

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

ADRIELLE RODRIGUES DOS SANTOS

VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS
EM ADOLESCENTES

RECIFE, 2018

ADRIELLE RODRIGUES DOS SANTOS



**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E
DROGAS EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Iracema da Silva Frazão

RECIFE, 2018

Catalogação na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

S237a

Santos, Adrielle Rodrigues dos.

Atividade Validação da versão brasileira da escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes / Adrielle Rodrigues dos Santos. – Recife: o autor, 2018.
85f.; il.; 30 cm.

Orientadora: Iracema da Silva Frazão.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em enfermagem..

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicometria. 2. Adolescentes. 3. Escalas. 4. Saúde mental. 5. enfermagem. I. Frazão, Iracema da Silva (orientadora). II. Título.

616.863 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 058)

ADRIELLE RODRIGUES DOS SANTOS

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a obtenção do
título de mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 11 de janeiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Iracema da Silva Frazão (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Dr^ª Tatiane Gomes Guedes Murilo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Dr^ª Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Dr^ª Selene Cordeiro Vasconcelos (Examinador Externo)
Universidade Federal da Paraíba

AGRADECIMENTOS

Disse o poeta: É impossível ser feliz sozinho. É através destas páginas que compartilho a felicidade em concluir mais esta etapa da minha vida profissional.

O agradecimento é oferecido primeiramente a *Deus*, o autor da minha vida. Seus ensinamentos me fizeram entender que para tudo existe um tempo certo, me ensinaram a persistir e a perceber que posso ser mais forte do que penso ser.

Aos meus pais, *Arnaldo e Josefa*, que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui e que me apoiam desde sempre.

Aos meus *familiares* por me incentivarem e compreenderem nos momentos de ausência.

Agradeço também a *Wellington*, parceiro sempre presente. Obrigada por me ajudar com tudo o que estava dentro das suas possibilidades. Você me incentivou a participar da seleção do mestrado e me socorreu quando em dificuldades com o inglês. Foi ainda meu secretário, revisor de texto e terapeuta.

À minha orientadora *Iracema da Silva Frazão*, pela confiança em ofertar a mim o desafio de produzir este estudo e pela parceria acadêmica desde o tempo de graduação.

Um agradecimento mais que especial à professora *Jaqueline Galdino Albuquerque Perreli*, pelos seus preciosos ensinamentos e por ter se disposto a me ajudar. Deus nunca nos desampara frente as dificuldades e a sua presença foi mais uma prova disso. Obrigada de coração!

Ao professor *Marcos Venícios de Oliveira Lopes* e ao professor *Paulo Savio Angeiras de Goes*, expertises no mundo dos estudos metodológicos e de validação. Agradeço também à *Michelline Santos*, pioneira dos estudos de validação de construto do nosso departamento. Seus ensinamentos foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos *alunos*, bem como seus *pais, mestres, diretoras e funcionários* das escolas nas quais foram coletados os dados do estudo e à *Gerência Regional de Educação Recife Sul*.

À *Dra. Isabel Leal*, autora da escala original e à minha amiga *Thassia Thame*. Foi uma honra dar continuidade ao trabalho e esforço de vocês.

À *turma de Mestrado N° 07* do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE. Foi um prazer fazer parte desta turma tão unida, compromissada, inteligente e divertida.

Ao *Departamento de Enfermagem da UFPE*, que tanto me ensinou desde a minha formação como enfermeira. Em especial ao *Programa de Pós-graduação em Enfermagem* com todos os seus docentes e funcionários.

Aos meus *colegas da emergência* do Hospital Dom Hélder Câmara, pelo apoio na

caminhada. Em especial às minhas gerentes *Rita de Cássia* e *Suellen Cintra* por possibilitarem conciliar o horário de trabalho com os meus estudos.

Por fim, a todos os meus *amigos*, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhoram tudo o que tenho produzido na vida.

Muito obrigada!

Nós não sabemos quase nada dessa alquimia que transforma a base metálica das nossas ideias no ouro da nossa realidade.

Serge Moscovici

RESUMO

No Brasil, o consumo de drogas por adolescentes tem acontecido de forma cada vez mais precoce. Para tentar compreender melhor o uso de substâncias psicoativas na adolescência, estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar as Representações Sociais que os jovens constroem sobre as drogas. Com essa finalidade, uma escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes foi elaborada em Portugal. Visando utilizá-la no público brasileiro, foi realizada uma adaptação transcultural da mesma seguida de validação de conteúdo. O objetivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes. Trata-se de um estudo de validação. Para tal, a escala foi aplicada a 330 adolescentes (13 a 19 anos) matriculados em duas escolas públicas da cidade de Recife, Pernambuco. Para garantir o rigor e a adequação metodológica, foi realizado um estudo piloto a partir da aplicação dos instrumentos de coleta de dados a 30 adolescentes os quais foram incluídos na amostra final por não terem sido necessários ajustes nos instrumentos. Os testes para averiguar a validade de construto (análise dos componentes principais) e a confiabilidade (alfa de Cronbach) foram realizados com o auxílio do *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS). A amostra consistiu em sua maioria por adolescentes do sexo feminino, sem filhos, sem vínculo empregatício, dependentes financeiramente de outras pessoas, atendidos quanto às suas questões de saúde apenas pelo Sistema Público de Saúde, cristãos, que residem com os pais, idade variando de 13 a 19 anos e média de 16,35 anos ($\pm 2,52$). A média para anos de estudo foi de 9,2 anos ($\pm 6,16$) e um percentual de 57,6% não apresentou reprovação. Utilizar a internet foi a atividade mais realizada durante o tempo livre e também aparece como principal meio para adquirir informação. Quanto a avaliação das propriedades psicométricas, a versão brasileira da escala mostrou-se capaz de mensurar nove domínios. Embora a escala apresente satisfatório valor total para o coeficiente de alfa de Cronbach ($\alpha=0,81$), quatro dos seus domínios exibem insuficiente consistência interna. Quando utilizadas apenas os cinco domínios que alcançaram valor para alfa de Cronbach $> 0,7$, o valor total para o coeficiente passa a atingir $\alpha=0,83$. A avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala mostrou que é um instrumento válido e confiável para mensuração das Representações Sociais elaboradas por adolescentes brasileiros acerca do consumo de álcool e outras drogas. Ademais, disponibiliza uma importante ferramenta para utilização pelos profissionais de saúde para a pesquisa, o ensino e a prática clínica no processo de cuidar dos adolescentes.

Descritores: Psicometria. Adolescentes. Escalas. Saúde Mental. Enfermagem.

ABSTRACT

In Brazil, drug use by adolescents has been taking place in an increasingly precocious manner. In order to better understand the use of psychoactive substances in adolescence, studies have been carried out with the objective of identifying the Social Representations that young people construct on drugs. For this purpose, a scale of Social Representations of the Consumption of Alcohol and Drugs in Adolescents was elaborated in Portugal. Aiming to use it in the Brazilian public, a cross-cultural adaptation of the same followed by validation of content was carried out. The objective of this study was to evaluate the psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Social Representations of Alcohol and Drug Use in Adolescents. This is a validation study. For this, the scale was applied to 330 adolescents (13 to 19 years old) enrolled in two public schools in the city of Recife, Pernambuco. In order to ensure rigor and methodological adequacy, a pilot study was carried out based on the application of the data collection instruments to 30 adolescents, which were included in the final sample because no adjustments were necessary in the instruments. The tests to determine the construct validity (main component analysis) and reliability (Cronbach's alpha) were performed with the aid of the Statistical Package of the Social Sciences (SPSS). The sample consisted mostly of female adolescents, without children, without employment relationship, financially dependent on other people, cared for in their health issues only by the Public Health System, Christian, who reside with their parents, age ranging from 13 to 19 years and mean of 16.35 years (± 2.52). The mean for years of study was 9.2 years (± 6.16) and a percentage of 57.6% did not show disapproval. Using the internet was the most accomplished activity during free time and also appears as the main means to acquire information. As for the evaluation of psychometric properties, the Brazilian version of the scale was able to measure nine domains. Although the scale presents satisfactory total value for the Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = 0.81$), four of its domains exhibit insufficient internal consistency. When only the five domains that reached Cronbach's alpha value > 0.7 were used, the total value for the coefficient would reach $\alpha = 0.83$. The evaluation of the psychometric properties of the Brazilian version of the scale showed that it is a valid and reliable instrument for measuring the Social Representations elaborated by Brazilian adolescents about the consumption of alcohol and other drugs. In addition, it provides an important tool for health professionals to use for research, teaching and clinical practice in the process of caring for adolescents. **Keywords:** Validation Studies. Adolescents; Scales. Mental health. Nursing.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos adolescentes. Recife, 2018	38
Tabela 2 - Dados educacionais, de lazer e de informação dos adolescentes. Recife, 2018	40
Tabela 03 - Componentes extraídos de acordo com o critério de Kaiser para a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes e suas variâncias. Recife, 2018.	41
Tabela 04 - Distribuição dos itens da escala nos componentes. Recife, 2018.	41
Tabela 05 - Componentes extraídos de acordo com o critério de Kaiser para a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes (sem item Nº 21) e suas variâncias. Recife, 2018.	43
Tabela 06 - Distribuição das variáveis nos componentes da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes (sem item Nº 21). Recife, 2018.	43
Quadro 1 - Distribuição dos itens da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes para cada domínio e suas respectivas cargas fatoriais. Recife, 2018.	45
Quadro 2 - Questões que são capazes de elevar a confiabilidade do instrumento caso sejam excluídos. Recife, 2018.	48
Tabela 7 - Coeficiente de Cronbach para cada domínio medido pela versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes. Recife, 2018.	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EREM – Escolas de Referência em Ensino Médio
LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OMS – Organização Mundial da Saúde
POP – Procedimentos Operacionais Padrão
PSE – Programa de Saúde na Escola
SPA – Substâncias Psicoativas
SPSS - Statistical Package of the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 PERGUNTA DE PESQUISA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos Específicos	20
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
4.1 Adolescentes, drogas e sociedade	21
4.2 A enfermagem frente à adição na adolescência	23
4.3 A Teoria das Representações Sociais e a enfermagem	26
4.4 Escalas psicométricas como ferramentas a serem utilizadas pela enfermagem	28
5 MÉTODO	31
5.1 Tipo de Estudo	31
5.2 Local de Estudo	31
5.3 População e amostra	32
5.4 Critérios de Elegibilidade	33
5.5 Procedimentos de Coleta de Dados	33
5.6 Procedimentos de Análise dos Dados	34
5.6.1 Estudo Piloto	34
5.6.2 Caracterização da amostra	34
5.6.3 Análise de Confiabilidade do Instrumento	34
5.6.4 Análise de validade de construto	35
5.6.7 Aspectos Éticos	37
6 RESULTADOS	38
7 DISCUSSÃO	50
8 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	69
APÊNDICE B - Termo de consentimento Livre e Esclarecido	71
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido > 18 anos e emancipados	73

APÊNDICE D – Questionário Socioeconômico	75
APÊNDICE E – Procedimentos Operacionais Padrão	77
APÊNDICE F – Versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes (versão de maior confiabilidade)	78
ANEXO A – Versão Original da Escala de Representações Sociais do Consumo de álcool e Drogas em adolescentes	80
ANEXO B – Versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas	81
ANEXO C – Autorização da Autora para adaptação e validação da escala	84
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	85

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente estima-se que uma a cada vinte pessoas (15-64 anos de idade) usaram ao menos uma vez na vida algum tipo de droga (UNODC, 2015). No contexto brasileiro, dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) evidenciam que 22% dos brasileiros adultos (18 anos ou mais) experimentaram álcool antes dos 15 anos de idade e que 50% da população adolescente (14-17 anos) iniciam a experimentação entre os 12 e 14 anos (INPAD, 2014). No Brasil, o início do uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPA), por sua vez, tem ocorrido de maneira bastante precoce, por volta dos 13-18 anos, o que pode repercutir de forma negativa na relação do adolescente com as drogas até a fase de adulto e elevar as possibilidades desses jovens se tornarem dependentes no futuro (ROCHA et al, 2015).

Os dados supracitados demonstram o quanto as drogas estão presentes na realidade dos adolescentes e ressaltam a necessidade de oferecer uma atenção maior a essa etapa da vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é compreendida entre os 10 e 19 anos de idade. Trata-se de uma fase que marca a passagem da criança para a vida adulta, de forma que experiências vividas nesse período sofrem influência da infância e repercutem na fase seguinte (MARTINS et al, 2013).

As transformações neuroquímicas, hormonais, cognitivas, sociais e psicológicas vivenciadas na adolescência demandam uma tentativa de adaptação. Nessa fase, ocorrem certas mudanças no padrão de comportamento e é comum o desejo por identificar-se com os outros jovens. Diante dessas circunstâncias e, ao considerar os elementos ambientais, as histórias de vida e as distintas personalidades, um contexto para a experimentação do uso de drogas pode ser construído (ANDRADE; MICHELI, 2014).

Os problemas referentes ao uso de drogas não podem ser considerados como algo unicausal, pois os fatores de risco para o uso dessas substâncias referem-se a questões não apenas do indivíduo em si, mas, também, de todo um contexto social no qual essa pessoa se insere. Causas relacionadas ao indivíduo podem referir-se à vulnerabilidade genética e à presença de psicopatologias (depressão, transtorno de personalidade, baixa autoestima, falta de perspectiva de vida, procura por novas sensações, etc.), enquanto questões externas ao sujeito encontram-se associadas à condição socioeconômica, criminalidade, disponibilidade da droga, falta de vínculo com a família e com atividades religiosas, influência de amigos e pouca adesão às atividades escolares (ZEITOUNE, 2012).

