,4)	
Sim	1 (16,7)	8 (28,6)	
Cocaína/crack			0,268
Não	4 (66,7)	22 (78,6)	
Sim	2 (33,3)	6 (21,4)	
Inalantes			0,268
Não	6 (100,0)	25 (89,3)	
Sim	-	3 (10,7)	
Tranquilizantes			0,370
Não	6 (100,0)	26 (92,9)	
Sim	-	2 (7,1)	

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de verossimilhança

O uso de SPA traz prejuízos à saúde materna e fetal. A amplitude irá depender da quantidade de uso e tempo de exposição. Em particular sobre a maconha, vale ressaltar que ela vem sendo referida como substância ilícita causadora de potenciais implicações na saúde do binômio (LOPES; ARRUDA, 2010; MATTA; SOARES; BIZARRO, 2011; KASSADA et al., 2014; MELO et al., 2014) embora não se saiba com exatidão os efeitos dessa substância e seus metabólicos sobre o feto e crianças nascidas de mães usuárias (BARBOSA et al., 2011), além do aumento progressivo desse consumo entre o público feminino em plena gestação (BARBOSA, 2011; YABUTTI; BERNARDY, 2014; MELO et al., 2014).

O VI Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino realizado pelo SENAD/CEBRID mostra que das 27 capitais brasileiras, cuja pesquisa foi aplicada a 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular, em relação ao gênero, 51,2% era do

sexo feminino e 47,1% masculino, com predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos (42,1%) e apesar de 25,5% dos estudantes terem referido uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês, com pequenas diferenças entre gêneros (CARLINI et al., 2010).

Reforçando o presente estudo sobre uso de *cannabis*, dados do II LENAD em 2012 mostram que o seu consumo ocupa o primeiro lugar na população brasileira, onde 597 mil adolescentes brasileiros declararam já ter feito uso alguma vez na vida.

A prevalência do uso de maconha (4%), cocaína (1,7%), ambas as drogas (0,3%) também se faz presente num estudo brasileiro de Mitsuhiro (2006) entre 1000 adolescentes gestantes entre 11 a 19 em São Paulo onde 6% usaram drogas durante o terceiro trimestre da gravidez.

Estimativas das principais pesquisas nos Estados Unidos, incluindo a Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde (NSDUH), os Nutrição Exame Survey (NHANES) (FRYAR et al., 2009) e o acompanhamento do estudo Future (JOHNSTON et al., 2010) indicam que a maioria dos adolescentes com 17 anos de idade já tinham consumido álcool (59% a 71%) alguma vez na vida. Quando se tratava de drogas ilícitas, 31% a 44% haviam experimentado *cannabis* e de 4% a 6% tinham experimentado cocaína.

Um fato preocupante é que não foram observadas diferenças quanto uso de álcool entre os sexos ou mesmo no uso de drogas ilícitas no Inquérito Nacional de Saúde e NHANES entre 1999 e 2004.

Ademais, os padrões de uso de álcool e drogas que surgem durante a adolescência são cada vez mais reconhecidos como determinantes importantes do comportamento do uso de substâncias mais tarde assim como apresentam significância com distúrbios como depressão, ansiedade (ANTHONY; PETRONIS, 1995; PITKÄNEN et al., 2005).

Quanto ao tabaco, Freitas, Gallarreta e Morais (2014) dizem que mesmo durante a gravidez, a incidência de mulheres que mantém esse hábito ainda é considerada alta variando conforme a região e o período cronológico estudado.

Ainda sobre o *crack* e seus similares foi apontado por Galduróz, Noto e Locatelli (2015) que 50 mil crianças e adolescentes brasileiros são considerados usuários regulares dessas drogas. Quanto ao uso de solventes entre os estudantes do ensino fundamental e médio, o Brasil é um dos países com maiores índices não

sendo ultrapassado por nenhum outro país tanto das Américas quanto da Europa.

Leal e Neder (2013) relatam que após entrevista com 109.104 alunos do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas em todo país, o IBGE concluiu que ocorreu um salto no número de adolescentes usuários de substâncias ilícitas no Brasil dentre aqueles que viviam em capitais, entre os anos de 2009 a 2012.

Observando a tabela 6, constata-se que o álcool e o tabaco foram as SPA que apresentaram associação estatística expressiva com a ocupação, ao passo que o valor de p sendo referente ao teste de verossimilhança, apresentou-se nesse caso como $p < 0,05$.

Tabela 6 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês de acordo com a ocupação, MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio, 2016

Substância	Do lar N= 20 N (%)	Estudante N=7 N (%)	Trabalho remunerado N=7 N (%)	p – valor*
Maconha	12 (60,0)	3 (42,9)	2 (28,6)	0,302
Álcool	7 (35,0)	3 (42,9)	4 (57,1)	0,027
Tabaco	10 (50,0)	1 (14,3)	3 (42,9)	0,005
Analgésico	4 (20,0)	3 (42,9)	2 (28,6)	0,813
Cocaína/crack	6 (30,0)	1 (14,3)	1 (14,30)	0,486
Inalantes/solventes	3 (15,0)	-	-	0,184
Tranquilizante	5 (50,0)	-	1 (14,3)	0,465

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de verossimilhança

O uso de álcool dependeu da ocupação visto que as adolescentes que mais consomem essa SPA tem trabalho remunerado (57,1%) com p 0,027, assim como para o tabaco em que se apresenta que adolescentes do lar (50%) tem p 0,005.

Em relação às outras SPA, não houve significância estatística entre o tipo de substância e ocupação. Entretanto, vale apresentar que as maiores consumidoras de maconha, cocaína/crack, inalantes/solventes são do lar, com percentuais de 60%, 30% e 15% respectivamente.

Há diversos motivos que podem levar alguém a experimentar SPA a depender das necessidades e impulsos de cada um. Mas, no período da adolescência, algumas razões são bastante comuns principalmente pelo traço de

busca de autoafirmação que há nessa faixa etária ou mesmo o fácil acesso, uso familiar e grupos de amigos, ociosidade, evasão escolar.

De acordo com Reinaldo et al. (2010) o adolescente está exposto a situações de vida para as quais nem sempre está pronto ou se acha capaz de enfrentar. Entre elas a necessidade de trabalhar para ajudar na renda familiar, o que pode influenciar em grau e momentos diferentes de forma decisiva no uso, ou não de SPA.

Pelo fato de ser considerada como drogas lícitas, o álcool e o tabaco conseguem ser adquiridos no comércio por qualquer pessoa independente da idade, embora que existam leis nacionais que proíbem a venda à menores de 18 anos, no entanto são descumpridas sistematicamente.

A partir de um estudo de Matta, Soares e Bizarro (2011) com gestantes, pode ser conhecido que suas atitudes quanto ao consumo de álcool e tabaco levam a acreditar na conscientização no que condiz as consequências negativas advindas com essa prática, assim como no uso de medicações sem prescrição médica e drogas ilegais nesse período e também durante a amamentação.

Para Lopes, Maidana e Santos (2013), a ansiedade causada pela ociosidade é um forte preditor da abstinência de drogas, visto que quando não se tem nenhuma atividade produtiva para fazer, o pensamento volta-se ao uso de substâncias, podendo gerando em seu corpo ansiedade (taquicardia, sudorese, náuseas, dispneia, extremidades frias, inquietação, irritabilidade, sobressalto, insegurança), que aumentará de intensidade caso não haja nenhuma estratégia para desviar o foco.

Contribuindo, Rodríguez, Scherer (2008) e Cozer (2012), a ociosidade é uma motivação interna apontada como forte influenciador para o uso de drogas com posterior dependência química.

A fim de minimizar esses fatores de risco para o envolvimento, Filho et al. (2015) sugere a necessidade da implementação de trabalhos educativos no contexto em que os adolescentes vivem, seja escolar, social e familiar de modo a apoiar e minimizar as diversas vulnerabilidades dos adolescentes.

A partir da tabela 7 pode ser examinado que estatisticamente não houve uma associação entre o uso de SPA com o estado civil, todavia comparando as SPA mais usadas pelas adolescentes solteiras em relação às casadas, obtém-se que o álcool (42,8%), os analgésicos sem prescrição médica (33,3%) e os inalantes/

solventes (9,5%) são as SPA prioritárias das solteiras enquanto que a maconha (61,6%), o tabaco (46,2%), a cocaína/crack (30,8%) e os tranquilizantes (7,7%) são usados principalmente entre as casadas/união estável.