Embora o uso de SPA precise ser compreendido com base nas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas, o uso abusivo e/ou dependência do álcool e outras drogas

são tratados historicamente fundamentados numa visão com predominância psiquiátrica ou médica (BRASIL, 2004). No ponto de vista legislativo, a temática também vem sendo trabalhada de maneira conservadora, onde é possível evidenciar projetos de lei com caráter punitivo e repressivos (ASSIS; SILVA; TORRES, 2017). Sabe-se que a lei, sozinha, não resolve tais questões, sendo necessária a atuação intensa de profissionais de diversas áreas da sociedade como um todo (MORAES; BRAGA, 2003).

Além das políticas públicas, as ações de educação em saúde são fundamentais para que a promoção e a proteção ao adolescente sejam efetivas é preciso participação da escola, da atenção básica e da família de forma articulada com a finalidade de preparar os jovens para superar situações de vulnerabilidades e situações capazes de comprometer a integridade física, emocional e o convívio social. Para tal, é preciso conhecer as opiniões dos jovens e enfatizar a educação popular e saberes prévios dessa população (HIGARASH et al., 2011; FALKENBERG et al., 2014).

Para enfermeiros, cuidadores e promotores da saúde, a aproximação com a realidade dos jovens, afim de conhecer melhor o problema, permite elaborar programas de prevenção e tratamento para o uso/abuso álcool e drogas com a finalidade de manter uma boa qualidade de vida dos adolescentes (CAVALCANTI; ALVES; BARROSO, 2008). No serviço ambulatorial especializado, o enfermeiro é fundamental e pode ser o profissional com maior vínculo para determinados usuários do serviço. Assim, torna-se relevante que conheça as demandas próprias da adolescência, especialmente com relação às drogas e que possua habilidade para trabalhar junto adolescente os diferentes aspectos de sua vida (VASTERS; PILLON, 2011).

Para compreender melhor o uso de SPA pela população adolescente, se observa na literatura um esforço dos profissionais da saúde em realizar estudos que consideram um entendimento mais integral do fenômeno (HORTA et al., 2014; WONGTONGKAM et al., 2014; JESSOR et al., 2017). Nesse sentido, foi desenvolvido em Portugal um instrumento psicométrico composto por 32 itens e capaz de abranger as relações sociais dessa população e a forma que essas implicam no conhecimento e na tomada de atitude frente ao uso de SPA. Trata-se da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (CARVALHO; LEAL, 2006).

A escala teve suas propriedades psicométricas verificadas a partir da confiabilidade, por meio do cálculo de alfa de Cronbach ($\alpha=0,73$) e da validade de construto utilizando-se da análise fatorial. Ela possui três domínios (Informação, Atitudes e Crenças) e é uma escala tipo

Likert de autopreenchimento com possibilidade de resposta variando de “concordo completamente” a “discordo totalmente”. Quanto maior o escore do indivíduo nos domínios, mais elevado será o nível de informação, mais favoráveis e permissivas são as atitudes e maior o número de crenças a respeito dos efeitos positivos relacionados ao consumo de substâncias. (CARVALHO; LEAL, 2006).

De acordo com a teoria que orienta o instrumento, a construção do conhecimento acontece de forma coletiva e não apenas individual, constituindo-se assim, em um polo teórico útil para conhecer como determinado objeto/fato está sendo codificado pela sociedade (CRUSOÉ, 2004). Dessa forma, ao utilizar as Representações Sociais como ferramentas nas atividades de caráter coletivo, é possível contribuir no levantamento de informações úteis para o desenvolvimento de estratégias na prevenção e promoção da saúde. Tem se observado, inclusive, o interesse da comunidade científica brasileira em estudar a temática do consumo de álcool e outras drogas sob as lentes dessa teoria. Contudo, são pesquisas realizadas sem o subsídio de uma ferramenta validada (TRIGO et al, 2015; SILVA et al., 2014).

Sabe-se que a identificação do adolescente de risco em função do uso de SPA e a definição do melhor tratamento são assuntos importantes a serem considerados. O tratamento precisa estar estruturado no desenvolvimento global do jovem, na resolução dos problemas de contexto social e na modificação do comportamento de uso das substâncias. Detectar características do adolescente de risco, por sua vez, pode auxiliar as ações preventivas e de triagem, minimizando o problema (MARQUES; CRUZ, 2000).

A Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes pode contribuir nas situações supracitadas. Segundo as autoras do instrumento, é possível averiguar o modo como os adolescentes se relacionam com o tema de álcool e outras drogas ao saber o que pensam sobre o assunto, suas crenças e o seu posicionamento perante situações concretas independente de terem iniciado o consumo ou não. Assim, a escala pode ser útil tanto no sentido de intervenção para os adolescentes com alguma experiência de consumo como para prevenção primária. Também pode ser utilizada como instrumento avaliativo de ações preventiva para o uso de álcool e drogas em jovens, sendo aplicado previamente e posteriormente para observar alterações produzidas no nível da informação, das crenças e das atitudes (CARVALHO; LEAL, 2006).

No Brasil, jovens com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas são atendidos pelo sistema público de saúde em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta por dispositivos a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Saúde da Família (USF), os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e hospitais gerais.

Acredita-se que um instrumento psicométrico versátil como a Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas pode ser bastante benéfico, podendo ser utilizada nos equipamentos supracitados e por qualquer profissional de saúde. Outro cenário possível para a utilização da ferramenta é a escola. De acordo com o Decreto de Nº 6286/2007, que institui o Programa de Saúde na Escola (PSE), a prevenção do uso de drogas é uma das ações de saúde previstas a serem realizadas no ambiente escolar a partir de articulação com a atenção básica. Os profissionais de saúde atuantes na escola, inclusive os enfermeiros, poderão utilizar a escala para subsidiar suas ações.

A partir da ciência da importância e da relevância da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes, foi despertado o interesse em utilizá-la em adolescentes brasileiros. Para isso, foi submetida à adaptação transcultural para o Brasil e à validação de conteúdo (SILVA,2015).

Para adaptá-la transculturalmente, especialistas modificaram os termos não válidos para o Brasil e analisaram as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual. Em seguida, uma versão adaptada foi submetida ao pré-teste para identificar a compreensão dos itens do instrumento pelos adolescentes. Nesse momento, modificações foram sugeridas pelo público-alvo e encaminhadas para a avaliação do comitê de especialistas para reelaboração dos itens e estabelecimento da versão final. Como resultado, 28% dos itens foram alterados durante a adaptação transcultural e 48% foram modificados no processo de validação. Por fim, a escala adaptada foi enviada aos autores do instrumento original para que verificassem a preservação das propriedades essenciais (SILVA, 2015).

Dentre as adaptações propostas pelos especialistas, tem-se a exclusão de 7 itens e a inclusão de 8 itens (relacionados à família e à escola) de forma que a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes passou a ser composta por 33 itens. Segundo os especialistas que participaram do processo adaptativo, esses itens estariam organizados em domínios referentes ao conhecimento sobre as drogas, representação grupal, representação da família, representação da escola e representação psicológica (SILVA, 2015).

Ressalta-se que é previsto na literatura científica que alterações sejam realizadas no processo adaptativo, sendo permitido ao comitê de especialistas modificar as orientações iniciais e o formato do instrumento, alterar ou rejeitar itens que sejam considerados inadequados além de desenvolver novos itens (GUILLEMIN; BOMBARDIE; BEATON, 1993). Contudo, é importante atentar para as eliminações e adições realizadas, pois podem comprometer a liberdade intercultural. Ao partir desse pressuposto, se faz importante que sejam realizadas além

da validade de conteúdo, a análise de confiabilidade na cultura na qual o instrumento vai ser aplicado, pois é recomendável, passado o processo de adaptação, que os investigadores demonstrem se a nova versão apresenta as propriedades de medição necessárias para a aplicação pretendida (FERREIRA; MARQUES, 1998; BEATON; BOMBARDIER; GUILLEMIN, 2007).

A fim de dar continuidade no processo de validação da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes, e, ao levar em consideração a importância da contribuição que uma escala válida pode oferecer à comunidade científica bem como, para a sociedade em geral, torna-se necessário averiguar as propriedades psicométricas desse instrumento através da análise de confiabilidade e de validade de construto.

2 PERGUNTA DE PESQUISA

As propriedades psicométricas da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes são adequadas para o contexto brasileiro?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar a confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Representações Sociais de Álcool e Drogas em Adolescentes;
- Verificar a validade de construto da Versão Brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Adolescentes, drogas e sociedade

Segundo a OMS, as drogas são todas as substâncias capazes de modificar uma ou mais funções após introduzida no organismo vivo. Elas podem ser consideradas como substâncias lícitas (bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos) ou ilícitas (maconha, cocaína, crack entre outras). As substâncias psicotrópicas são aquelas que atuam no cérebro alterando de alguma forma o psiquismo e podem ser classificadas em três grupos a partir da atividade que exercem no sistema nervoso central: Depressoras (psicolépticos), estimulantes (psicoanalépticos, noanalépticos, etc.) e perturbadoras (psicoticomiméticos, psicodélicos, alucinógenos, etc.) (CARLINI et al, 2001).

O consumo de SPA costuma ser iniciado com as substâncias lícitas por existir uma crença de que esse tipo de droga pode ser considerado “melhor” por não trazer tantos agravos à saúde (ZEITOUNE et al, 2012). Vale ainda salientar que na sociedade contemporânea não cabe mais esclarecer o consumo de drogas como uma simples busca pelos efeitos proporcionados pelas substâncias ou considerar as pessoas como seres destituídos de consciência e de capacidade de escolha (SANTOS; SOARES, 2013). Embasada no capitalismo, essa própria sociedade acaba por ditar o estímulo do prazer e do consumismo, inclusive de drogas lícitas, tratadas como proposta de preenchimento para algum tipo de lacuna na vida do indivíduo (DELMANTO, 2013). Como exemplo tem-se o álcool, socialmente aceito e fortemente estimulado pela mídia, que relaciona seu consumo como meio para diversão, virilidade e descontração.

Para os adolescentes, essas questões podem repercutir mais intensamente pois embora o consumo do álcool e de outras drogas possa acontecer em qualquer fase da vida, acredita-se que os adolescentes são susceptíveis por serem facilmente levados a assumir atitudes que os façam sentir aceitos no meio social (OLIVEIRA; FERREIRA, 2016; CARDOSO; MALBERGIER, 2014). Isso porque os consumidores dessas substâncias são percebidos como pessoas mais populares e valorizadas pelo grupo, e, para obter essa valorização, o comportamento tende a ser imitado (CARDOSO; MALBERGIER, 2014). Assim, tanto os amigos que já vivenciaram a experimentação de uso de drogas quanto o forte apelo da sociedade para o consumo dessas substâncias, podem ser considerados influências importantes (OLIVEIRA; FERREIRA, 2016).

Ter amigos que usam álcool ou outras drogas regularmente, que as vendem ou que tem problemas com a lei parece aumentar progressivamente a associação para o uso de álcool, de tabaco, de ambos e de drogas ilícitas (CARDOSO; MALBERGIER, 2014). Todavia, é preciso evitar explicações muito simplistas e fragmentadas para o fenômeno (SANTOS; SOARES, 2013).

Ao se tratar de droga com um adolescente é importante evidenciar os seus efeitos negativos, mas também citar os prazeres momentâneos alcançados com o consumo delas e, dessa forma, tornar possível o estímulo de atitudes mais conscientes pelos adolescentes (ZEITOUNE et al, 2012). Os iniciantes no uso podem achar que os malefícios provenientes das drogas não são reais, focalizando apenas no prazer proporcionado pelo uso. Ademais, existe o fato do adolescente ser um experimentador por natureza. Testa desde o seu corpo e a sua força até a sua liberdade, os desafios, o proibido e a quebra de tabus (MORAES; BRAGA, 2003).

Quando um determinado comportamento ou atividade nos proporciona prazer, a tendência natural é repeti-lo em busca da sensação prazerosa. É como funciona o chamado “sistema de recompensa cerebral”, que se dá a partir da liberação de vários neurotransmissores em regiões específicas do cérebro. O neurotransmissor mais importante nesse sistema é a dopamina, produzida em dois núcleos do mesencéfalo. O núcleo chamado de Área Tegmental Ventral (ATV), produz grandes quantidades de dopamina e a libera em outro núcleo, o accumbens (Nac). Este é uma estrutura cerebral responsável pelo centro do prazer e é ativado quando a dopamina que provém da ATV de liga aos seus receptores (ANDRADE; MICHELI, 2014). A sensação de prazer causada pela droga dura enquanto ela permanecer no organismo, sendo sucedida por uma sensação de vazio, de isolamento ou de depressão. Com o passar do tempo, o prazer tende a diminuir e se instala a tolerância, no qual o indivíduo passa a necessitar de doses maiores e de drogas mais fortes (MORAES; BRAGA, 2003).

Além dos fatores biológicos e psicológicos, o consumo de substâncias psicoativas adota ainda particularidades contemporâneas diretamente relacionadas às constantes transformações sociais (SANTOS; SOARES, 2013). Obedecendo a essa linha de pensamento não é possível focalizar apenas nas propriedades farmacológicas esquecendo-se de considerar um cenário histórico e socialmente contextualizado (TORCATO et al, 2013).

Relacionar o problema a desvios de normas sociais impede a compreensão do fenômeno de forma mais completa. O uso recorrente de drogas não pode ser analisado de forma a excluir os sofrimentos consequentes à falta de acesso a bens materiais e de cidadania e a repressão advinda de políticas que negam a história dos sujeitos na sua relação com seus consumos, contextos e emoções no decorrer do curso de vida. Ainda se tem a exclusão do mercado de

trabalho, o sentimento de culpa por ser considerado à margem da sociedade, o modo de construção do prazer, das emoções e de possibilitar diferentes e novas formas de percepção da realidade, seus sentidos e seu próprio conhecimento (TORCATO et al, 2013).

Dentre os vários determinantes envolvidos no acesso e disseminação do uso de drogas tem-se o econômico, onde as condições de tráfico de drogas geram riquezas e fonte de subsistência devido à desigualdade social, o desemprego, o analfabetismo e à miséria, o que dificulta uma abordagem mais efetiva de controle. Contudo, vale salientar que o problema das drogas não atinge apenas as classes mais pobres, sendo um mito o fato de que apenas as classes menos favorecidas sejam as que apresentam maior consumo de drogas e que apresentam grande potencial de risco para a sociedade (MORAES; BRAGA, 2003).

Dentro de um contexto mais ampliado de análise, a família representa grande influência. Considerada o primeiro núcleo social do indivíduo, é nela que alguns fatores de risco podem surgir, tais quais a ausência do diálogo e do espaço para acolhimento das demandas dos adolescentes. Também é preciso levar em consideração o grande percentual de pessoas usuárias que são próximas aos jovens: vizinhos, amigos, parentes, colegas de escola e até os próprios pais (REIS et al, 2013).

A escola, por sua vez, é outro cenário que também precisa ser considerado no contexto de álcool e outras drogas. Dificuldades no desempenho escolar, insatisfação ou dificuldades com o método de ensino também são reconhecidos como fatores de vulnerabilidade para o uso entre a população adolescente, podendo os problemas escolares tanto preceder o consumo de substâncias quanto serem consequência dele (CARDOSO, MALBERGIER, 2014).

A escola também pode ser um local propício para o enfrentamento da temática entre os adolescentes além de poder representar um forte aliado da saúde. Isso porque um dos objetivos da instituição segue a lógica da formação de cidadãos, e, também, por ser próxima às unidades de saúde da comunidade (MUZA, 2014; SOUZA et al, 2015). No entanto, as ações escolares que buscam incentivar a discussão crítica e geradora da autonomia dos jovens são insuficientes (SOUZA et al, 2015). Estimular a participação ativa dos jovens a partir da valorização das suas experiências prévias possibilita que os mesmos levanten proposições relevantes e sejam produtores da sua própria história.

4.2 A enfermagem frente à adicção na adolescência

As demandas advindas da adolescência são geralmente complexas e quando estão relacionadas ao uso de drogas exigem um olhar holístico por parte do profissional de saúde. As

mudanças perpassam o físico e atingem o âmbito psicológico exigindo do sistema de saúde e da sociedade um acompanhamento mais atencioso (MUZA, 2014).

Profissionais da área da saúde e de outras áreas do conhecimento devem se preparar para atuar na farmacodependência junto aos adolescentes, inclusive o enfermeiro, profissional com atuação de enfoque social (MORAES; BRAGA, 2003). Ele é capaz de realizar atenção à saúde de forma individual e coletiva independente da fase de desenvolvimento da pessoa por meio das consultas de enfermagem, procedimentos e atividades grupais, por exemplo (SILVA et al., 2014).

A consulta de enfermagem tem sido uma estratégia bastante utilizada e considerada uma boa forma de identificar problemas relacionados ao uso de drogas. Contudo, nem sempre os enfermeiros recebem capacitações para realizarem assistência relacionada à dependência química (OLIVEIRA; FARIA, 2015). Quando atuante na atenção básica, precisa ainda conhecer a população mais vulnerável para o uso de drogas e intervir junto a uma equipe multiprofissional. Sabe-se que a atenção primária de saúde é de grande importância na solução dos problemas de usuários de drogas, contudo, essa população tem resistência em procurar assistência nas USF (SILVA et al., 2014).

O enfermeiro pode ainda atuar nos diferentes cenários que atendem o adolescente usuário de drogas. De acordo com a portaria Nº 3.088/2011, que institui a RAPS, adolescentes podem ser atendidos para as questões do uso de álcool e drogas nos CAPS AD e CAPS I. Para os casos que necessitem de cuidados clínicos contínuos, são recomendados os CAPS AD III, com funcionamento 24h. Para atenção de urgência e emergência, constam como pontos da RAPS o SAMU 192, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, as Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Na atenção residencial de caráter transitório encontram-se as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial e na atenção hospitalar os leitos e enfermarias.

Outro recurso importante é o atendimento oferecido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composto por diversos profissionais que trabalham em conjunto com a atenção básica no processo de capacitação e colaboram com as ações desenvolvidas (SILVA et al., 2014).

O trabalho com usuários de drogas psicoativas é algo complexo e que exige continuidade e persistência por parte dos atores envolvidos no processo. São ações que devem contemplar os níveis de prevenção, promoção, reabilitação. Ao assistir adolescentes deve-se trabalhar conceitos de cidadania, justiça social, solidariedade, saúde, educação, dignidade e dependência,

bem como, esclarecer as consequências do uso dessas substâncias, suas manifestações e o prazer proporcionado sem fazer uso da pedagogia do medo (MORAES; BRAGA, 2003).

Uma dificuldade encontrada na assistência prestada pelo enfermeiro ao adolescente é a baixa adesão destes nas atividades, o que torna esse grupo mais vulnerável às situações de risco. O uso de drogas, sejam elas ilícitas ou não, às vezes é tido como um assunto delicado e considerado íntimo. Dessa forma, o profissional precisa estabelecer uma relação de confiança de maneira gradativa e consciente de que não terá acesso a todas as informações em um primeiro contato (MUZA, 2014).

Para que o atendimento do adolescente seja de qualidade, um vínculo de confiança precisa ser estabelecido. Para isso, o profissional deve estabelecer um diálogo franco e aberto com o jovem deixando-o à vontade para expressar as dificuldades pelas quais passa (MUZA, 2014). Adolescentes acompanhados por familiares ou responsáveis podem não sentirem segurança para expor todas as suas dúvidas e situações, ocasionando em mais um obstáculo para o estabelecimento de vínculo (OLIVEIRA, FARIA, 2015).

Diversos tipos de estratégias podem ser utilizadas para trabalhar a saúde com o adolescente, tais como, a formação de grupos para discussão, encontros, uso de material multimídia e avaliações físicas. Para realizá-las, no entanto, não é preciso estar restrito a unidade de saúde, podendo ser utilizado todo o espaço comunitário como igrejas, praças, escolas e etc. O enfermeiro pode ainda ofertar assistência aos familiares a fim de minimizar os problemas nas relações (OLIVEIRA; FARIA, 2015).

Infelizmente nem todos os profissionais se encontram engajados em trabalhar a saúde com o jovem, e, quando o fazem, nem sempre o fazem regularmente, o que desfavorece a aproximação da comunidade com o serviço de saúde (LEITE, 2015). São necessários profissionais que estabeleçam relações terapêuticas de confiança e que acolham o adolescente a partir da inserção que ele faz na comunidade (CARVALHO, ROCHA; ROCHA, 2015). Ainda durante a formação do enfermeiro, deve-se proporcionar a interação do futuro profissional com o problema (SOUZA et al, 2015; OLIVEIRA; FARIA, 2015).

Um cenário importante para a prática de estratégias educativas que levem o adolescente a compreender a necessidade da prevenção primária e ao estímulo do bem-estar e da qualidade de vida é a escola. O enfermeiro, como promotor da saúde, deve trabalhar em parceria com demais profissionais que trabalhem junto ao adolescente no ambiente escolar e, também, fazer uso de estratégias de intervenção corretas e satisfatórias por meio da prática da transdisciplinaridade com a finalidade de sensibilizar os jovens quanto às causas e consequências do uso de drogas (PEDROSA et al., 2015).

É importante que se invista em educação em saúde com adolescentes a fim de estimular hábitos saudáveis de vida a partir da conversação e da discussão, permitindo que eles exponham suas dúvidas e saberes (NEVES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2015). A educação em saúde é um dos processos mais importantes e relevantes para a prática da enfermagem porque auxilia os sujeitos na co-responsabilização pela sua saúde de forma reflexiva à própria conduta e a sua relação no processo saúde-doença, o que implica no desenvolvimento social, intelectual e moral da sociedade (SALUM; MONTEIRO, 2015).

O enfermeiro deve dar ênfase a promoção da saúde do adolescente a partir de uma perspectiva emancipatória, respeitando os conhecimentos prévios, articulando a intersectorialidade e a transdisciplinaridade (ZEITOUNE et al, 2012; OLIVEIRA; FARIA, 2015). Esse profissional precisa ainda refletir sua prática com base nos preceitos da ética acerca do sigilo profissional e da autonomia (VALENÇA et al, 2013).

Assim, o estudo sobre o saber dos adolescentes frente às drogas é de fundamental importância por atuar na prevenção e na promoção da saúde através de atividades educativas (ZEITOUNE et al, 2012). Compreender a prática social do grupo pode subsidiar a realização de intervenções mais eficientes e que respeitem as características específicas para cada segmento social (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011). Isso porque o conhecimento do agir das pessoas frente ao mundo permite a melhor condução do cuidado num plano terapêutico fundamentado a quem ele se destina (FERREIRA, 2016).

4.3 A Teoria das Representações Sociais e a Enfermagem

A partir do reconhecimento do enfermeiro quanto à importância em captar as interpretações dos participantes quanto à realidade e em compreender as atitudes e comportamentos de um determinado grupo quanto a um objeto psicossocial, tem-se utilizado cada vez mais a Teoria das Representações Sociais (TRS) como aliada (SILVA; CAMARGO. PADILHA, 2011).

A TRS foi proposta pelo psicólogo social francês Serge Moscovici e discute a interação entre o sujeito e o objeto, além de como o conhecimento é construído no âmbito individual e coletivo. Para o estudioso, existem duas naturezas de pensamento: o científico (reificado) e o do senso comum (consensual). O primeiro é compreendido por meio das ciências enquanto o outro, construído socialmente, é onde se enquadra a TRS (SANTOS, 2010).

Moscovici procurou compreender como o conhecimento é produzido e analisou o impacto deste nas práticas sociais e vice-versa. Para ele existia um “poder das ideias” de senso

comum, assim, o conhecimento é construído e partilhado socialmente sendo capaz de transformar ideias em práticas (CRUSOÉ, 2004). Dessa forma, cabe a esta teoria entender como o novo é incorporado pelo grupo de pessoas e se torna um consenso (SANTOS, 2010).

O senso comum é um conhecimento originário do diálogo, da observação, da troca de ideias e de interpretações. Ele representa o que o grupo pensa sobre determinada situação. Muito embora a sua discussão em meio acadêmico seja difícil e por vezes desacreditada, é possível por meio das Representações Sociais dar a ele uma nova forma tornando-o mais palpável, lógico e coerente além de permitir veicular sentidos e sensibilidade (CRUSOÉ, 2004).

Ao se partir do pressuposto da relação dialética do homem entre os aspectos individuais e sociais, tem-se a base teórica do conceito de Representação Social, ou seja, a apropriação da realidade pelo sujeito através da internalização do que é social (ROCHA, 2014). Ainda de acordo com Moscovici, é preciso estudar não só a mente do indivíduo, mas, também a cultura na qual este se insere (SANTOS, 2010).

O pensamento individual não pode se resumir apenas ao psiquismo e à atividade cerebral, da mesma forma que o pensamento social não constitui a soma dos pensamentos individuais. A TRS, por sua vez, está voltada para a interpretação de mundo realizada pelos sujeitos e pela representatividade dada por eles para os objetos aos quais entram em contato, criando assim, uma teoria que orientará suas ações e comportamentos (CRUSOÉ, 2010). Embora as representações (individuais ou coletivas) sofram influência da sociedade e do contexto histórico, conseguem guardar um sentido geral que ultrapassa a sociedade que a originou, o que, para Moscovici, trata-se de um conceito que atende pelo nome de *themata* (OLIVEIRA, 2004).

Para a enfermagem, a investigação científica costuma relacionar a TRS ao conhecimento do senso comum sobre os cuidados e a assistência do enfermeiro (SILVEIRA; FERREIRA; ZEITOUNE, 2013). O estudo do cuidado à luz dessa teoria possibilita não só a compreensão das ações de saúde dos sujeitos, mas, também, dos sentidos atribuídos a elas, o que justifica suas opções frente à realidade. Desse modo, as representações alimentam as práticas e estas expressam e conduzem a formação das representações (FERREIRA, 2016).

Ao passar por esse universo de crenças, significados e valores, os estudos na TRS além de compreenderem a realidade social, também vão apontar necessidades para a criação de novas estratégias e tecnologias para monitorar e avaliar os fatos (SAMPAIO; VILELA; SIMÕES, 2012). O conhecimento do problema a partir da aproximação da realidade dos adolescentes por parte dos enfermeiros pode contribuir para a elaboração de políticas públicas e programas de prevenção e tratamento para o uso e o abuso de drogas (DA SILVA, 2014).