Tabela 7 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês conforme estado civil, MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio, 2016

Substância	Solteira N= 21 N (%)	Casada/união estável N=13 N (%)	p- valor*
Maconha	9 (42,8)	8 (61,6)	0,247
Álcool	9 (42,8)	5 (38,5)	0,359
Tabaco	8 (38,0)	6 (46,2)	0,374
Analgésico	7 (33,3)	2 (15,4)	0,067
Cocaína/crack	4 (19,0)	4 (30,8)	0,565
Inalantes/solventes	2 (9,5)	1 (7,7)	0,854
Tranquilizante	1 (4,8)	1 (7,7)	0,728

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de verossimilhança

Os dados obtidos neste estudo diferem com outros estudos que envolvem o uso de SPA e estado civil quando é exposto que menos classes de substâncias são usadas pelas solteiras. Figueiredo e Freitas (2013) traçaram o perfil sociodemográfico e uso de drogas lícitas e ilícitas entre 2400 estudantes do ensino médio em Picos-PI, e obtiveram que as solteiras foram aquelas que mais referem uso de SPA como forma de divertimento pela influência dos amigos durante festas.

Mesmo sem associação estatística, sobre o uso de analgésicos é imprescindível citar que a automedicação constitui-se de uma prática rotineira entre a população brasileira. Para Andrade e Espinheira (2015), é bastante comum que alguns fármacos existam nas farmácias domésticas tornando o uso frequente por indicação de familiares, vizinhos e amigos, impulsionado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Desse modo, o conhecimento informal sobre a ação farmacológica das drogas pode levar a riscos na manutenção da saúde, inclusive à morte.

Constata-se a partir da tabela 8 que as católicas e aquelas que negam religião, usam todos os 7 tipos de substâncias mencionadas a partir do *DUSI*. Já as evangélicas, além das outras 6 substâncias apresentadas pelo *DUSI* e não referidas por ninguém, também negam uso de inalantes/solventes e tranquilizantes. Mesmo sem associação estatística, é salutar apresentar que o uso da maconha ocorre mais

entre as católicas em comparação às outras categorias. Já o álcool, tabaco e analgésicos se sobressaem entre as evangélicas. A cocaína/crack, inalantes/solventes e tranquilizantes são mais usados por aquelas sem religião.

Tabela 8 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês de acordo com a religião. MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio de 2016

Substâncias	Católica N= 16 N (%)	Evangélica N=6 N (%)	Nenhuma N=12 N (%)	<i>p</i> -valor*
Maconha	9 (56,3)	3 (50,0)	5 (41,6)	0,128
Álcool	7 (43,8)	3 (50,0)	4 (33,3)	0,922
Tabaco	6 (37,6)	3 (50,0)	5 (41,7)	0,481
Analgésico	4 (25,1)	3 (50,0)	2 (16,4)	0,486
Cocaína/crack	3 (18,8)	1 (16,7)	4 (33,3)	0,518
Inalantes/solventes	1 (6,3)	-	2 (16,7)	0,368
Tranquilizante	1 (6,3)	-	1 (8,3)	0,655

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de verossimilhança.

Estudos têm apontado para evidências do papel preventivo da religião a respeito do uso de drogas fazendo com que esse consumo apresente-se em menor índice quando se está praticando a espiritualidade vinculada a alguma crença religiosa.

No entanto, nessa pesquisa, os católicos e os sem religião mencionaram consumo de 7 tipos de substâncias dentre as 13 apresentadas, enquanto os evangélicos 5 tipos.

No Brasil, não há muitas pesquisas nesta área, apesar disso, foi publicado por Sanches e Nappo (2007), um estudo qualitativo que corrobora os achados internacionais quantitativos, evidenciando que a maior diferença entre os adolescentes usuários e os não usuários de drogas psicotrópicas, de classe social baixa, era a sua religiosidade e a da sua família.

Nesse estudo, os autores observaram que 81% dos não usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração, mas apenas 13% dos usuários faziam o mesmo. Nesse segundo grupo, porém, a prática religiosa estava diretamente relacionada à busca da reabilitação diante do consumo de drogas, mas essa só começou após o início do consumo abusivo destas.

Melo et al. (2015) também afirmam que existem evidências crescentes que a religiosidade está associada com saúde mental e menciona que a partir de uma revisão de 200 artigos, tem-se que 50% dos casos ela está associada com fatores positivos e em 25% com fatores negativos. Nesta revisão, a religiosidade apareceu como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool.

Entretanto, um amplo campo de pesquisa mantém-se aberto nessa área de conhecimento, pois a escassez de estudos que avaliam essa relação, ou seja, que ponderem a ação da fé frente ao consumo de drogas não finalizam essa discussão, embora que existam pesquisas que mostram como as várias dimensões da religiosidade relacionam-se com um efeito inibidor ao uso de drogas.

Apresenta-se na tabela 9 as SPA com tendência ao uso de risco a partir da DAP onde o padrão relaciona-se com altas chances de danos à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica com maior percentual para uso recente (uso de 1 a 2x no último mês) e uso frequente (uso mais de 3x no último mês), a cocaína/crack (80%) e o tabaco (66,7%), respectivamente.

Quando se considera o tipo de uso pesado ou prejudicial, com indícios a dependência química sob a perspectiva do uso recente, tem-se os inalantes/solventes (66,7%) e quanto ao uso frequente destaca-se a cocaína/crack (66,7%).

Ressalta-se que a maconha foi a SPA com associação estatística significativa (p 0,028).

Tabela 9 – Distribuição do tipo de SPA usada pelas adolescentes puérperas no último mês e a classificação do tipo de uso conforme a Densidade Absoluta de Problemas (DAP), MEAC, Fortaleza, CE, Janeiro a Maio, 2016

Substâncias	DAP				p – valor*
	Uso de risco		Uso pesado		
	Recente N (%)	Frequente N (%)	Recente N (%)	Frequente N (%)	
Cocaína/crack	4 (80,0)	1 (33,3)	1 (20,0)	2 (66,7)	0,216
Analgésico	3 (75,0)	3 (60,0)	1 (25,0)	1 (20,0)	0,784
Maconha	7 (70,0)	4 (57,1)	3 (30,0)	3 (42,9)	0,028
Álcool	4 (44,4)	3 (60,0)	2 (22,2)	1 (20,0)	0,677
Tabaco	2 (40,0)	6 (66,7)	1 (20,0)	3 (33,7)	0,270
Inalantes/solventes	1 (33,3)	-	2 (66,7)	-	0,187
Tranquilizante	-	1 (50,0)	-	1 (50,0)	0,537

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de verossimilhança.

Para a análise de DAP, Fidalgo e De Micheli (2016) pontuam que entre zero a 13% não há uso de substâncias ou o uso é apenas experimental sem que existam problemas associados; a partir de 20% tem-se o uso de risco visto que se agrega a problemas, e quando o percentual for igual ou superior a 53%, considera-se o uso pesado de álcool e/ou outras drogas com consequentes problemas associados trazendo fortes indícios de dependência.

A significância estatística sobre o uso de maconha (p 0,028) mostra que mesmo no período gestacional, essa prática está presente entre as adolescentes. Considerado como um fenômeno crescente entre a população incidindo sobre as questões de saúde pública brasileira, a maconha é droga ilícita mais utilizada no país (TISOTT et al., 2015).

Especialmente sobre a *cannabis*, ressalta-se que seus efeitos alucinógenos a faz ser procurada por indivíduos para o alcance de prazer mesmo que temporário. Outros aspectos importantes sobre o uso dessa droga são as manifestações psiquiátricas envolvendo psicose ou esquizofrenia, por exemplo. No entanto, como o uso ocorre normalmente, em associação a outras substâncias, há uma certa dificuldade em identificar precisamente os efeitos desta.

Contudo, Lopes et al. (2011) mencionam que quando usada por gestantes, há diminuição da perfusão retroplacentária, afetando o crescimento fetal, nascimentos de RN's de baixo peso, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor embora que a associação com outras SPA também possa aumentar os efeitos deletérios sobre o feto.

O uso de drogas ilícitas na gestação tornou-se um problema de saúde pública mundial. Desfechos perinatais e neonatais desfavoráveis com prejuízos psicossociais e fisiológicos aparecem dentre as consequências advindas com essa prática.

Quando a pretensão é impedir ou retardar o início do consumo de drogas, a prevenção primária é utilizada, a partir do momento em que o uso de substâncias já ocorre, é necessária a prevenção secundária que consiste de uma intervenção com o objetivo de evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2015).

Entre aquelas em que o uso experimental ou de baixo risco está presente, a prevenção secundária é uma estratégia que deve englobar informações sobre os prejuízos do uso precoce podendo variar desde alterações físicas a psicológicas,

importância do retardamento desse início, a fim de evitar efeitos negativos e consequências irreparáveis que o consumo acarreta e encorajar os usuários a manutenção do seu comportamento atual de uso (AMARAL; FORMIGONI; CARNEIRO, 2015; DE MICHELI; CRUZ, 2015).