Contudo, avaliar e mensurar atitudes sociais exige certa complexidade devido aos seus conceitos e fenômenos subjetivos. Sabe-se que muitos conceitos ou variáveis nas ciências sociais e da saúde são de natureza subjetiva, e, por isso, existem algumas dificuldades para se obter medidas acuradas (PASQUALI, 2010).

4.4 Escalas psicométricas como ferramentas a serem utilizadas pela enfermagem

Alguns artifícios podem ser utilizados pela enfermagem para atribuir qualidade à sua prática. Os testes e escalas padronizadas, por exemplo, estão sendo utilizados no âmbito da saúde para proporcionar uma assistência de melhor qualidade e também para homogeneizar a coleta de dados em pesquisas científicas (FEITOSA et al, 2014).

Na saúde mental, as escalas possuem itens que permitem quantificar características psíquicas, psicológicas ou comportamentais que por vezes não são fáceis de identificar. Elas podem servir para auxiliar no rastreamento, acompanhamento e tratamento, complementando o diagnóstico clínico e uniformizando a linguagem dos profissionais (GORENSTEIN; WANG YUAN-PANG; HUNGERBUHLER, 2016). Ao escolher uma escala, os enfermeiros precisam observar primeiramente o propósito da mesma, de forma que a o instrumento seja compatível ao objeto de estudo pesquisado (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A medida escalar constitui umas das várias formas assumidas pela medida psicométrica e são mais utilizadas na psicologia social, no estudo das atitudes e no campo da personalidade. Dentre os diversos tipos de escala, têm-se a tecnologia da escala de Likert, umas das mais usadas atualmente. A partir dela se verifica o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressam algo favorável ou não em relação a um objeto psicológico. Para tanto, a escala precisa ser avaliada quanto a sua validade e precisão (PASQUALI, 2010).

As questões de confiabilidade e validade são de interesse fundamental para o pesquisador, pois é preciso ter certeza de que as ferramentas escolhidas são medidas válidas e confiáveis (LOBIONDO-WOOD, 2001). Vale ressaltar que em caso de haver um instrumento já desenvolvido e validado em idioma diferente da população alvo ao qual a escala será aplicada é preciso realizar a adaptação transcultural (STREINER; NORMAN, 2008).

No processo de adaptação o comitê de especialistas deve assegurar que a versão final seja compreensível e avaliar a equivalência cultural para que existam equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental (GUILLEMIN, 1995). Além dessas, existe ainda na literatura a indicação de que se obtenha a chamada equivalência de mensuração, onde se avalia a validade dimensional e adequação de itens componentes, bem como a avaliação da

confiabilidade e da validade de construto. Entretanto, para tal o foco não é dado na magnitude dos valores em si, mas na comparação sistemática dos resultados com os obtidos nos estudos pregressos para a versão original do instrumento (REICHENHEIM; MORAES, 2017).

Assegurar que um instrumento é válido, significa dizer que ele realmente mede o que diz medir (LOBIONDO-WOOD, 2001). A avaliação da validade começa na construção do teste e subsiste durante todo processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. É preciso, por vezes, o cálculo de diferentes coeficientes para a interpretação da validade, podendo ser analisada em três os aspectos: validades de conteúdo, de critério e de construto (RAYMUNDO, 2009).

A validade constitui-se em um parâmetro que diz respeito ao aspecto da medida de ser congruente com a propriedade mensurada dos objetos, e não com a exatidão que essa mensuração é feita. Historicamente observa-se que a validade de conteúdo foi predominante no período que vai de 1900 a 1950. A partir daí até o ano de 1970, a estatística começou a ganhar mais força quanto a definição da qualidade do teste, onde a validade de critério teve maior predomínio. Desde então até os dias atuais, a preocupação na validação dos instrumentos psicológicos vem se concentrado na validação de construto (PASQUALI, 2013).

A validade de conteúdo permite a formulação de questões que representarão adequadamente o construto. Os itens são elaborados de modo a refletir o conceito desejado e as dimensões são formuladas. No processo desse tipo de validação, os itens são analisados por um grupo de juízes que são especialistas no assunto (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Na validade de critério se diferenciam grupos distintos no que o teste pretende medir. Ou seja, é útil quando é preciso discriminar sujeitos em termo de pertencimento a uma ou outra classe, classificando-o em uma categoria específica. Para realizá-la, é preciso utilizar um instrumento com atributos iguais ou similares ao teste a ser avaliado, geralmente um instrumento denominado “padrão ouro” a fim de avaliar a correlação existente entre os dois (FEITOSA et al, 2014).

Já a validade de construto procura validar um corpo de teoria subjacente à medição e testagem de relações hipotéticas. Ela permite avaliar, com base nos resultados do instrumento, se há mais construtos teóricos das variáveis que a escala pretende medir (PASQUALI, 2013). Em outras palavras, possibilita determinar qual o significado do teste e demonstra que o instrumento realmente mede o que se propõe a medir. Também é importante ressaltar que além de avaliar, valida a teoria na qual se apoiou a construção do instrumento (RAYMUNDO, 2009).

Os construtos (conceitos) serão cientificamente pesquisáveis se forem, ao menos, passíveis de uma adequada representação comportamental. Isso porque é preciso descobrir se a

representação, ou seja, o teste, constitui uma representação legítima do construto (PASQUALI, 2013).

Já a confiabilidade diz respeito à capacidade de que a escala possui em produzir os mesmos resultados em medidas repetidas. Ela pode ser avaliada a partir da coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade, sendo os três últimos os atributos principais. A estabilidade é relacionada com a habilidade do instrumento em gerar os mesmos resultados em testagens repetidas e a homogeneidade afirmam se todas as questões medem um mesmo conceito ou característica. Já a equivalência diz se a ferramenta produz os mesmos resultados quando instrumentos equivalentes ou paralelos são usados (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Por ser a medição dos fenômenos de enfermagem uma preocupação importante dos pesquisadores dessa área, se faz importante a avaliação dos termos de medida em que a confiabilidade e a validade dos instrumentos utilizados sejam estabelecidas. Propriedades dessas ferramentas exercem forte influência nas validades interna e externas do estudo, visto que medidas inválidas podem gerar informações imprecisas (LOBIONDO- WOOD, 2001).

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo validação que averiguou as propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes. Essa versão (ANEXO B), possuía resultados quanto ao polo teórico, contudo, ainda necessitavam ser atendidos os procedimentos experimentais/empíricos e analíticos. Os procedimentos experimentais consistem no planejamento da aplicação (determinação da amostra e das instruções de como aplicar o instrumento) e na própria coleta da informação. Já os analíticos são estabelecidos por análises estatísticas que conduzirão a um instrumento válido e são realizados a partir da verificação de três aspectos: dimensionalidade (validade), análise empírica e confiabilidade (PASQUALI, 2010). A última etapa para se obter um instrumento adaptado é a sua validação com base nas suas análises estatísticas, com o objetivo de averiguar se o instrumento pode ser considerado válido para o contexto em que foi adaptado (GORESTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

5.2 Local de Estudo

Evidências acerca da maior prevalência de adolescentes que consomem álcool e outras drogas estudarem em escolas públicas (MALTA et al., 2011), norteou a escolha para realização dessa pesquisa em duas escolas públicas de referência no ensino médio na cidade do Recife, Pernambuco. Foram selecionadas escolas localizadas no distrito sanitário IV do Recife, o mesmo território onde se localiza a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Elas são situadas no bairro de Tejiptó, Região Metropolitana do Recife e estão sob a responsabilidade da Gerência Regional Recife Sul da Secretaria Estadual de Educação.

A escola em tempo integral proporcionou à pesquisadora maior facilidade para captação dos alunos, pois estes permanecem durante todo o dia no ambiente escolar. Já a de ensino regular proporcionou um maior contingente de adolescentes por possuir três turnos de ensino.

A escolha do ambiente escolar para a aplicação da escala se deu a partir do reconhecimento deste local como importante papel formador do adolescente na sociedade. Também foi considerada a necessidade de articulação entre o ambiente educacional e o serviço de saúde proposta pelo Programa de Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007). Sabe-se que a escola é um dos principais locais

para prevenção e promoção de mudanças dos comportamentos e estilos de vida que sejam de risco (TAVARES; BONITO; OLIVEIRA, 2013). Para tal, traçar metas e objetivos exige o conhecimento da realidade da comunidade e o perfil dos estudantes (ANDRADE et al., 2015).

As Escolas de Referência em Ensino Médio (EREM) da rede estadual de ensino possuem uma carga horária ampliada quando comparadas às escolas de ensino regular e foram instituídas no ano de 2008. As escolas integrais oferecem 45 horas semanais de atividades educacionais. Dentro da política estadual de Pernambuco existe o chamado currículo interdimensional, que dialoga com a educação integral e visa à formação completa do indivíduo, compreendendo suas experiências educativas, culturais, sociais, artísticas e esportivas (CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INTEGRAL, 2016).

A Escola de Referência em Ensino Médio Senador Paulo Pessoa Guerra atende cerca de 745 alunos. Uma quantidade maior de vagas é destinada aos estudantes do primeiro ano do ensino médio, somando o total de sete turmas. Em seguida, tem-se o segundo ano com seis e o terceiro ano com apenas quatro classes. É situada em um terreno bastante arborizado, possui quadra poliesportiva coberta, laboratórios, biblioteca, refeitório amplo e áreas que permitem a convivência dos alunos. Os estudantes passam todo o dia no ambiente escolar e dispõem de três intervalos onde é fornecida a merenda.

Territorialmente à frente da escola supracitada tem-se a Escola Alberto Torres. Nela estão matriculados cerca de 440 alunos por turno (manhã, tarde e noite), totalizando aproximadamente 1.320 estudantes. O colégio possui um grande pátio no qual os alunos se reúnem nos horários livres, refeitório, biblioteca e horta cultivada por eles. Os adolescentes permanecem cerca de 25 horas semanais no ambiente escolar. Para cada turno é servida uma merenda durante um intervalo de vinte minutos.

Ao lado das escolas supracitadas funcionam ainda duas instituições de ensino estaduais de grande porte, configurando um complexo com grande circulação de jovens e com grandes oportunidades para criação de laços e diversos tipos de relações grupais.

5.3 População e Amostra

Um instrumento precisa ser construído para um determinado tipo de população. Determiná-la claramente a partir da faixa etária, do nível de escolaridade e do nível socioeconômico do público-alvo, permite dar o primeiro passo na execução dos procedimentos ditos experimentais, mediante determinação da amostra (PASQUALI, 2010).

Para a realização deste estudo definiu-se a população adolescente, considerando para tal a definição cronológica da OMS para adolescência (10-19 anos). Para a determinação da amostra foram seguidas as recomendações de relação indivíduo-item, de forma que para cada item torna-se suficiente a resposta de 05-10 respondentes (PASQUALI, 2010). Para fins do presente estudo considerou-se a relação de 10 adolescentes para cada item da escala, sendo um total de 33 itens multiplicados por 10, perfazendo uma amostra de 330 adolescentes. Ademais, constitui um quantitativo recomendado para realizar uma análise fatorial adequada (PASQUALI, 2013).

5.4 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos os alunos que se encontravam em sala de aula durante a coleta de dados. Foram excluídos os alunos que não responderam algum item da escala e os que apresentaram limitações cognitivas e/ou motoras que dificultaram o preenchimento do instrumento.

5.5 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora se apresentou aos alunos e forneceu informações pertinentes quanto ao estudo, as condições para participação, os riscos e os benefícios. As visitas aconteciam nos intervalos entre uma aula e outra. Cada turma foi visitada ao menos duas vezes, uma para apresentação do estudo e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e outra para o recolhimento do mesmo após assinado e realização da coleta de dados. Algumas classes necessitaram ser revisitadas em vários momentos até que todos os adolescentes que desejassem participar da pesquisa trouxessem a documentação necessária. Na medida em que a autorização dos pais e/ou responsáveis era verificada, solicitava-se a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B) e era entregue o material para coleta de dados. Aos estudantes, com 18 anos ou mais, foi entregue TCLE apropriado (APÊNDICE C). Também foi possível participar da reunião dos pais e/ou responsáveis com os professores em ambas escolas. Aproveitou-se o momento para explicar pessoalmente o objetivo da pesquisa para os responsáveis, retirar dúvidas e solicitar a participação dos adolescentes por meio da assinatura do TCLE.

A coleta, propriamente dita, se deu após serem dadas as devidas orientações para o preenchimento do instrumento, dando prosseguimento a fase dos procedimentos experimentais.

Em casos de dúvida, os alunos puderam esclarecê-las junto à pesquisadora. A Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes foi a primeira a ser respondida, e, posteriormente, o questionário socioeconômico desenvolvido pela autora (APÊNDICE D). Essa ordem foi estabelecida para que o aluno direcionasse maior atenção ao preenchimento da escala.

A pesquisadora contou com o auxílio de quatro alunos de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco durante a fase de coleta de dados. Todos foram previamente e igualmente treinados para a realização da pesquisa, conforme o documento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) (APÊNDICE E).

5.6 Procedimentos de Análise dos dados

5.6.1 Estudo Piloto

As trinta primeiras escalas respondidas foram utilizadas na realização do teste piloto, sendo possível identificar as dúvidas emergentes dos alunos durante o preenchimento dos instrumentos realizar devidos ajustes na forma em que as orientações foram ofertadas aos participantes da pesquisa a fim de tornar a coleta mais padronizada.

5.6.2 Caracterização da amostra

Os dados de caracterização da amostra coletados por meio do instrumento socioeconômico foram analisados por estatística descritiva, apresentando frequências simples e relativa, média e desvio-padrão. Os dados foram digitados em planilha do *software* Excel e, posteriormente, transportadas para o *software* Statistical Package of the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

5.6.3 Análise da Confiabilidade do Instrumento

A confiabilidade de um instrumento é definida como a medida que este produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas, ou seja, está relacionada com a precisão da medição (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A partir de uma aplicação do teste em uma amostra de sujeitos é possível estimar coeficientes de precisão e verificar a sua consistência interna, ou seja, a congruência que cada item tem com os demais itens (PASQUALI, 2013).

Neste estudo, a constatação da confiabilidade se deu a partir da verificação da consistência interna através do cálculo de alfa de Cronbach, que verifica a congruência que cada item do teste tem com os demais itens. Esse coeficiente pode apresentar valores que vão de 0 a 1, sendo considerado valor mínimo aceitável de 0,7 (PASQUALI, 2013; NUNNALLY, 1970). Esse parâmetro psicométrico é importante porque quanto maior a confiabilidade da medida, menor será a presença do erro aleatório, o que garante dados mais fidedignos (FILHO et al, 2014). O coeficiente foi calculado tanto para a escala no seu total como para cada domínio. Os itens que não estavam suficientemente correlacionados com os demais foram eliminados a fim de aumentar a confiabilidade do instrumento (MARTINS, 2017).

5.6.4 Análise da validade de construto

A validade de construto se constitui em uma maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (PASQUALI, 2013). Para tal, nesse momento optou-se por realizar uma análise fatorial exploratória. Esse procedimento ajuda não só a explorar se efetivamente existe a estrutura multidimensional conjecturada, mas, também, permite explorar o comportamento dos itens para as escalas previstas (REICHENHEIM; MORAES, 2017).

Existem várias maneiras de conduzir uma análise de fatores. Neste estudo foi realizada a análise dos componentes principais, técnica que, embora não seja uma análise fatorial propriamente dita, geralmente conduz a resultados semelhantes (FIELD, 2009). Ambas produzem combinações lineares que capturam ao máximo a variância. A diferença está no tipo da variância utilizada. Enquanto na Análise dos Componentes Principais toda a variância é utilizada, na Análise Fatorial utiliza-se apenas a variância comum (FIGUEIREDO FILHO; JÚNIOR, 2010). Sabe-se que a variância total pode ser decomposta em variâncias comum/comunalidade, específica e erro, enquanto a variância verdadeira (variância comum e especificidade) define a precisão (PASQUALI, 2013).

A Análise dos componentes Principais possibilita procurar explorar a relação entre um conjunto de variáveis, identificando padrões de relação (FIGUEIREDO FILHO; JÚNIOR, 2010). Para tal, primeiro avalia-se a adequabilidade dos dados por meio da técnica de ajuste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), na qual se observa maior adequação conforme mais próximo de 1 for o seu valor. No presente estudo, foram considerados satisfatórios valores de no mínimo 0,6 (FIGUEIREDO FILHO; JÚNIOR, 2010).

No tocante a testagem de correlação entre as variáveis, realizou-se o teste de esfericidade de Bartlett, que verifica se a matriz de dados é passível de fatoração (FILHO et al, 2014). As medidas de Bartlett testam a hipótese nula de que a matriz de correlações original trata-se de uma matriz identidade. O teste significativo (p valor $< 0,05$) informa que a matriz-R não é uma matriz identidade, pois existem relacionamentos entre as variáveis (FIELD, 2009). Costuma-se utilizar o nível de 5% de significância, assim, quanto menor for o p valor, maior a certeza em rejeitar a ausência de correlação (FILHO et al, 2014).

A comunalidade define a covariância entre as variáveis e o fator. Ela é recolhida nas cargas fatoriais no fator comum, assim, quanto maior o seu valor, maior será a representação empírica do traço latente pelas variáveis (PASQUALI, 2013). Quando não há variância específica a comunalidade apresenta valor 1 (FIELD, 2009). Foram aceitos os valores mínimos de 0,5. Quando as variáveis apresentam comunalidade menor a esse patamar devem ser removidas para que uma nova análise fatorial seja realizada (FIGUEIREDO FILHO; JÚNIOR, 2010).

A definição do número de componentes a serem extraídos tem como pressuposto identificar uma quantidade mínima que maximiza a quantidade de variância total explicada (FIGUEIREDO FILHO; JÚNIOR, 2010). Para decidir os componentes estatisticamente importantes deve-se reter apenas os que possuam elevado autovalor (*eigenvalue*) (FIELD, 2009). Para tal, optou-se pelo critério de Kaiser, de forma que apenas foram extraídos os componentes com autovalores maiores que 1, por serem os que mais contribuem para explicar a variância nas variáveis originais (FIGUEIREDO FILHO; JÚNIOR, 2010).

Para auxiliar na interpretação do resultado encontrado foi utilizada rotação ortogonal do tipo *varimax*. A rotação ortogonal assume que a correlação entre as variáveis observadas e os componentes é igual a zero, sendo estatisticamente independentes (ortogonais) (FILHO et al, 2014). Já o tipo *varimax* procura diminuir o número de variáveis que apresentam elevadas cargas em cada componente (FIGUEIREDO FILHO; JÚNIOR, 2010).

Para cada item do instrumento é produzida uma carga fatorial que mostra a sua covariância com o fator, sendo melhor quanto mais se aproxima de 100%. As cargas fatoriais podem variar de -1 a +1, sendo aqui considerado o valor mínimo de 0,5 (PASQUALI, 2010). Em outras palavras, as cargas fatoriais informam o quanto uma variável contribui na formação de um fator por definir o grau de parentesco entre os dois, assim, quanto maior a covariância, maior também será a sua representatividade. De forma que o fator tratar-se-á do traço latente e

o item da representação empírica. Temos assim a validade de construto do item, considerada a mais fundamental nos instrumentos psicológicos porque procura validar um corpo de teoria subjacente à medição e testagem de relações hipotéticas (FIELD, 2009; PASQUALI, 2013).

5.7 Aspectos éticos

Para a realização dos estudos necessários à validação da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas para o Brasil foi obtida a autorização da autora da versão original do instrumento (ANEXO C). Ressalta-se que a pesquisa apenas teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, CAAE 63547417.4.0000.520 (ANEXO D).

6 RESULTADOS

Os resultados oriundos do estudo piloto mostraram que os adolescentes compreenderam a escala, sendo capazes de responde-la sozinhos. Apenas no questionário socioeconômico não souberam responder sobre a utilização exclusiva do Sistema Único de Saúde e idade de início da vida escolar. Quando não possuíam prática religiosa, eles foram orientados a marcar a alternativa “outra” e escrever a palavra “nenhuma”. Do exposto, não foram realizados ajustes nos instrumentos de pesquisa e esses respondentes participaram da amostra final.

A amostra final de 330 adolescentes foi constituída predominantemente por adolescentes do sexo feminino (59,4%), sem filhos (96,4%), sem vínculo empregatício (70,3%) e dependentes financeiramente de outras pessoas (66,7%). A média de idade foi de 16,35 anos ($\pm 2,52$), variando de 13 a 19 anos. A maioria dos adolescentes residem com pai (52,4%), mãe (84,8%) e irmãos (62,1%). Um percentual de 67,6% é usuário apenas pelo Sistema Único de Saúde e uma porcentagem de 76,7% dos jovens é cristã, dos quais 45,2% são das religiões evangélica/protestante e 31,5% da igreja católica. Maiores detalhes são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos adolescentes. Recife, 2018. (Continua)

Variáveis	N	%	Estatísticas descritivas
Sexo			
Feminino	196	59,4	
Masculino	134	40,6	
Idade			Média =16,35
Não informado**	06	1,81	*DP = $\pm 2,52$
Possui Filho			
Sim (um filho)	12	3,6	
Não	318	96,4	
Tipo de Residência			
Própria	238	72,1	
Alugada	87	26,4	
Cedida/Emprestada	2	0,6	
Não informado**	3	0,9	
Religião			
Protestante/Evangélica	149	45,2	
Católica	104	31,5	
Espírita	8	2,4	
Mórmon	2	0,6	
Nenhuma	46	13,9	
Mais de uma prática religiosa	1	0,3	
Não informado**	14	4,2	

Tabela 1- Caracterização socioeconômica dos adolescentes. Recife, 2018. (Conclusão)

Variáveis	N	%	Estatísticas descritivas
Trabalha ou já trabalhou			
Sim	98	29,7	
Não	232	70,3	
Participação Econômica			
Gastos custeados por outros	220	66,7	
Independente financeiramente	41	12,4	
Ajuda na renda da família	43	13	
Total responsável pela renda da família	21	6,4	
Independente financeiramente e ajuda na renda da família	1	0,3	
Não informado**	4	1,2	
Pessoas com quem reside			
Pai	173	52,4	
Mãe	280	84,8	
Irmão (s)	205	62,1	
Avós	65	19,7	
Amigo (s)	1	0,3	
Companheiro (a)	11	3,3	
Filho	7	2,1	
Sozinho	1	0,3	
Outros	5	1,5	
Possui Plano de Saúde			
Sim	105	31,8	
Não	223	67,6	
Não informado**	2	0,6	

Fonte: dados da pesquisa. *DP: Desvio – padrão. ** Variável não respondida pelo adolescente

Conforme os dados da tabela 2, os alunos possuem em média 9,2 anos de estudo ($\pm 6,16$). Um percentual de 57,6% não apresentou reprovação. Ademais, os adolescentes preferem utilizar a internet (70,0%), assistir televisão (31,2%) e ouvir música (29,7%) nos horários livres. As atividades esportivas foram citadas por apenas 14,8% dos estudantes. A internet (85,8%) e a televisão (40,6%) são os meios de comunicação mais utilizados para adquirir informação.

Tabela 2 - Dados educacionais, de lazer e de informação dos adolescentes. Recife, 2018.

Variável	N	%	Estatísticas descritivas
Anos de Estudo			Média = 9,22
Não informado**	97	29,4	*DP = ± 6,16
Número de Reprovações			
Nenhuma	190	57,6	
Uma vez	89	27,0	
Duas vezes	42	12,7	
Três vezes ou mais	09	2,7	
Atividades que ocupam a maior parte do tempo livre			
Televisão	103	31,2	
Religião	26	7,9	
Cinema	29	8,8	
Música	98	29,7	
Frequentar bares e boates	12	3,6	
Leitura	72	21,8	
Internet	231	70,0	
Esporte	49	14,8	
Outros	46	13,9	
Meio que mais utiliza para informar-se			
Jornal	17	5,2	
Televisão	134	40,6	
Revistas	11	3,3	
Internet	283	85,8	
Outro	14	4,2	
Nenhum	01	0,3	

Fonte: dados da pesquisa *DP: Desvio – padrão. **Variável não respondida pelo adolescente

Identificada a caracterização da amostra, foi dado início aos testes psicométricos para averiguar a validade de construto e a confiabilidade da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral ($KMO = 0,797$) e o teste de esfericidade de Bartlett indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise fatorial ($\chi^2 = 528$; d.f. = 4987,258, $p < 0,00$). Na análise inicial, a partir da versão da escala adaptada com 33 itens, foi possível extrair nove componentes de acordo com o critério de Kaiser (autovalores > 1). A variância explicada por esta solução foi de 66,86%, os percentis das variâncias para cada componente podem ser verificados na tabela 3.

Tabela 3 - Componentes extraídos de acordo com o critério de Kaiser para a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes e suas variâncias. Recife, 2018.

AUTOVALORES (<i>ENGINEVALUE</i>>01)			
Componente	Total	% da Variância	% Cumulativo
1	6,558	19,872	19,872
2	4,212	12,763	32,635
3	2,814	8,528	41,164
4	1,891	5,730	46,894
5	1,649	4,996	51,890
6	1,478	4,478	56,368
7	1,270	3,850	60,218
8	1,169	3,543	63,760
9	1,025	3,107	66,867

Fonte: Dados da Pesquisa

Após verificação dos itens que apresentavam carga fatorial $\geq 0,5$ foi possível identificar em quais componentes se alocaram, como pode ser visualizado na tabela 4. Para a questão de nº 22 observa-se a presença de cargas fatoriais elevadas, além de muito semelhantes, em dois componentes distintos (1 e 3).