Sobre aquelas em que o uso já é considerado de risco, a intervenção breve segue um *script* traçado por Miller e Sanches (1993) que são essenciais para tornar viável esse processo considerando-a como estratégia estruturada, focal e objetiva utilizada para ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas e com isso se obter a iniciativa e responsabilidade por suas escolhas utilizando o discurso das consequências da progressão do consumo e problemas associados para a obtenção da mudança de comportamento do usuário (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2015).

Sendo assim, De Micheli, Formigoni e Carneiro (2015) descrevem que seis passos devem ser percorridos na intervenção breve. Iniciando-se, tem-se a identificação dos indivíduos que utilizam drogas, a partir da triagem que fornece informações ao profissional de saúde, para planejar ações direcionadas às necessidades próprias, considerando os riscos e problemas associados.

Assim, as autoras consideram a importância do *feedback* ao paciente a fim do retorno sobre os riscos do seu padrão de consumo e para que a partir daí o mesmo sintam-se estimulado e motivado a aceitar a necessidade de mudança no comportamento quanto ao uso de drogas.

Seguindo, tem-se o estabelecimento de metas para redução do uso ou abstinência, onde o profissional responsabiliza o usuário a alcançar seu objetivo. Motivando-o e aconselhando sempre com comparações dos riscos presentes e ausentes após o abandono do uso, faz que o terceiro passo seja percorrido. No quarto passo tem-se que o usuário pode estabelecer estratégias para modificação do comportamento identificando as situações de risco que envolvem a problemática.

Nesse contexto, o profissional de saúde deve demonstrar preocupação, envolvimento com a situação para que a comunicação seja clara e empática, perfazendo o quinto passo da intervenção breve.

A última etapa consolida-se na motivação para o processo de mudança, o encorajamento da autoconfiança, enfim, na criação de um ambiente de apoio.

Ao pontuarem na faixa de alto risco ou uso pesado de drogas, tratamentos mais intensivos são necessários. O encaminhamento para um

profissional ou serviço especializado no tratamento de uso abusivo de álcool e outras drogas como as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, e para os Centros de Referência de Assistência Social para suporte no setor social e reinserção (AMARAL; FORMIGONI; CARNEIRO, 2015).

A classificação da frequência desse uso é compatível com a literatura, ao passo que o uso de risco está mais evidente entre as adolescentes, as quais merecem atenção no que diz respeito a um atendimento individualizado focado para a problemática em questão.

6 CONCLUSÕES

A execução desse estudo permitiu a verificação dos seguintes achados:

A idade média das adolescentes puérperas foi $16,8 \pm 1,59$ anos e para início de uso de SPA foi $13,7 \pm 1,771$ anos;

A maioria das adolescentes tem as seguintes características: solteira, do lar, procedente da capital, ensino fundamental incompleto, católica, primípara, submetida a parto cesariano tendo como indicação fatores maternos, VDRL não reagente e com Apgar do 5º do RN não indicando asfixia neonatal;

A maconha foi a SPA de maior consumo estando associada ou não à outra substância e independeu da idade;

Os amigos foram citados como os maiores responsáveis pelo início do uso de SPA;

Dentre as 13 substâncias apresentadas no instrumento (DUSI), apenas 7 foram mencionadas como uso nos últimos 30 dias: maconha, álcool, tabaco, analgésicos sem prescrição médica, cocaína/crack, inalantes/solventes e tranquilizantes;

A maconha foi a SPA mais usada nos últimos 30 dias, independente da idade, porém, quando se compara a frequência de uso entre recente e frequente relacionando a faixa etária, tem-se que o uso recente (1 a 2 vezes no último mês) ocorre prioritariamente entre adolescentes de 13 a 15 anos em comparação as de 16 a 19 anos;

Os comportamentos mais expressivos apresentados com o uso de SPA nos últimos 12 meses foram a alteração de humor repentino e brigas com os amigos e familiares devido uso de substâncias;

O álcool e o tabaco se associam a ocupação: trabalho remunerado e do lar, respectivamente;

O álcool, analgésicos e inalantes são as SPA mais usadas pelas solteiras;

O uso da maconha ocorre principalmente entre as católicas. Em contrapartida, o uso de álcool, tabaco e analgésicos se sobressai entre as evangélicas e a cocaína/crack, inalantes/solventes e tranquilizantes são mais usados por aquelas sem religião.

Para uso de risco, conforme a DAP, a cocaína predominou sob uso recente, e uso frequente foi o tabaco. Em se tratando de uso pesado, os inalantes se destacam como uso recente e a cocaína/crack como uso frequente.

A partir dessas observações é possível afirmar que o uso de risco de SPA entre as adolescentes puérperas se consolida como um grave problema de saúde que quando associado à precocidade da maternidade traz maiores chances de prematuridade fetal, insegurança conjugal, dependência financeira, evasão escolar, associação de múltiplas substâncias, maiores chances de dependência química, intensidade dos comportamentos de fissura, tolerância e abstinência a partir do envolvimento.

Estando ainda no puerpério, essas adolescentes tendem a apresentarem-se vulneráveis a doenças de ordem psicológica mais preocupante, visto o risco de uma depressão pós-parto que agregada ao uso de substâncias pode levar a um quadro psicótico grave.

Por se tratar de adolescentes em idade escolar, estratégias de educação dentro da escola devem voltar-se para o desenvolvimento global do adolescente; a modificação do comportamento de uso de álcool ou drogas e a resolução dos problemas associados, além do reajuste familiar, social e ambiental lembrando que priorizar políticas preventivas é a chave dessa questão.

No entanto, mesmo com tantos estudos epidemiológicos do consumo de drogas, os dados disponíveis não representam todos os contextos sociais nos quais ocorrem já que o uso é dinâmico, variando de um lugar a outro e ao longo do tempo, por isso, avaliações periódicas são necessárias para estimar as tendências.

7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo realizado apresentou limitações quanto à sua amostra pelo fato que muitas adolescentes negam o uso de SPA e por tal motivo, os resultados obtidos permitem considerar que as características encontradas se referem apenas para a população em questão.

As recomendações vão de encontro à necessidade de atualização imediata do histórico de enfermagem da internação obstétrica, visto que alguns quesitos necessitam melhor exposição para que a coleta de dados alicerce a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem, papel exclusivo dos enfermeiros, assim como a realização de treinamentos da equipe para a ampliação do conhecimento sobre o referido tema.

Por fim, sugere-se a aplicação do *DUSI* nos casos de envolvimento das adolescentes com SPA (verificado a partir do histórico de enfermagem), na intenção de identificá-las de uma forma confiável, classificar as substâncias de preferência e frequência de uso assim como as novas tendências, conhecer a DAP relacionada ao uso de substâncias, traçar a epidemiologia de uma determinada população, subsidiar campanhas educativas, delinear ações de táticas de incentivo a interrupção do uso de drogas já que essa prática acarreta consequências negativas na vida do binômio mãe/recém-nascido.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL, R. et al. Post-resuscitation management of asphyxiated neonates. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 75, n. 2, p.175-80, 2008.
- ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. Reanimação do recém-nascido \geq 34semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Programa de Reanimação Neonatal**, São Paulo, p. 6-7, 2016. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/reanimacao>>. Acesso em: 13 set. 2016
- ALVES, H.N.P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D.S. Cocaína e Crack. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.170-179.
- AMARAL, J.M.V. **Tratado de clínica pediátrica**. Lisboa: Abbott, 2008. cap. 334, p. 1733-1739.
- AMARAL, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos. In: FORMIGONI, M. L. O. S. **SUPERA**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 8. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. p. 28-39.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos**: DSM. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, São Paulo, n. 8, p. 415-422, ago. 2010. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_i.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2016.
- ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. O uso de substâncias psicoativas no Brasil. In: FORMIGONI, M. L. O. S. **SUPERA**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e acompanhamento. 8. Ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. p. 12-36.
- ANTHONY, J. C.; PETRONIS, K. R. Early-onset drug use and risk of later drug problems. **Drug And Alcohol Dependence**, v. 40, n. 1, p.9-15, nov. 1995. Disponível em: <[http://www.drugandalcoholdependence.com/article/0376-8716\(95\)01194-3/abstract](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/0376-8716(95)01194-3/abstract)>. Acesso em: 4 jun. 2016.
- ARAÚJO, R. B. et al. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. **HCPA**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 36-42, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/index>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

AYER-ABDALLA, M. B. **Uso de substâncias psicoativas entre estudantes universitários da área da saúde e avaliação da gravidade do instrumento DUSI-R**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2014/11/MESTRADO-MARCELLA-BEATRIZ-AYER-ABDALLA.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

AYTACLAR, S. et al. Substance abuse and associated psychosocial risk factors among Turkish male adolescents. **Addictive Behaviors**, v. 28, n. 8, p.1419-1429, out. 2003. Elsevier BV. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603\(03\)00070-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603(03)00070-4)>. Acesso: 9 nov. 2015.