Tabela 4 – Distribuição das variáveis da escala nos componentes. Recife-PE, 2018. (Continua)

COMPONENTES EXTRAÍDOS									
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,709
Q2	-	-	-	0,863	-	-	-	-	-
Q3	-	-	-	0,878	-	-	-	-	-
Q4	-	-	-	-	-	-	0,814	-	-
Q5	-	-	-	-	-	-	0,824	-	-
Q6	-	-	-	0,593	-	-	-	-	-
Q7	-	0,799	-	-	-	-	-	-	-
Q8	-	0,751	-	-	-	-	-	-	-
Q9	-	0,768	-	-	-	-	-	-	-
Q10	-	0,743	-	-	-	-	-	-	-
Q11	-	0,640	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 4 – Distribuição dos itens da escala nos componentes. Recife, 2018 (Conclusão)

COMPONENTES EXTRAÍDOS									
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q12	-	-	-	-	-	-	-	-	0,727
Q13	-	-	0,743	-	-	-	-	-	-
Q14	-	-	0,808	-	-	-	-	-	-
Q15	-	-	0,828	-	-	-	-	-	-
Q16	-	-	0,555	-	-	-	-	-	-
Q17	0,631	-	-	-	-	-	-	-	-
Q18	0,784	-	-	-	-	-	-	-	-
Q19	0,808	-	-	-	-	-	-	-	-
Q20	0,778	-	-	-	-	-	-	-	-
Q21	0,666	-	-	-	-	-	-	-	-
Q22	0,530	-	0,554	-	-	-	-	-	-
Q23	0,759	-	-	-	-	-	-	-	-
Q24	0,775	-	-	-	-	-	-	-	-
Q25	-	-	-	-	0,509	-	-	-	-
Q26	-	-	-	-	-	-	-	0,808	-
Q27	-	-	-	-	-	-	-	0,718	-
Q28	-	-	-	-	-	0,454	-	-	-
Q29	-	-	-	-	-	0,819	-	-	-
Q30	-	-	-	-	0,752	-	-	-	-
Q31	-	-	-	-	-	0,710	-	-	-
Q32	-	-	-	-	0,802	-	-	-	-
Q33	-	-	-	-	-	0,583	-	-	-

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: Q: Questão.

Contudo, a questão de nº 21 apresentou baixo valor de comunalidade (0,458), necessitando ser excluída para que uma nova extração fosse feita. Após novos testes, demonstrou-se novamente adequação amostral ($KMO = 0,790$) e suficientes correlações indicadas pelo teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 496$; d.f. = 4858,283, $p < 0,00$). Obteve-se valor mínimo para comunalidade de 0,51 e foram extraídos nove componentes com variância explicada de 67,858%. Os percentis das variâncias para cada componente na tabela 5.

Tabela 5 - Componentes extraídos de acordo com o critério de Kaiser para a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes (sem item N° 21) e suas variâncias. Recife, 2018.

AUTOVALORES (<i>ENGINEVALUE</i>>01)			
Componente	Total	% da Variância	% Cumulativo
1	6,314	19,730	19,730
2	4,203	13,135	32,865
3	2,812	8,787	41,653
4	1,859	5,811	47,463
5	1,624	5,075	52,538
6	1,474	4,605	57,144
7	1,248	3,901	61,045
8	1,157	3,614	64,659
9	1,024	3,200	67,859

Fonte: Dados da Pesquisa

Mesmo após a extração da questão que apresentava baixa comunalidade (item 21), não aconteceram alterações significativas. Além da mesma quantidade de componentes extraídos, as questões com maiores cargas fatoriais situaram-se nos mesmos componentes evidenciados anteriormente e que a questão de nº 22 se manteve com elevadas cargas nos componentes 1 e 3. Uma característica importante evidenciada nessa segunda testagem foi o fato da questão de nº 28 apresentar carga fatorial $< 0,5$ (0,454), sendo, por esse motivo, eliminada (tabela 6).

Tabela 6 -Distribuição das variáveis nos componentes da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes (sem item N° 21). Recife, 2018. (Continua)

COMPONENTES EXTRAÍDOS									
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,710
Q2	-	-	-	0,866	-	-	-	-	-
Q3	-	-	-	0,879	-	-	-	-	-
Q4	-	-	-	-	-	-	0,814	-	-
Q5	-	-	-	-	-	-	0,827	-	-
Q6	-	-	-	0,591	-	-	-	-	-
Q7	-	0,797	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 6 Distribuição das variáveis nos componentes da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes (sem item N° 21). Recife – PE, 2018. (Conclusão)

COMPONENTES EXTRAÍDOS									
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q8	-	0,745	-	-	-	-	-	-	-
Q9	-	0,767	-	-	-	-	-	-	-
Q10	-	0,745	-	-	-	-	-	-	-
Q11	-	0,647	-	-	-	-	-	-	-
Q12	-	-	-	-	-	-	-	-	0,731
Q13	-	-	0,744	-	-	-	-	-	-
Q14	-	-	0,811	-	-	-	-	-	-
Q15	-	-	0,829	-	-	-	-	-	-
Q16	-	-	0,554	-	-	-	-	-	-
Q17	0,649	-	-	-	-	-	-	-	-
Q18	0,795	-	-	-	-	-	-	-	-
Q19	0,820	-	-	-	-	-	-	-	-
Q20	0,794	-	-	-	-	-	-	-	-
Q22	0,556	-	0,525	-	-	-	-	-	-
Q23	0,784	-	-	-	-	-	-	-	-
Q24	0,789	-	-	-	-	-	-	-	-
Q25	-	-	-	-	0,516	-	-	-	-
Q26	-	-	-	-	-	-	-	0,811	-
Q27	-	-	-	-	-	-	-	0,719	-
Q28	-	-	-	-	-	0,454	-	-	-
Q29	-	-	-	-	-	0,819	-	-	-
Q30	-	-	-	-	0,751	-	-	-	-
Q31	-	-	-	-	-	0,713	-	-	-
Q32	-	-	-	-	0,799	-	-	-	-
Q33	-	-	-	-	-	0,586	-	-	-

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: Q: Questão.

No quadro 1, observa-se as cargas fatoriais das questões e em quais componentes foram alocados. A partir da análise qualitativa das questões agrupadas em cada componente, foi possível intitular os nove domínios da escala, conforme também pode ser observado no quadro abaixo.

Ressalta-se que a questão de Nº 22 encontra-se alocada no terceiro componente, intitulado como “Atitudes frente o consumo de Álcool”. Essa questão apresentou cargas fatoriais maiores que 0,5 tanto no componente 01 (0,530) como no 03 (0,554), sendo considerada a que apresentou maior resultado. Como os valores são muito próximos, procedeu-se ainda uma análise qualitativa da questão que permitiu confirmar maior relação dessa com o terceiro domínio.

Quadro 1 Distribuição dos itens da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes para cada domínio e suas respectivas cargas fatoriais. Recife, 2018. (Continua)

DOMÍNIO	ITENS	CARGA FATORIAL
Atitudes frente o consumo de drogas	Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me oferecessem um cigarro de maconha eu aceitaria.	0,631
	Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a usar Crack eu aceitaria.	0,784
	Se no meu grupo de amigos alguns fumam cigarro (tabaco), eu poderia fumar para não me sentir diferente.	0,808
	Se no meu grupo de amigos alguns deles consumirem drogas, eu sinto-me “tentado” a consumir mais, porque o ambiente é adequado.	0,778
	Se meu grupo de amigos alguns deles consumirem drogas, eu provavelmente acabo por consumir, para não me sentir diferente.	0,666
	Se em minha família quase todos fumam cigarro (tabaco), eu acabarei fumando porque o ambiente é adequado.	0,759
	Se em minha família alguns consumirem drogas eu sinto-me “tentado” a consumir.	0,775

Quadro 1 Distribuição dos itens da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes para cada domínio e suas respectivas cargas fatoriais. Recife, 2018. (Continua)

DOMÍNIO	ITENS	CARGA FATORIAL
Informação sobre Dependência	O uso da Crack pode causar dependência.	0,799
	O uso de Cocaína pode causar dependência.	0,751
	O uso do Cigarro (tabaco) pode causar dependência	0,768
	O uso do Ecstasy (Êxtase) pode causar dependência.	0,743
	O uso do Álcool pode causar dependência.	0,640
Atitudes frente o consumo de álcool	Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a consumir bebidas alcoólicas eu aceitaria.	0,743
	Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a consumir bebidas alcoólicas eu poderia beber mais que o costume	0,808
	Se no meu grupo de amigos quase todos consomem bebidas alcoólicas eu sinto-me "tentado" a beber mais, porque o ambiente é adequado.	0,828
	Se no meu grupo de amigos quase todos consomem bebidas alcoólicas eu acabarei por beber para não me sentir diferente.	0,555
	Se em minha família quase todos consomem bebidas alcoólicas eu sinto-me “tentado” a consumir.	0,554
Informação sobre drogas ilícitas	O Crack é um tipo droga.	0,863
	A Cocaína é um tipo droga.	0,878
	O Ecstasy (Êxtase) é um tipo de droga.	0,593

Quadro 1 Distribuição dos itens da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes para cada domínio e suas respectivas cargas fatoriais. Recife, 2018. (Conclusão)

DOMÍNIO	ITENS	CARGA FATORIAL
Crenças nas motivações sociais para uso de drogas	Os adolescentes que fazem o uso de drogas procuram essas substâncias porque possuem uma família desestruturada.	0,509
	Os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas bebem para se sentir mais identificados com seu grupo.	0,752
	Os adolescentes que consomem drogas procuram essas substâncias para se sentir mais identificados com seu grupo.	0,802
Crenças na busca do bem-estar pela droga	Os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas bebem para relaxar.	0,819
	Os adolescentes que consomem drogas procuram essas substâncias para relaxar.	0,710
	Os adolescentes que consomem drogas procuram essas substâncias para fugir da realidade.	0,583
Informação sobre drogas lícitas	O Álcool é um tipo de droga.	0,814
	O Cigarro (Tabaco) é um tipo droga.	0,824
Adequabilidade de agentes sociais pelo compartilhamento e produção do conhecimento sobre drogas	A família é o ambiente adequado para discutir sobre o consumo de drogas	0,808
	A escola é o ambiente adequado para discutir sobre o consumo de drogas.	0,718
Informação sobre Maconha	A maconha é um tipo de droga.	0,709
	O uso da Maconha pode causar dependência.	0,727

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: Q: Questão.

A confiabilidade da escala foi mensurada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor global foi de $\alpha=0,811$. As análises estatísticas mostraram que a retirada de alguns itens provoca pequeno aumento no valor do coeficiente alfa, conforme descrição a seguir do quadro 2.

Quadro 2 Questões capazes de elevar a confiabilidade do instrumento caso sejam excluídos. Recife, 2018.

Questão	Alfa de Cronbach caso item for excluído
Q04	$\alpha=0,812$
Q05	$\alpha=0,813$
Q12	$\alpha=0,814$
Q01	$\alpha=0,815$
Q26	$\alpha=0,816$
Q27	$\alpha=0,815$

Fonte: Dados da Pesquisa

Após a análise das questões citadas, percebeu-se a importância destas na mensuração do fenômeno, e, em virtude da pequena mudança que algum desses descartes proporciona à confiabilidade da escala, optou-se por não realizar nenhuma das alterações supracitadas.

Contudo, ao analisar a confiabilidade, a partir do alfa de Cronbach, para cada um dos nove domínios evidenciados pela validade de construto, nota-se valores para o coeficiente $< 0,7$ em alguns casos, como pode ser verificado na tabela 7.

Por entender que valores muito baixos para o coeficiente de Cronbach ($< 0,7$) estão relacionados com a imprecisão, ou seja, não atestam a confiabilidade do instrumento, optou-se por excluir todos os itens pertencentes aos domínios “Crenças nas motivações sociais para o uso de drogas”, “Crenças na busca do bem-estar pela droga”, “Adequabilidade dos agentes sociais responsáveis pelo compartilhamento e produção do conhecimento sobre drogas” e “Informação sobre maconha”, a fim de obter uma escala mais confiável.

Tabela 7 – Coeficiente de Cronbach para cada domínio medido pela versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes. Recife, 2018.

DOMÍNIO	ALFA DE CRONBACH	NÚMERO DE ITENS
Atitude frente o consumo de drogas	0,877	07
Informação sobre dependência	0,799	05
Atitude frente o consumo de álcool	0,850	05
Informação sobre drogas ilícitas	0,729	03
Crenças nas motivações sociais para uso de drogas	0,284	03
Crenças na busca do bem-estar pela droga	0,699	03
Informação sobre drogas lícitas	0,727	02
Adequabilidade dos agentes sociais responsáveis pelo compartilhamento e produção do conhecimento sobre drogas	0,503	02
Informação sobre maconha	0,592	02
Total	0,811	32

FONTE: Dados da Pesquisa

Com a exclusão dos domínios eliminados por motivo de baixa confiabilidade, tal parâmetro foi averiguado novamente. Após cálculo para o coeficiente de alfa de Cronbach, as 22 questões restantes alcançaram um valor global ainda mais satisfatório para o coeficiente ($\alpha = 0,830$).

Por fim, os resultados provenientes das análises estatísticas realizadas demonstram que a versão brasileira da Escala de Representações do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes é capaz de investigar nove construtos diferentes e que as suas questões possuem valor adequado para o coeficiente de alfa de Cronbach. Contudo, quando analisado o mesmo parâmetro para cada um dos nove domínios, quatro destes, não alcançam valores satisfatórios. Dessa forma, fica proposto que seja utilizada a versão composta pelos domínios “Atitudes frente o consumo de drogas”, “Atitude frente o consumo de álcool”, “Informação sobre dependência”, “Informação frente o consumo de álcool”, “Informação sobre drogas ilícitas” e “Informação sobre drogas lícitas” (APÊNDICE F).