AZEVEDO, R. C. S. **Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco**. 2000. 248 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?Code=vtls000211356>>. Acesso em: 2 maio 2016.

BALTIERI, D. A. et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 259-269, dez. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462004000400011>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

BARBOSA, T.D. et al. Manifestação do uso de maconha e opiáceos durante a gravidez. **Femina**, São Paulo, v. 39, n. 8, p.385-389, ago. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n7/a2696.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2016.

BASTOS, N.M.G. **Introdução da metodologia do trabalho acadêmico**. 4. ed. Fortaleza: Nacional, 2007. 102 p.

BECKER, D. **O que é adolescência?** São Paulo: Brasiliense, 2003. 96 p.

BERMAN, S. M. **Maternal syphilis: pathophysiology and treatment**. Atlanta-EUA: Bulletin of The World Health Organization, p. 433-438, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/6/433.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BERNARDO, M. H. **O que é a dependência química**. São Paulo: Instituto Independa, 2014. 41 p.

BETRÁN, A. P. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric And Perinatal Epidemiology**, v. 21, n. 2, p.98-113, mar. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

BOOTH, M. **Opium: a history**. 24. ed. Ney York: St. Martin's Griffin, 2013. 400 p.

BOTELHO, A. P. M.; ROCHA, R.C.; MELO, V. H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **Femina**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 23-32, fev. 2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3777.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 17 fev. 2017.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuaca/mulher/saude-das-mulheres>. Acesso em: 1 maio 2016.

_____. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 20 ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 421.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-Sisnad; prescreve medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 2 maio 2016.

_____. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 72 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> Acesso em: 22 nov. 2016.

_____. Constituição (2006). **Lei Ordinária 11.274/2006 de 06 de fevereiro de 2006**. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispendo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11274.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5 ed. Brasília, DF, 2011. 64 p. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/download.aspx?cd=51>>. Acesso em: 25 fev. 2016

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 82 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 12 maio. 2016

BRASIL. **Drogas**: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 48 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/orientacao/cartilha_sobre_maconha_cocaina_e_inalantes.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466/2012 de 12/12/2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2015

_____. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: SINASC**. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sina...>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. São Paulo: FTD, 2014. 832 p.

BURIOL, V. C. S. et al. Influência da idade materna e do tipo de parto na variabilidade das taxas de baixo peso ao nascer nas regiões brasileiras no período de 1996 a 2011. In: SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO, 35. 2016, Porto Alegre, **Anais...** Porto Alegre: Clinical And Biomedical Research, 2015. p. 167. Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10183/140226>>. Acesso em: 20 out. 2016.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP**: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde, 2010. 234 p. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/.../atencao...gestante...puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pr...>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

CAMARGO, P. O.; MARTIN, M. F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: Uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, v. 22, p.161-169, 2014. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1047>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

CAMARGO, P. O.; MARTINS, M. F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica. **Caderno de terapia ocupacional**, São Carlos, v. 22, n. esp., p.161-169, 2014.

CAMELO, I. M. et al. Drogadição materna e as complicações no período neonatal precoce. In: ENCONTRO DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA DA UNIFOR, 15., 2012, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: UNIFOR, 2015. p. 1-6. Disponível em: <<https://sistemas.unifor.br/encontroscientificos/2015/encontro/918/area/2>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 42, p.402-410, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6158.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

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

CARPENITO-MONEY, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CASTRO, R.; PRIETO, E. S.; PEREIRA, F. L. M. Nontreponemal tests in the diagnosis of neurosyphilis: an evaluation of the Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), and the Rapid Plasma Reagin (RPR) tests. **Journal of clinical laboratory analysis**. v. 22, n. 4, p.257-261, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/jcla.20254>>. Acesso em: 6 set. 2016.

CEBRID. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília, 2010. 62 p.

CEBRID. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Classificação do uso**. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/classific_uso.htm>. Acesso em 29 nov. 2016

CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. **Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. 142 p.

COFEN. **Resolução nº 429, de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 1 jul. 2016.

CORDELLINI, J. V. F. et al. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/saude-do-adolescente/adolescente-saudavel.html>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CORDIOLI, A. V. et al. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K. et al. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 468p.

COSTA, I. **Psicoterapia em casos extremos de drogas**. 2. ed. Capivari: Instituto Independa, 2015. 41 p.

COZER, R. F. **Dependência química**: a praga do milênio. 2016. Disponível em: <<http://www.pragadomilenio.com/2013/03/dependencia-quimica-praga-do-milenio.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. Crack: um capítulo à parte. In: FORMIGONI, M. L. O. S. et al. (Org). **Efeitos das substâncias psicoativas**. 8. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. p. 61-74.

DALPIAZ, A. K. et al. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. **Aletheia**, Canoas, v. 45, p.56-71, 10 nov. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200005>. Acesso em: 30 out. 2016.

DANTAS, G. C. S. **Drogas ilícitas**. 2016. Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/drogas/drogas-ilicitas.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

DE LORENZI, D. R. S. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul – RS no período de 1998-2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 5-9, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista17-1-2005/prevalenciadesifilis.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.647-652, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.

DEMORI, C. C. et al. Significado cultural da maternidade para mães adolescentes. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Alto Vale do Rio do Peixe, v. 5, n. 1, p.47-56, 2016. Disponível em: <<http://periodicosuniarp.com.br/ries/article/view/737>>. Acesso em: 5 set. 2016.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). **Addict Behav**, v. 25, n. 5, p.683-691, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11023011>>. Acesso em: 02 fev. 2016

_____. Psychometrics properties of the Brazilian version of DUSI (Drug Use Screening Inventory). **Alcohol Clin Exp Res.**, v. 26, n. 10, p.1523-28, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394285>>. Acesso em: 2 fev. 2016

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Drug use by brasilian students: associations with family, phychosocial, health, demographic, and behavioral characteristics. **Addiction**, Abingdon, v. 99, n. 5, p. 570-558, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078231>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

DE MICHELI, D.; SARTES, L. M. A. A detecção do uso abusivo em adolescentes e o uso de instrumentos padronizados. In: FORMIGONI, M. L. O. S. et al. (Org). **Detecção do uso e diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas**. 8 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015, p. 33-49.

DE MICHELI, D.; CRUZ, M. S. Estratégias de intervenção breve para diferentes populações. In: FORMIGONI, M. L. O. S. et al. (Org). **Intervenção breve**. 8 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. p. 40-52.

DE MICHELI D.; FORMIGONI, M.L.O.S.; CARNEIRO, A.P.L. Intervenção breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. **Intervenção breve**. 8 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015, p. 11-18

DENG, B. Marijuana flips appetite switch in brain. **Nature**, p.1-2, 18 fev. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/nature.2015.16957>. Disponível em: <<http://www.nature.com/news/marijuana-flips-appetite-switch-in-brain-1.16957>>. Acesso em: 16 out. 2016.

DIAS, A. C.; TEIXEIRA, M. A. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Opinião Pública**, v. 20, n. 45, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015> . Acesso em: 9 maio 2016.

DIEHL, A. et al. Suicídio e dependência química. In: DIEHL, D. C. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 444-452.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p.101-116, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

DUARTE, C. S. A educação como um direito fundamental de natureza social. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p.691-713, out. 2007. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 9 maio 2016.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. **Prevenção do uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros municipais**. 3 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, p.347-55, 2012

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2014. 92 p.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescente e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.6-7, 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 14 mar. 2016.

ERIKSON, E.H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 112 p.

FELIPE, A. O. B. **Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes**. 2015. 276 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Curso de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-02022016-095638/ptbr.php>>. Acesso em: 6 ago. 2016.

FERREIRA, T. H. S.; FARIAS, M. A.; SILVARES, E. F.M. Adolescência através dos tempos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-377220100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2016.

FIDALGO, T. M.; DE MICHELI, D. Instrumentos de Avaliação de uso de álcool e drogas. In: GORENSTEIN, C; WANG, Y.P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. 524 p.

FIGUEIREDO, T. C.; FREITAS, R. M. Socio-demographic profile and the licit and illicit drugs use among secondary education students. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p.3-10, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762013000100002&script=sci_abstract&lng=en>. Acesso em: 15 abr. 2016.

FILHO, F. E. A. et al. Perceptions of adolescent students about drugs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 457-463, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000300517 &script =sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 1 out. 2016.

FORMIGONI, M. L. O. S. et al. Álcool: efeitos agudos e crônicos. In: FORMIGONI, M. L. O. S. et al. (Org). **Efeitos das substâncias psicoativas**. 8 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015, p. 33-49

FORMIGONI, M. L. O. S.; CASTEL, S. Escalas de avaliação de dependência de álcool e outras drogas: aspectos gerais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.5-31, 1999.

FRADE, I. F. et al. Relationship between Stress Symptoms and Drug use among Secondary Students. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 16, p.03-11, jan. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.5>> Acesso em: 7 abr. 2016.

FREITAS, S. R.; GALLARRETA, F. M. P.; MORAIS, E. N. Tabagismo e gestação: análise de uma amostra de conveniência de puérperas do Hospital Universitário de Santa Maria. **Revista de AMRIGS**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p.198-202, 2014. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/58-03.html>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

FREITAS, Z. M. P.; PEREIRA, C. U.; OLIVEIRA, D. M. P. Avaliação do nível de consciência de recém-nascidos com asfixia neonatal. Proposta para unidades de tratamentos intensivos neonatais. **Revista de Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 49, n. 10, p. 419-426, 2013. Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5524>. Acesso em: 29 out. 2016.

FRYAR, C. D. et al. Smoking Alcohol Use, and Illicit Drug Use Reported by Adolescents Aged 12-17 Years: United States, 1999-2004. **National Health Statistics Report**, Washington, n. 15, p.1-28, 2009. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr015.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

GALDURÓZ, J. C. F.; FERRI, C. P. Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM. In: FORMIGONI, M.L.O.S. et al. (Org). **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**. 8 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015, p. 9-16

GALDURÓZ, J. C. F., NOTO, A. R., LOCATELLI, D. P. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas. In: FORMIGONI, M. L. O. S. et al. (Org). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 8. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015, p. 89-106.

GIBBONS, L; BELIZAN, J. M.; LAUER, J. A. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 206, n. 4, p. 206-331, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293781200258X>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200 p.

GOMES, M.B. et al. Adolescência, drogas e religiosidade no município de São Paulo-Brasil. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 65, n. 142, p.1-13, 2015. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v65n142/v65n142a02.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016

GROSSMAN, E. A adolescência através dos tempos. **Adolescência Latinoamericana**, Buenos Aires, v. 1, n. 2, p.68-74, 1998. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100003&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 16 set. 2015.

GUERREIRO, C. A. A Propósito do Artigo “Indicações para Cesarianas num Hospital Terciário Durante 7 Anos”. **Acta Médica**, Lisboa, v. 26, n. 6, p.630-632, 2013. Disponível em: <[http://www.repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/.../Acta Med Port 2013_26_630.p...](http://www.repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/.../Acta_Med_Port_2013_26_630.p...)> Acesso em: 7 out. 2016.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p.137.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. 112 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Estatística de gênero. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/>>. Acesso em: 12 maio 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais da população-resultado da amostra**. População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm>. Acesso em: 13 out 2016.

_____. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PENSE_Saude%20Escolar%202015.pdf>. Acesso em: 13 set 2016.

JARAMILLO, L. J., GAZQUEZ, M. L. A. R., MONTOYA, R. M. **Validación de consumo de sustancias entre los jóvenes DUSI-R abreviad em Medellín, Colombia 1999**. CONGRESSO VIRTUAL PSYCHIATRY, 1., março, 2000. Disponível em: <<http://www.psiquiatria.com/?s=l+congresso+virtual+de+psiq>>. Acesso em: 14 out 2015.

JINEZ, M. L. J.; SOUZA, J. R. M.; PILLON, S. C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.109-116, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_17.pdf>. Acesso em: 8 set. 2015.

JOHNSTON, L. D. et al. **Marijuana use is rising**: ecstasy use is beginning to rise: and alcohol use is declining among US teens. Ann Arbor: University of Michigan News Service, 2010. p.1-65. Disponível em: <http://www.monitoringthefuture.org/pressreleases/10drugpr_complete.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

KASSADA, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500010>. Acesso em: 5 jun. 2016

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Perceptions and practices of pregnant women attended in primary care using illicit drugs. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 428-434, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140061>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

KESSLER, F. et al. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (AS16) para o Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 335-336, dez. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082007000300016>>. Acesso em: 20 maio 2016.

KIM, D. S.; KIM, H. S. Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: findings from the 2006 Korean Youth Risk Behavior Survey. **Journal Yonsei Medical**, Korea, v. 51, n. 1, p.18-26, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20046509>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

KUCZKOWSKI, K. M. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 15, n. 5, p. 382-394, ago. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14507568>>. Acesso em: 4 maio 2016.

LACERDA, R. B.; NOTO, A. R. Drogas perturbadoras (maconha, LSD-25, êxtase e outros): efeitos agudos e crônicos. In: FORMIGONI, M. L. O. S. et al. (Org). **Efeitos de substâncias psicoativas**. 8. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. p. 77-86.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 310 p.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**: 2012, São Paulo: INPAD; UNIFESP, 2014, 85 p.

LEAL, L. N.; NEDER, V. **IBGE**: crescimento do uso de drogas ilícitas por adolescentes. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,ibge-cresce-o-uso-de-drogas-ilicitas-por-adolescentes,1044304>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

LEEMAN, L. M. Patient-Choice Vaginal Delivery? **The Annals Of Family Medicine**, v. 4, n. 3, p. 265-268, 1 maio 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479446/>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

LEVY, S. Adolescent Substance Use. **Pediatric Annals**, v. 43, n. 10, p. 406-407, 1 out. 2014. Disponível em: <<http://www.healio.com/pediatrics/journals/pedann/2014-10-43-10/{2439419a-3494-4ca3-84d6-e6d8c15c7290}/adolescent-substance-use>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

LIBERATI, W. D. Conteúdo material do direito à educação escolar. In Liberati, W. D. (Org.). **Direito à educação**: uma questão de justiça. São Paulo: Malheiros, 2004. p. 207-271.

LIMA, M. A. C. S. **Classificação das drogas**. Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/drogas/classificacao-das-drogas.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

LOBATO, G.; PEREIRA, M. N. Puerpério. In: MONTENEGRO, C. A. B; FILHO, J. R. **Rezende obstetrícia**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 308-314.

LOPES, A.B. et al. O uso de drogas na gravidez. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 24, n. 21, p.110-112, 2011. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/913>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

LOPES, T. D.; ARRUDA, P. P. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 1, n. 3, p. 79-83, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1256>>. Acesso em: 6 fev. 2016.

LOPES, T. C.; MAIDANA, F.; SANTOS, M. C. A relação da ociosidade e ansiedade em usuários de múltiplas drogas. **Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 33, p. 26-30, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/121804>>. Acesso em: 9 out. 2016

LOTH, E.; VITTI, C.; NUNES, J. I. A diferença das notas do escore de Apgar entre crianças nascidas de parto normal e parto cesariano. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Paraná, v. 5, n. 3, p.211-213, 2001. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/1131/993>>. Acesso em: 7 set. 2016.

MACHADO, M.C. **Adolescentes**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015. 111 p.

MACHADO, M. T. **A proteção constitucional das crianças e adolescentes e os direitos humanos**. Barueri: Manole, 2003. 29 p. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/7297>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400007> Acesso em: 4 jul. 2016.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p.662-670, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012>. Acesso em: 7 abr. 2016

MARQUES, T. C. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento às mulheres puérperas usuárias de drogas na perspectiva da convivência familiar**. 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1312950_2015_completo.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

MARTINS, C.; GUEDES, R.; A, JOÃO, A. Recém-nascido de mãe toxicodependente. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 39, n. 3, p.115-119, 2008. Disponível em: <<http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4574/3414>>. Acesso em: 6 fev. 2016

MARTINS, M. E. P.; MARTINS, M. C. V. Gravidez na adolescência no Brasil, no Ceará e no Crato e o contexto da saúde infantil. In: QUEIROZ, M. V. O.; MOREIRA, T. M. M. (Org.). **Conhecimento em saúde da criança e do adolescente: recortes de dissertações**. Fortaleza: EdUECE, 2006.

MARX, J. A.; HOCKBERGER, R. S.; WALL, R. M. **Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice**. 8. ed. St. Louis: Mosby, 2014. 2808 p.

MATIAS, E. O. et al. Avaliação do crescimento de crianças de zero a 24 meses acompanhadas no Programa Follow-up. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 7, n. esp, p. 6601-6609, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7853>>. Acesso em: 6 ago. 2016

MATTA, A.; SOARES, L. V.; BIZARRO, L. Atitudes de gestantes e da população geral quanto ao uso de substâncias durante a gestação. **Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 7, n. 3, p.139-147, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49587>>. Acesso em: 4 out. 2016.

MCLELLAN, A. T. et al. A new measure of substance abuse treatment: unital studies of the treatment services review. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 180, n. 2, p.101-110, 1992. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1737971>>. Acesso em: 5 maio 2016.

MELO, V.H. et al. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 12, p. 555-561, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0555.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2016

MELO, C.F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002>. Acesso em: 25 set. 2016.

MENDEZ, E. G.; COSTA, A. C. G. **Das necessidades aos direitos**. São Paulo: Malheiros, 1994. 165 p.