7 DISCUSSÃO

No tocante às relações sociais, é na família que o sujeito estabelece os seus primeiros laços e vínculos. No Brasil, esse núcleo social tem passado por significativas transformações ao longo dos anos onde se observa novas organizações na estrutura familiar, diminuição da fecundidade, inserção da mulher no mercado de trabalho entre outras mudanças. Na amostra do presente estudo, torna-se expressivo o número de núcleos familiares ausentes da figura paterna. Apesar de não existir consenso na literatura quanto à influência das configurações familiares no desenvolvimento dos jovens, sabe-se que a família pode ser percebida como um apoio social e representar para o adolescente um ambiente protetivo, inclusive para questões relacionadas ao uso de drogas. (ALVES; DELLAGLIO, 2015; HORTA et al., 2014). Contudo, conflitos familiares e uso de substâncias por entes da família podem constituir fatores de risco (MARQUES; CRUZ, 2000; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Quanto à fecundidade, foi constatado uma baixa porcentagem de jovens com filhos. Nesse sentido, podem emergir algumas discussões. Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da saúde, apontam que houve uma queda de 17% para gravidez na adolescência no Brasil, embora a região do país com maior número de casos ainda seja a nordeste (VALADARES, 2017). A gravidez nessa faixa etária parece tomar diferentes significados em função do sexo. Meninas tendem a desenvolver um sentimento de vergonha mais intenso e os meninos sofrem mais pressão para ingressar no mercado de trabalho, repetições de ano escolar e expulsões da escola (SCHIRO; KOLLER, 2013).

Da mesma forma que a gravidez na adolescência, demais fatores podem refletir negativamente na relação do jovem com a escola. Embora os resultados evidenciados na presente pesquisa demonstrem que a maioria dos alunos não tenha repetido ano letivo, uma porcentagem considerável de reprovações foi constatada (42,4%). No Brasil, aproximadamente 1,7 milhões de adolescentes de 15 a 17 anos estão fora da escola, e, dos matriculados, 35,2% ainda frequentam o ensino fundamental, que deveria estar concluído aos 14 anos de idade (IBGE, 2012). O baixo aproveitamento escolar também constitui um fator de risco para o uso de drogas por adolescentes (MARQUES; CRUZ, 2000). Existe evidência de que o uso de SPA pode estar relacionado à problemas escolares, inclusive reprovações. Se ausentar da escola pode ser tanto uma consequência do uso de drogas ou sinal para a existência de dificuldades que incluem ou podem culminar na utilização dessas substâncias. Assim, o absenteísmo à escola constitui um marcador de necessidade de intervenção junto aos jovens pela escola e/ou família

(TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001).

Quanto às relações de trabalho, a amostra analisada demonstrou valores que sugerem certa semelhança com os nacionais para ao número de adolescentes que trabalham ou já trabalharam (29,7%) e que são dependentes financeiramente de outras pessoas (66,7%) visto que, 31,3% dos adolescentes brasileiros que estão na faixa etária dos 15 a 17 anos são economicamente ativos (IBGE, 2012). Ressalta-se que nos participantes desta pesquisa, foram incluídos indivíduos com 18 ou 19 anos e matriculados em escolas com modalidades de ensino diferentes (regular e integral). Tal fato, pode limitar a análise do resultado, pois, os estudantes em tempo integral dificilmente conseguem se envolver com formas de trabalho.

A pequena quantidade de escolas que ofereçam ensino integral aparece na literatura como um dos elementos facilitadores para que o sujeito desenvolva atividades remuneradas com o objetivo, muitas vezes, de auxiliar na renda da família (PESSOA; COIMBRA; VIOTTO FILHO, 2015). Quanto aos alunos de escolas com modalidade de ensino regular, esses acabam por dispor de um maior tempo ocioso e a forma com que desfrutam desses períodos livres também pode repercutir na situação de saúde.

Os presentes resultados evidenciaram uma amostra de adolescentes com características sedentárias, evidenciadas a partir das principais atividades desenvolvidas durante o tempo livre: uso de internet (70%), assistir televisão (31,2%) e ouvir música (29,7%). As pesquisas costumam caracterizar o comportamento sedentário a partir da medida do tempo de tela (televisão, computador ou videogame), contudo, esses comportamentos representam apenas parte do tempo total que as crianças e adolescentes ficam sentadas ao longo do dia (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016). Observou-se também que a internet foi apontada como principal meio para adquirir informação (85,8%), seguida pela televisão (40,6%).

O avanço da internet trouxe várias mudanças para a sociedade, modificando as formas de relação e comunicação e repercutindo nas maneiras de pensar e agir em diversos aspectos do comportamento humano (FARIAS; CRESTANI, 2017). Nesse sentido, é possível que se relacione, inclusive, às questões referentes ao uso de drogas por adolescentes. No Brasil, os adolescentes são os maiores usuários da internet, estimando-se que mais de 80% utilizam a rede (IBGE, 2014). Sabe-se que essa utilização pode ser causa de benefícios ou malefícios para as relações dos jovens, podendo gerar problemas como o vício das redes sociais quando a imersão no mundo virtual e a falta de interação no mundo real são excessivas (FARIAS; CRESTANI, 2017).

No ano de 2015, a UNICEF lançou no Brasil a campanha “internet sem vacilo” como uma estratégia para convocar os adolescentes a refletir sobre o seu comportamento online

(UNICEF, 2016). A ação foi elaborada com base em uma pesquisa nacional, realizada em 2013, onde se evidencia que os adolescentes veem a internet como “uma grande biblioteca de informações” (92%) e um “lugar de amizade” (87%). Também verificou que as principais motivações para o seu uso foi diversão (76%), amizade (66%), trabalho escolar (61%) e busca de informação (40%) (UNICEF, 2013). São identificadas, ainda, associações positivas entre o maior tempo de tempo de tela com baixos níveis de atividade física e elevados níveis de peso corporal, além de evidenciar nos estudos a lacuna metodológica quanto a não consideração do tempo em celular e *tablet* (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016).

No Brasil, o principal motivo para a não realização de atividades físicas em jovens com 15 a 17 anos de idade é não gostar ou não querer praticar (57,3%), de forma que 56% dos jovens para essa faixa etária não praticam esportes e a região nordeste é a que apresenta situação mais crítica (IBGE, 2017). Embora se tenha a crença de que a atividade física seja um fator protetivo para o uso de drogas, evidências apontam que ela não pode ser considerada um fator de proteção prioritário e que não é possível afirmar que baixos níveis de atividades físicas ou esportivas ou a ausência destas, representem fator de risco para o uso de substâncias (PINHEIRO; ANDRADE; MICHELI, 2016).

Ainda com relação às atividades desenvolvidas pelos estudantes pesquisados durante o tempo “livre”, observa-se que, apesar da maioria se considerar cristã (76,7%), apenas 7,9% apontou a religião como algo na qual dedica boa parte do tempo. Tal resultado sugere que, embora os indivíduos se identifiquem como tal, poucos possam ser considerados como praticantes. Existe evidência de que adolescentes que não praticam uma religião podem possuir mais chances de consumir drogas (SANTOS et al., 2015). Segundo estudo realizado a partir de uma amostra nacional, foi observado que ter ou não uma crença, seja ela qual for, não apresentou associação para um menor uso de drogas, mas sim o fato de praticar alguma religião. Afirmar ainda que um maior envolvimento religioso pode contribuir no reforço de sentimentos de esperança e de segurança para o futuro e que isso torna os adolescentes menos inclinados a se envolver com o abuso de substâncias (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Por fim, verificou-se que considerável parcela dos adolescentes (67,6%) são atendidos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal resultado sugere a importância que possui o estudo aprofundado dos determinantes supracitados, pois, são de grande relevância no desenvolvimento de estratégias de cuidado e demonstram o grande contingente de indivíduos a ser atendido pelos profissionais de saúde que atuam no serviço público.

Conhecer a realidade na qual vive a população permite planejar, organizar e executar ações de educação em saúde, políticas e demais intervenções de forma a modificar, dentro das

possibilidades, situações que geram risco para a saúde. As informações obtidas por meio da Escala de Representações Sociais do Conhecimento de Álcool e Drogas fazem com que o profissional de saúde conheça o entendimento que o adolescente possui sobre as substâncias psicoativas bem como averiguar se apresentam atitudes favoráveis ou não para o consumo de drogas (CARVALHO; LEAL, 2006).

A partir das análises psicométricas realizadas, ficou evidenciado que a melhor solução obtida para a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e drogas em adolescentes é composta por cinco domínios. Quando comparados aos que estão presentes na versão original do instrumento (atitude, informação e crenças), evidenciam alterações quanto aos construtos. Entretanto, nem sempre as discrepâncias psicométricas significam necessariamente falha da adaptação, devendo cada caso ser discutido individualmente (REICHENHEIM; MORAES, 2017).

Sabe-se que no encontro de inconsistências, é preciso considerar a avaliação da qualidade da adaptação, a confiabilidade e as questões relativas aos domínios dos estudos como objeto de comparação. Embora as diferenças populacionais específicas entre os estudos, a exemplo da escolaridade, do gênero e da faixa etária dos respondentes também possam estar relacionadas com tais situações, parece ser mais assertivo atribuir as corrupções dos construtos ao fato de terem sido eliminados e incluídos itens durante o processo adaptativo (REICHENHEIM; MORAES, 2017). Apesar da ação ser algo permitido pela literatura, pode ser uma das causas para as incongruências dimensionais (GUILLEMIN; BOMBARDIE; BEATON, 1993). Isso porque modificações no formato original, muitas vezes, comprometem a equivalência, suas características e aplicações (GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008; FERREIRA; MARQUES, 1998; NUNNALLY; BERNSTEIN, 1995).

A adaptação transcultural se esforça para produzir equivalências com base no conteúdo, sendo sugerido que propriedades estatísticas como a consistência interna e a validade possam ser mantidas (BEATON et al, 2007). Nesse sentido, o ideal é que os construtos do instrumento adaptado tenham propriedades psicométricas idênticas ou similares ao original (GORESTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016). Contudo, nem sempre isso é possível devido as diferenças sutis nas formas em como as coisas são feitas nas diferentes culturas, o que pode, inclusive, alterar o nível de dificuldade dos itens (BEATON et al, 2007).

A literatura descreve alguns vieses que podem acontecer no processo de adaptação e que são capazes de afetar as propriedades psicométricas. O viés de item acontece quando indivíduos com a mesma “quantidade” de certo construto pertencem a diferentes grupos culturais, podendo exibir diferentes possibilidades de resposta aos itens. O viés de método, por sua vez, pode

ocorrer devido à falta de comparabilidade das amostras, às diferenças na interpretação do instrumento e à dificuldade de comunicação entre o pesquisador e o respondente. Por fim, o viés de construto, acontece quando o construto varia substancialmente entre as duas culturas, o que pode gerar dificuldades com a equivalência conceitual (VAN DE VIJVER; LEUNG, 1997).

A partir da realização dos testes psicométricos da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes, identifica-se um possível viés de construto visto que as diferenças interculturais nas soluções analíticas fatoriais apontam para tal. Contudo, apenas uma administração do instrumento não é suficiente para assegurar o viés, necessitando-se de estudos adicionais (VAN DE VIJVER; LEUNG, 1997). Nesse sentido, uma análise fatorial confirmatória pode ajudar a explorar se efetivamente existe a dimensionalidade prevista e é recomendada (REICHENHEIM; MORAES, 2017).

Tendo em conta o referencial teórico das Representações Sociais e os pressupostos da versão original do instrumento, é possível notar que a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas possui domínios relacionados a “Atitudes”, “Informação” e “Crenças”, porém, esses passaram a ser apresentados de forma mais específica. Nota-se que os itens se correlacionaram de maneira a formar uma subdivisão dos domínios apresentados originalmente.

No instrumento desenvolvido em Portugal, o construto “Informação” pretende avaliar a quantidade e a qualidade de informação que os adolescentes possuem frente aos nomes das substâncias e a respeito de como o consumo das mesmas pode provocar dependência física e psíquica (CARVALHO; LEAL, 2006). No instrumento adaptado, locuções “dependência física” e “psíquica” foram simplificadas para apenas “dependência”, sendo a causa da eliminação de cinco itens. Além disso, algumas substâncias foram substituídas por outras de maior relevância no contexto brasileiro (heroína por crack e LSD por cigarro) e o item “O álcool é um tipo de droga” foi acrescentado (SILVA, 2015).

Conforme citado anteriormente, modificações na versão original do instrumento podem comprometer a sua equivalência. Tal fato ficou refletido a partir da subdivisão sofrida pelo domínio “Informação” que se apresentou, na versão adaptada, mensurado sob diferentes aspectos. De acordo com o método de extração dos componentes, os itens foram reagrupados de maneira a possibilitar a mensuração independente para a informação sobre as drogas lícitas, ilícitas e dependência. Isso provavelmente acontece porque os adolescentes tendem a não incluir o tabaco e o álcool na categoria “drogas”, considerando para tal apenas as drogas ilícitas, como também pôde ser evidenciado em outro estudo (TRIGO et al, 2015).

Cabe, ainda, uma discussão mais detalhada acerca do domínio “Informação sobre

maconha”, que, embora não tenha atingido valores satisfatórios para o parâmetro de confiabilidade, salta aos olhos um importante ponto a ser levado em consideração para estudos futuros. O fato das questões referentes à maconha não terem se agrupado às demais substâncias, dá a entender que o adolescente brasileiro parece construir a representação social para esta substância de maneira a parte das demais. Estudos realizados em diferentes países, também vem apresentando interpretações semelhantes e justificado o fenômeno através da percepção de risco que o jovem tem da maconha e apresentarem evidências para a influência que a percepção do risco possui sobre o uso das substâncias, principalmente da *cannabis* (TRIGO et al, 2015; GREVENSTEIN; NAGY; KROENINGER-JUNGABERLE, 2015; LOPEZ-QUINTERO; NEUMARK, 2010).