MERLIN, M. D. Cover article: archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old world. **Economic Botany**, v. 57, n. 3, p. 295-323, set. 2003. Springer Nature. Disponível em: <[http://link.springer.com/article/10.1663/0013-0001\(2003\)057\[0295:AEFTTO\]2.0.CO;2](http://link.springer.com/article/10.1663/0013-0001(2003)057[0295:AEFTTO]2.0.CO;2)>. Acesso em: 9 jul. 2016.

MILLER, W. R.; SANCHES, V. C. Motivation Young adults for treatment and lifestyle change. In: HOWARD, G.S.; NATHAN, P. E. **Issue in alcohol use and misuse in Young adults**. Notre Dame: University Of Notre Dame, 1994. p. 55-81.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, 244 p.

MITSUHIRO, S.S. et al. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p.122-125, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200009>. Acesso em: 19 out. 2016.

MUSS, R. E. **Theories of adolescence**. New York: Ms Graw-Hill, 1996. p. 281-311.

MUZA, G. M. Comportamento de risco na adolescência: a necessidade da interdisciplinaridade. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 11, n. 1/2, p.5-7, 2000.

NARKOWICZ, S. et al. Prenatal exposure to substance of abuse: a worldwide problem. **Environment International**, v. 54, p.141-163, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23454110>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

NASCIMENTO, M. O.; AVALLONE, D. D. M. Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.41-49, 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=424>. Acesso em: 10 maio 2016.

NEGRETE, B. D.; GARCÍA-AURRECOECHEA, R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 4, p. 223-232, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008001000001>. Acesso em: 29 ago. 2016.

OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p.567-578, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300014>. Acesso em: 5 ago. 2016

OLIVEIRA, J. M. et al. Gravidez na adolescência: realidade e repercussões sobre atividade sexual. **INTESA: Informativo Técnico do Semiárido**. Pombal, v. 2, n. 9, p. 16-22, 2015. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3593/3238>>. Acesso em: 9 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993. 352 p.

PAIVA, E. P. Q. **Adolescentes usuárias de substâncias psicoativas**. 2010. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2010. Disponível em: <<http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1447>>. Acesso em: 18 maio 2016.

PANZINI, R.G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p.105-115, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700014>. Acesso em: 2 nov. 2016

PARROTT, A., MORINAN, A.; MOSS, M.; SCHOLEY, A. **Understanding drugs and behaviour**. Chichester: John Wiley e Sons. 2004. 336 p

PATIAS, N. D. et al. Construção histórico-social da adolescência: implicações na percepção da gravidez como um problema. **Revista Texto e Contexto**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. 20, p. 205-214, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1519>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

PECHANSCKY, F. et al. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. In: FORMIGONI, M. L.O.S. et al. (Org). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 8 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. p. 67-86.

PEIXOTO, D. **Gravidez precoce e drogas**: plataforma barômetro social. Porto: Instituto de Sociologia da Universidade do Porto, 2013. Disponível em: <<http://www.barometro.com.pt/2013/10/04/4ª-serie-de-2013-de-artigos-de-opinioao-setembro-de-2013>>. Acesso em: 2 abr. 2015

PEREIRA, J. L. História da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. cap.1, p. 2-6.

PITKÄNEN, T.; LYYRA, A. L.; PULKKINEN, L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. **Addiction**, v. 100, n. 5, p.652-661, maio 2005. Disponível em: <http://www.rima.org/web/medline_pdf/Addiction_652-61.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PORTMAN, R. J. et al. Predicting neonatal morbidity after perinatal asphyxia: A scoring system. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, v. 162, n. 1, p. 174-182, jan. 1990. Elsevier BV. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/0002-9378\(90\)90844-W/pdf](http://www.ajog.org/article/0002-9378(90)90844-W/pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2016

PORTELA, G. L. C. et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 9, n. 2, p. 58-63, 2 ago. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/79656>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PRESSMAN, S.; GIGLIOTTI, A. NICOTINA. In: DIEHL, D. C.; CORDEIRO, R.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 145-160.

RENAUT, A. **A libertação das crianças**: a era da criança cidadão: contribuição filosófica para uma história da infância. Lisboa: Piaget, 2004. 347 p.

ROCHA, G. **Puerpério**: período pós-parto requer cuidados especiais. 2015. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/10/puerperio-periodo-pos-parto-requer-cuidados-especiais>>. Acesso em: 1 set. 2016.

RODRÍGUEZ, V. M. H.; SCHERER, Z. A. P. Undergraduate students' motivations for the consumption of legal drugs. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, p.572-576, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2016

ROSÁRIO, A. M. M. **Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes**: revisão de literatura. 2011. 177 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-25042012-104801>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

ROSEMBERG, F.; MARIANO, C.L.S. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 141, p. 693-728, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000300003>. Acesso em: 2 maio 2016.

SANCHES, R. F.; MARQUES, J. M. A. Cannabis e humor. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 2, p.173-180, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000200014&script=sci_abstract>. Acesso em: 5 mar. 2016.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S.A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 73-81, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700010>. Acesso em: 5 out. 2016.

SANTOS, A. R. M. et al. Ritual de iniciação aos comportamentos de risco na adolescência. **Conscientia e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 638-647, 12 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92929899019>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SANTOS, R. A. M. dos et al. Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literatura. **Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 2, p. 350-364, ago. 2010. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38721>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SCIVOLETO, S.; PINZON, V. D. **A saúde mental do jovem brasileiro**. São Paulo: Inteligente, 2004. 176 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Plano decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná**: 2014-2023. Curitiba: SECS, 2013. 450 p.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Jornal da Secretaria de Políticas sobre Drogas**, ano 1, n. 1, fev. 2016.

_____. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília: Ministério da Justiça; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. 450 p.

SIEGEL, R.K. **Intoxication**: The Universal Drive for Mind-Altering Substances. 3. ed. Rochester: Park Street Press, 2005. 384 p.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010. 1352 p.

SILVA, C. A. **O consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação**: repercussões na saúde do recém-nascido. 2014. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/101262>>. Acesso em: 4 ago. 2016

SILVESTRINI, R. et al. Maconha. In: PECHANSKY, F.; DIEMEN, L. V.; GONÇALVES, V. M. **Aperfeiçoamento em técnicas para fiscalização do uso de álcool e outras drogas no trânsito brasileiro**. 2. ed. Brasília: SENAD 2014. p. 96-104. Disponível em:< <http://www.cpad.org.br/site2/br?start=4>>. Acesso em: 4 jun. 2016

SWENDSEN, J. et al. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in us adolescents. **Archives Of General Psychiatry**, v. 69, n. 4, p. 390-398, 1 abr. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2247410703>>. Acesso em: 26 set. 2016.

TARTER, R. E. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method. **American Journal Of Drug And Alcohol Abuse**, v. 16, n. 1-2, p.1-46, 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2330931>>. Acesso em: 6 abr. 2006

TARTER, R. E.; HEGEDUS, A. The drug use sreening inventory: Its application in the evaluation and treatment of alcohol and drug abuse. **Alcohol Health And Research World**, Rockville, v. 15, p.65-75, 1991.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 787-796, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600006>. Acesso em: 31 maio 2016.

TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 10, p.791-798, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006>. Acesso em: 8 ago. 2016.

TISOTT, Z. L. et al. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: Revisão narrativa. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS**, v. 13, n. 43, p.79-89, mar. 2015. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730/pdf>. Acesso em: 8 jul. 2016.

TOMAZ, L. A. et al. Motivação de mulheres para o primeiro contato com substâncias psicoativas. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 41-48, 2014. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/239/pdf_93>. Acesso em: 8 abr. 2016

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da população mundial 2013**: maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. NY: UNFPA, 2013, 116 p.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância 2011**. Adolescência: uma fase de oportunidades. New York: United Nations Children's Fund, 2011, 139 p.

_____. **Vivências e relatos sobre a gravidez em adolescentes**: uma aproximação aos fatores culturais, sociais e emocionais a partir de um estudo em seis países da região. Ciudad del Saber, Panamá: UNICEF, 2014, 82 p. Relatório final.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2015**. NY: United Nations Publication, 2015, 118 p.

VALENCA, C. N. et al. Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p.562-567, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300562>. Acesso em: 20 fev. 2016.

VETTORAZZO, L.; FANTTI, B. **Gravidez precoce e baixa escolaridade continuam relacionados, aponta o IBGE**. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/08/1671609-gravidez-precoce-e-baixa-escolaridade-continuam-relacionadas-aponta-ibge.shtm>>. Acesso em: 4 ago. 2016.

O TEMA É... GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA. 2016. Disponível em: <<https://viaparole.wordpress.com/2016/08/31/o-tema-e-gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008, 138 p.

VIEIRA, S; HOSNE, W.S. **Metodologia científica para a área de saúde**. 2. ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 192 p.

VINET, E.V.; FAÚNDEZ, X. Consumo de alcohol y drogas en adolescents evaluado a través del MMPI-A. **Salud Mental**, México, v. 35, n. 3, p. 205-213, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300004>. Acesso em: 8 maio 2016

WEATHERBEE, S. **Drug use screening inventory**: revised. Disponível em: <<http://www.yourhealthcheck.org/sites/default/files/docs/DUSI-R%20Brochure.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2016.

YABUUTI, P. L. K.; BERNARDY, C. C. F. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n.2, p. 334-356, 2014.

ZARANZA, K. Alcoolismo na adolescência é um problema de saúde pública. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, p. 1-1. 29 ago. 2016.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Abordagem terapêutica de puérpera usuária de crack. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 3, p.54-69, 2014. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=159>. Acesso em: 6 ago. 2016

ZUARDI, A. W.; CRIPPA, J. A. S. Maconha. In: DIEHL, D. C.; CORDEIRO, R.; LARANJEIRA, R. (Orgs.), **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 129-144.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal do Ceará Maternidade Escola Assis Chateaubriand

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos, enfermeira e servidora da Maternidade Escola Assis Chateaubriand –MEAC/UFC, mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE), convido a adolescente puérpera para participar, voluntariamente, da pesquisa que estou envolvendo intitulada: **“APLICAÇÃO DA DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI) EM ADOLESCENTES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”**. Quero realizar a triagem do uso, identificar a frequência desse uso no último mês, além de conhecer os comportamentos de fissura, tolerância e abstinência a partir da aplicação de uma escala desenvolvida nos Estados Unidos adaptada e validada no Brasil. É um questionário que abrange a frequência do uso de substâncias, drogas de preferência e problemas em decorrência do uso e investiga o uso dessas substâncias no último mês mais a intensidade do envolvimento com as mesmas. A pesquisa será feita durante a permanência dela na maternidade. Participar do estudo não significa dizer que ela permanecerá internada para tratar a dependência química, mas através da aplicação dessa escala serão identificadas as possibilidades de planejamento terapêutico e encaminhamentos especializados. Caso deseje desistir poderá retirar seu assentimento, em qualquer fase da pesquisa e isso não causará prejuízo e/ou punição no atendimento da adolescente. A participação no estudo não acarreta custos para você e não será disponibilizada nenhuma recompensa financeira adicional pela participação. Vocês poderão seguir a pesquisa em todas as suas fases, como também realizar acompanhamentos posteriores ao seu encerramento e/ou interrupção, com garantia ao livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo. A participação dela no estudo não traz nenhum risco físico e não são realizados exames extras além do questionário. Somente após a assinatura do termo de consentimento é que ela será incluída no estudo. Vale ressaltar que todas as respostas e informações serão confidenciais e os nomes das participantes não serão revelados. Caso tenha compreendido e queira autorizar a participação da adolescente na pesquisa, você, como responsável legal, deverá assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo bem instruído (a), de acordo com os princípios éticos. Se ocorrer quaisquer dúvidas sobre questões éticas relacionadas a este trabalho, você pode entrar em contato comigo e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC.

Pesquisadora: Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos. Fone: (85) 33668507. E-mail: polianarolim@yahoo.com. Contato de trabalho: R. Coronel Nunes de Melo s/n, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará, CEP: 60430-270. Comitê de ética em Pesquisa da MEAC (85) 33668569.

Desde já agradeço pela sua colaboração.

Eu, _____portador (a) de documento de identidade (RG) de número _____, responsável pela adolescente puérpera _____cujo número de prontuário na MEAC é _____, declaro ter sido devidamente esclarecido (a) verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa **“APLICAÇÃO DA DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI) EM ADOLESCENTES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”**, que está sendo realizada pela enfermeira Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos, e dou meu livre consentimento para o referido estudo.

Fortaleza-Ceará, _____ / _____ / _____

Assinatura do responsável

Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos
Pesquisadora

Apêndice B – Termo de Assentimento



**Universidade Federal do Ceará
Maternidade Escola Assis Chateaubriand**

TERMO DE ASSENTIMENTO

Eu, Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos, enfermeira e servidora da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC/UFC, mestranda do Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE), convido você para participar, voluntariamente, da pesquisa que estou desenvolvendo intitulada: **“APLICAÇÃO DA DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI) EM ADOLESCENTES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”**. Quero realizar a triagem do uso, identificar a frequência desse uso no último mês além de conhecer os comportamentos de fissura, tolerância e abstinência a partir da aplicação de uma escala desenvolvida nos Estados Unidos, adaptada e validada desde 2000 no Brasil. É um questionário que abrange a frequência do uso de substâncias, drogas de preferência e problemas decorrentes do uso além de investigar o uso dessas substâncias no último mês mais a intensidade do envolvimento com as mesmas. A pesquisa será feita durante sua permanência na maternidade. Participar do estudo não significa dizer que você permanecerá internada para tratar a dependência química, mas através da aplicação dessa escala serão identificadas as possibilidades de planejamento terapêutico e encaminhamentos especializados. Caso deseje desistir poderá retirar seu assentimento, em qualquer fase da pesquisa e isso não causará prejuízo e/ou punição no seu atendimento. A participação no estudo não acarreta custos e não será disponibilizada nenhuma recompensa financeira pela participação. A participação no estudo não traz nenhum risco físico e não serão realizados exames extras além do questionário. Somente após a assinatura do termo de assentimento é que você será incluída no estudo. Vale ressaltar que todas as respostas e informações serão confidenciais e seu nome não será revelado.

Caso tenha compreendido e queira participar da pesquisa voluntariamente, você deverá assinar este Termo de Assentimento em duas vias. Este documento, em duas vias, é para certificar de que você concorda e autoriza a sua participação nesta pesquisa e declara ter recebido uma cópia presente documento sendo bem instruído (a), de acordo com os princípios éticos relacionados a este trabalho. Você pode entrar em contato comigo e com o Comitê de Ética e Pesquisa da MEAC.

Pesquisadora: Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos. Telefone: (85) 3366.8507. E mail: polianarolim@yahoo.com. Contato de trabalho: R. Coronel Nunes de Melo S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce, CEP: 60430-270. Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC (85) 3366.8569.

Desde já agradeço pela sua colaboração.

Eu, _____ portador (a) de documento de identidade (RG) de número _____, cujo número de prontuário na MEAC é _____, declaro ter sido devidamente esclarecida verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa **“APLICAÇÃO DA DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI) EM ADOLESCENTES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”**, que está sendo realizada pela enfermeira Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos, e dou meu livre assentimento para o referido estudo.

Fortaleza-Ceará, ____/____/____

Assinatura do participante

Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos
Pesquisadora

ANEXOS

Anexo A – Histórico de Enfermagem



HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC HISTÓRICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICO/GINECOLÓGICO

ANAMNESE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA: ____/____/____

NOME:	PRONTUÁRIO:	IDADE:
OCUPAÇÃO:	PROCEDÊNCIA:	RELIGIÃO:
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:	
QUEIXA PRINCIPAL:		

ANTECEDENTE PESSOAL

() HAS () DM () CARDIOPATIA () RENAL () OUTRAS MEDICAÇÕES EM USO: () SIM () NÃO _____ INTERNAÇÃO ANTERIOR: () SIM () NÃO _____ CIRURGIAS ANTERIORES: () SIM () NÃO _____ ALERGIAS: () SIM () NÃO _____ HEMOTRANSFUSÃO: () SIM () NÃO _____ HÁBITOS: () TABAGISMO () EILISMO () DROGAS ILÍCITAS () OUTROS: _____
--

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

MENARCA: ___ SEXARCA: ___ MENOPAUSA: ___ VIDA SEXUAL ATIVA: () SIM () NÃO Nº DE PARCEIROS: _____ MÉTODO ANTICONCEPCIONAL: () ACO () INJETÁVEL () CONDOM () DIU () OUTROS: _____
--

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

G ___ P ___ A ___ PV: ___ PC: ___ NASCIDOS VIVOS: _____ NATIMORTO: _____ Complicações obstétricas: _____

GESTAÇÃO ATUAL

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ IG M (DUM): _____ IG M (US): _____ PRÉ-NATAL: () SIM () NÃO Nº DE CONSULTAS: _____ VACINAÇÃO ANTI-TETÂNICA: () SIM () NÃO Nº DE DOSES: _____ COMPLICAÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO: _____ EXAMES: GS: _____ FATOR RH: _____ VDRL: _____ ANTI HIV: _____ BOLSA: () ÍNTEGRA () ROTA DATA: ____/____/____ HORA: _____ LA: () CLARO () CLARO COM GUMUS () MECÔNIO () OUTROS: _____ MF: _____ DU: _____ BCF: _____
--