No domínio “Atitudes”, segundo o estudo original, possui itens que visam entender qual a intenção comportamental dos adolescentes frente uma situação concreta a fim de averiguar se apresentam atitudes favoráveis ou não para o consumo de álcool e outras drogas quando integrados no grupo (CARVALHO; LEAL, 2006). Embora também tenha sido evidenciado tal construto na versão adaptada do instrumento, observou-se uma diferenciação entre as atitudes frente o consumo de drogas no geral e para o álcool em específico. Para os adolescentes, tem se observado que a bebida alcoólica é associada ao momento de lazer, a aproximação com o sexo oposto, a sensação de prazer, a liberdade e a necessidade de afirmação no mundo adulto. Também se ressalta o forte apelo da mídia e das influências do meio social e familiar no controle ou incentivo para o uso da substância (FREITAS; LUIS, 2015).

De modo geral, os testes apresentaram-se bastante positivos para valor total do coeficiente de alfa de Cronbach, que subiu de 0,73 (versão original) para 0,83 (versão adaptada) (CARVALHO; LEAL, 2006). Sabe-se que quanto maior for a confiabilidade da medida, menor será a quantidade de erro aleatório. Uma forma intuitiva de entender o seu conceito é imaginar uma balança. Ela não será confiável se cada vez que o indivíduo subir a mesma aponte valores diferentes (FIGUEIREDO FILHO et al., 2015).

A adição de questões ocorrida durante o processo de adaptação transcultural pode ser a causa para o fenômeno, conferindo ao instrumento um aumento significativo da sua qualidade de mensuração. Isso porque o número de itens afeta o cálculo do coeficiente de forma que quanto maior a quantidade, maior a consistência interna (CUNHA; ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016). Outro motivo para o aumento da confiabilidade da escala pode ser explicado pela eliminação dos domínios que obtiveram baixos valores insatisfatórios para o coeficiente.

As seis questões relacionados à família e à escola propostos pelos juízes a partir do

reconhecimento desses fatores no reconhecimento das representatividades, também representam um acréscimo de qualidade da escala (SILVA, 2015). É indiscutível a relevância que itens referentes a esses núcleos sociais apresentam na constituição de um instrumento avaliador do fenômeno do uso de álcool e outras drogas por adolescentes no âmbito das Representações Sociais.

Enquanto o meio social da escola proporciona um importante contexto para jovens no momento em que o início do uso de substâncias é comum, a família tem se apresentado fortemente associada com fatores protetivos e de risco (EISENBERG et al., 2014). É possível que viver com os pais pode diminuir a probabilidade para o uso de álcool e que a falta de monitoramento parental pode aumentar do consumo da bebida alcóolica. Em outro extremo, a presença de um adulto, na vida do adolescente, que seja usuário de maconha pode influenciá-lo no aumento do consumo de substâncias (EWING et al., 2015).

De acordo com os especialistas que participaram do processo de adaptação transcultural da escala, as questões se apresentariam em domínios designados por “Representação da família” e “Representação da escola”, contudo, os testes psicométricos evidenciaram que os novos itens se correlacionaram aos antigos, ajudando a aumentar a consistência interna dos domínios relacionados a “Atitude”. Mesmo assim, atribui-se uma avaliação positiva para a proposta de incluí-los, muito embora não se negue certa restrição de comparabilidade dos resultados provenientes das duas versões do instrumento.

Os cinco domínios evidenciados a partir dos testes psicométricos para a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes se mostram capazes de averiguar a qualidade da informação construída pelo jovem com relação ao tipo de droga e a sua capacidade de causar dependência, bem como, a existência de uma intenção comportamental condizente ao uso de SPA. Assim, seu uso pode auxiliar na identificação de indivíduos que precisem de intervenções preventivas ou assistências mais intensas e direcionadas.

O domínio “atitudes frente ao consumo de drogas” dá subsídio para que o profissional de saúde avalie se o adolescente tende a ser influenciado por amigos e familiares a ter uma atitude desencadeadora do uso de drogas. Quando o jovem se identifica com grupos de risco torna-se mais vulnerável a ser incitado para envolver-se com essas substâncias. A experimentação inicial costuma ocorrer quando o adolescente tem amigos que são usuários, pois é gerada uma pressão do grupo na direção do uso. De forma semelhante, quando possuem pais usuários ou convivem em lugares onde o consumo de SPA é aceitável, os adolescentes podem ter maior probabilidade de desenvolver o uso, visto que filhos de pais que apresentam

comportamentos errantes são mais tendenciosos a introjetar esse modelo comportamental (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

O domínio “Atitude frente o consumo de álcool” parte do mesmo princípio que a supracitada, contudo, é específico para o uso de bebida alcoólica. Essa especificidade constitui um ponto positivo da escala, pois a influência, por parte de amigos e também de familiares, para a utilização de SPA é mais expressiva para essa substância (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

A noção de dependência é central no entendimento sobre drogas. A medicina possui recursos científicos capazes de tratar as ditas “dependência química e física” em curto espaço de tempo, contudo, são as dependências psicológica, subjetiva e individual que exigem maior cuidado, pois, se a vontade pela droga persiste é porque alguma demanda psíquica encontra-se suprida. O domínio “Informação sobre dependência” é capaz de evidenciar a percepção, de modo geral, que o adolescente tem sobre dependência para alguns tipos de drogas. Essa investigação se faz importante principalmente diante do uso cada vez mais precoce da SPA, pois é preciso que os adolescentes saibam as consequências e as chances de dependência (ZEITOUNE et al., 2012).

Existe evidências de que o conhecimento sobre drogas é construído em cima do que se é vivido e das informações oriundas da família, da escola, da comunidade e da mídia (ZEITOUNE et al., 2012). A escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes também abrange esse quesito ao investigar a informação que os jovens possuem a respeito dos nomes de algumas drogas. É possível que essa população entenda de forma diferente os tipos de substâncias e classifiquem as lícitas como “melhores” mediante a crença errônea de que estas não trazem tantos agravos (ZEITOUNE et al., 2012). Dessa forma, se faz importante avaliar a qualidade do conhecimento construído o que pode ser feito a partir dos domínios “Informações sobre drogas lícitas” e “Informações sobre drogas ilícitas”.

Com base no supracitado, a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes abrange importantes questões a serem consideradas na relação do adolescente com as SPA e dá subsídios para a formulação tanto de estratégias preventivas como das direcionadas aos jovens que já façam algum tipo de utilização de droga. Cabe ressaltar, ainda, que é preciso cuidado ao avaliar o adolescente por meio desse instrumento pois mesmo que se possua informações adequadas é possível que estejam presentes atitudes favoráveis ao uso.

Sabe-se ainda que os principais atributos de uma escala confiável é a estabilidade, a

homogeneidade e a equivalência. Apesar do satisfatório resultado para o coeficiente de Cronbach, esse é capaz de determinar apenas a homogeneidade, sendo sugerida, para estudos futuros, a verificação dos outros dois atributos que pode acontecer através da técnica de teste-reteste para verificar se o instrumento se mantém estável ao longo do tempo e da confiabilidade interavaliador ou de forma alternada/paralela para testagem da equivalência (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MARTINS, 2006).

8 CONCLUSÃO

Os resultados provenientes das análises estatísticas realizadas demonstram que a versão brasileira da Escala de Representações do Consumo de Álcool e Drogas em adolescentes é capaz de investigar nove construtos diferentes e que os seus itens possuem valor adequado para o coeficiente de alfa de Cronbach. Contudo, quando analisado o mesmo parâmetro para cada um dos domínios, quatro não alcançam valores satisfatórios.

Embora as alterações propostas pelos especialistas durante a adaptação transcultural pareçam ter repercutido nas equivalências da escala, dificultando a comparação dos seus resultados entre as duas versões, o presente estudo evidenciou pontos positivos da versão brasileira do instrumento principalmente quanto o parâmetro de confiabilidade.

Quatro domínios não atingiram satisfatória consistência interna e, por isso, foram excluídos da versão adaptada para o Brasil, o que levou a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas a ser constituída por 22 itens. Essa redução pode ser representar algo benéfico para a ferramenta pois é possível que possa facilitar a sua aplicação.

Verificou-se que o instrumento é confiável, pode ser utilizada com segurança e é composto por domínios capazes de mensurar os conceitos de substância lícita e ilícita bem como as atitudes frente o consumo do álcool e das demais drogas. Dessa forma, possibilita comparar as representações sociais na construção das informações e nas tomadas de atitudes a partir de uma reflexão fundamentada na licitude da droga.

Utilizar a ferramenta analisada psicometricamente neste estudo pode auxiliar não só o enfermeiro que desenvolva atividades assistenciais com a população adolescente, mas, também a todos os profissionais de saúde que prestem atenção ao jovem. É notável a versatilidade da escala quanto aos seus cenários de aplicação visto que pode ser administrada tanto nos serviços de saúde que atendem adolescentes usuários de drogas, como em qualquer dispositivo da comunidade em que o profissional de saúde atue, a exemplo do ambiente escolar.

A utilidade preventiva da escala pode auxiliar na identificação de jovens necessitados de uma educação em saúde mais individualizada e de indivíduos com atitudes negativas frente o consumo de álcool e outras drogas. Dessa forma, auxilia no direcionamento da assistência prestada. Para o enfermeiro, ter em mãos uma ferramenta válida, confiável e capaz de auxiliá-lo nas suas ações de educação em saúde configura um ganho substancial no cuidar.

Diante do exposto, ficam evidentes os benefícios que a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes pode proporcionar à

sociedade. Fica como sugestão para futuras pesquisas a realização de mais análises psicométricas para definir a compatibilidade entre a versão portuguesa e a brasileira e para averiguar demais evidências de confiabilidade. O presente estudo permite a utilização da versão brasileira da escala, mas, sugere que a mesma seja averiguada em mais pesquisas. Tanto melhor será para um instrumento psicométrico quanto mais evidências suas sejam demonstradas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cássia Ferrazza; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Percepção de Apoio Social de Adolescentes de Escolas Públicas. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 7, n. 2, p. 89-98, 2015.

ANDRADE, Maria Eliane et al. AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ESCOLARES NA GRANDE ARACAJU. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E FÓRUM PERMANENTE DE INOVAÇÃO EDUCACIONAL, 9., 2015, [s.l.]. Anais. [s.l.]: Enfope/fopie, 2015. v. 8, p. 1 - 11. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/view/1685/38>> v. 8, n. 1 (2015) > Andrade>. Acesso em: 24 jan. 2018.

ANDRADE, André Luiz Monezi; MICHELI, Denise; SILVA, Eroy Aparecida. Neurociências do abuso de drogas em adolescentes. In: RONZANI, Telmo Mota; SILVEIRA, Pollyana Santos (org.). Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2014. P. 25-38

ASSIS, Daniel Adolpho Daltin; SILVA, Alyne Alvarez; TORRES, Ticiana. Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 255-272, 2017.

BEATON, Dorcas et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, v. 1, n. 1, p. 1-45, 2007.

BRASIL. Resolução nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Decreto Nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 06 dez 2007.

CANAVEZ, Márcia Figueira; ALVES, Alisson Rubson; CANAVEZ, Luciano Simões. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Cadernos Unifoa**, [s.l.], v. 1, n. 14, p.57-63, dez. 2010. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1021/905>>. Acesso em: 25 dez. 2017.

CARLINI, Elisaldo Araújo et al. Drogas Psicotrópicas - O que são e como agem. **Revista IMESC**, N. 3, P. 9-35, 2001.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola, MALBERGIER, André. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estudos de psicologia**, v. 31, n.1, p. 65-73, jan/mar 2014.

CARVALHO, Amália de Oliveira; ROCHA, Silvana Santiago, ROCHA, Karla Nayalle de Souza. A atuação de enfermagem no adolescer saudável sob ótica da teoria transcultural de Leininger. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 4, p. 1546-1554, out/dez 2015.

CARVALHO, Ana Catarina; LEAL, Isabel Pereira. Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. **Psicologia, saúde & doenças**, p. 287-297, 2006.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. ADOLESCÊNCIA, ÁLCOOL E DROGAS: UMA REVISÃO NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v. 12, n. 7, p.555-559, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INTEGRAL [homepage na internet]. Pernambuco, uma referência para a educação integral no ensino médio. [Acesso em 20 dez 2016]. Disponível em: <http://educacaointegral.org.br/experiencias/pernambuco-referencia-para-educacao-integral-ensino-medio>

CRUSOÉ, Nilma Margarida de Castro. A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **Cad. De Filosofia e Psic. Da Educação**, n. 2, p. 105-114, 2004.

CUNHA, Cristiane Martins; ALMEIDA NETO, Omar Pereira de; STACKFLETH, Renata Stackfleth. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - Uscs**, [s.l.], v. 14, n. 49, p.98-103, 18 ago. 2016. USCS Universidade Municipal de Sao Caetano do Sul. <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol14n49.3671>.

DA SILVA, Silvio Eder Dias et al. As representações sociais de adolescente sobre as drogas e implicações para o cuidado de si. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 3, n. 1, p. 9-18, 2014.