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS: PA: ___X___ mmHg PULSO: ___ bpm TEMP: ___ °C FR: ___

ASPECTO GERAL

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () ALERTA () CONFUSO () SONOLENTO () TORPOROSO () COMATOSO
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO: () ORIENTADO () DESORIENTADO () VERBALIZA () NÃO VERBALIZA

PELE/MUCOSAS

PELE: () ÍNTEGRA () NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANÓTICA () ICTÉRICA () LESÕES
HIGIENE: () BOA (RAZOÁVEL () SUJIDADES
ABDOMEN: () GRAVÍDICO () FLÁCIDO () DISTENDIDO () DOLOROSO () RÍGIDO ()
OUTROS: ___
MMSS: () EDEMA () HIPEREMIA () LESÕES () OUTROS: _____
MMII: () EDEMA () HIPEREMIA () LESÕES () OUTROS: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO: () EUPNÉICO () TAQUIPNÉICO () BRADIPNÉICO () DISPNEICO
OXIGENAÇÃO: () AR AMBIENTE () O₂ COMPLEMENTAR ESPECIFICAR: _____ SAT. O₂: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () ORAL () SNG () NPT () ZERO
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () CONSTIPAÇÃO: _____ DIAS () DIARREIA

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () NORMAL () DISÚRIA () HEMATÚRIA () ANÚRIA () OLIGÚRIA () POLACIÚRIA
SONDA VESICAL: () AUSENTE () SVD () SVA

SISTEMA REPRODUTOR

MAMAS: () SIMÉTRICAS () ASSIMÉTRICAS () NÓDULOS () MASTECTOMIA.
OUTROS: ___
MAMILOS: () PROTUSOS () PLANOS () INVERTIDOS () FISSURAS () COLOSTRO. OUTROS: ___
GENITÁLIA: () EDEMA () LESÕES () VARIZES () EPISIORRAFIA () OUTROS: _____
LEUCORREIA: () NÃO () SIM ASPECTO: _____
LÓQUIOS: () NÃO () SIM. TIPO: () RUBRO () SEROSO () ALVO
STV: () NÃO () SIM. TIPO: () DISCRETO () MODERADO () INTENSO () COM COÁGULOS

IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR: _____

ENFERMEIRO/COREN

Anexo B – DUSI – Tabela Inicial - Investiga a frequência do consumo de 13 classes de substâncias no último mês

INICIAIS: _____

PRONTUÁRIO:

IDADE: _____

	Não usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei de 10 a 20 vezes	Usei mais de 20 vezes
Álcool					
Anfetaminas/estimulantes, (sem prescrição médica)					
Ecstasy					
Cocaína/Crack					
Maconha					
Alucinógenos (LSD, Mescalina etc.)					
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos etc.) (sem prescrição médica)					
Analgésicos (sem prescrição médica)					
Opióides (morfina, Heroína etc.)					
Fenilciclidina (pó-de-anjo)					
Anabolizantes					
Inalantes, solventes (cola, lança-perfume etc.)					
Tabaco					
Outras					

(Adaptado por De Micheli e Formigoni, 2000)

Anexo C – DUSI - ÁREA 1 – Uso de substâncias - Investiga o uso de substâncias nos últimos 12 meses e a intensidade do envolvimento com as substâncias

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

(Adaptado por De Micheli e Formigoni, 2000)

Anexo D – Termo de Anuência



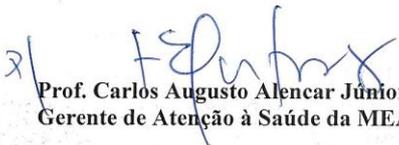
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada “*Aplicação da Drug Use Screening Inventory (DUSI) em adolescentes puérperas usuárias de substâncias ilícitas*” a ser realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelos(as) Pesquisadores(as) Cristina Poliana Rolim Saraiva Dos Santos e Regina Claudia Melo Dodt.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.


Prof. Carlos Augusto Alencar Júnior
Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/UFC

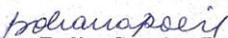
Anexo E – Termo de Concordância

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Nós, pesquisadores do projeto intitulado “*Aplicação da Drug Use Screening Inventory (DUSI) em adolescentes puérperas usuárias de substâncias ilícitas*”, que tem como objetivo *Aplicar a Drug Use Screening Inventory (DUSI) para detecção do uso abusivo de substâncias ilícitas em adolescentes puérperas*, estamos cientes do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC e concordamos em participar do mesmo.

Fortaleza, 12 de novembro de 2015.

Pesquisadores:


Cristina Poliana Rolim Saraiva Dos Santos


Regina Claudia Melo Dodt

Anexo F – Termo de Fiel Depositário

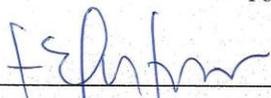
TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. Carlos Augusto Alencar Júnior, Gerente de Atenção à Saúde, depositário(a) dos documentos consubstanciados do **PRONTUÁRIOS**, da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, situada à Rua Cel. Nunes Melo S/N, Rodolfo Teófilo, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa: **Aplicação da Drug Use Screening Inventory (DUSI) em adolescentes puérperas usuárias de substâncias ilícitas**, autorizo Cristina Poliana Rolim Saraiva Dos Santos e a orientadora Regina Cláudia Melo Dodt a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua **AUTORIZAÇÃO** e ciente de que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

Fortaleza, Ce. ____ de ____ de 20 ____.


x | _____
Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior
Gerente de Atenção à Saúde – MEAC/UFC EBSEH

Anexo G - Termo de Ciência da Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC

Fortaleza, 11 / 11 / 15

Do: NESAR

Ao Prof. Francisco Edson de Lucena Feitosa

Encaminhamos o projeto *Aplicação da Drug Use Screening Inventory (DUSI) em adolescentes puérperas usuárias de substâncias ilícitas*, do(a) **PESQUISADOR(A)**: Cristina Poliana Rolim Saraiva Dos Santos, e do(a) **ORIENTADOR(A)**: Regina Claudia Melo Dodt, para a sua análise e parecer sobre execução nesse serviço.

Dra. Sílvia Bomfim Hippólito
Coordenadora do NESAR/MEAC/UFC

TERMO DE CIÊNCIA

Aprovado para execução

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa
Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado
MEAC/UFC/EBSERH

Não aprovado para execução

Motivo:

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Anexo H - Termo de Autorização para utilização de prontuários

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Aplicação da *Drug Use Screening Inventory* (DUSI) em adolescentes puérperas usuárias de substâncias ilícitas

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Fortaleza, 18 de novembro de 2015.



Cristina Poliana Rolim Saraiva Dos Santos

Regina Cláudia Melo Dodt

Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Aplicação da Drug Use Screening Inventory (DUSI) em adolescentes puérperas usuárias de substâncias Psicoativas

Pesquisador: Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51181215.5.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.553.648

Apresentação do Projeto:

O projeto reporta-se à Aplicação da Drug Use Screening Inventory (DUSI) em adolescentes puérperas usuárias de substâncias Psicoativas. A seleção para inclusão na amostra obedecerá os seguintes critérios: adolescentes puérperas usuárias de substâncias psicoativas cujo parto ocorreu na instituição em estudo, que apresentem estabilidade clínica. Para Exclusão, os critérios serão: apresentação de síndrome de abstinência, caracterizado por ansiedade e alterações no humor, tremores, taquicardia, enjoos, suor excessivo e convulsões.

Em análise para aprovação de emenda para modificar o termo drogas ilícitas para drogas psicoativas, no título e nos objetivos.

Objetivo da Pesquisa:

Aplicar a Drug Use Screening Inventory (DUSI) para detecção do uso abusivo de substâncias psicoativas em adolescentes puérperas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há risco.

Benefícios: Acredita-se na relevância deste estudo para nortear a conduta do profissional de enfermagem junto a adolescentes puérperas que fazem uso de

substâncias psicoativas favorecendo o rastreamento e identificação para encaminhamentos e

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

Anexo J – Certificado de participação no SUPERA

8ª Edição

SUPERA Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de Substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinservação Social e Acompanhamento

Certificamos que **CRISTINA POLIANA ROLIM SARAIVA DOS SANTOS** portador(a) do CPF 73791067320 foi aprovado(a) no curso de Extensão **SUPERA: "Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinservação social e Acompanhamento - 8ª Edição - Curso na modalidade de educação a distância para profissionais de Saúde e Assistência Social"** realizado no período de 16 de novembro de 2015 a 06 de março de 2016 com carga horária total de 150 horas.

Prof. Dra. Floriana Coelho Braga Campos
PIN-licença de Extensão da UNIFESP

Prof. Dra. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni
Coordenadora Técnico-Científica do curso SUPERA
Departamento de Psicologia - UNIFESP

Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa **AFIP**

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Ministério da Justiça

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA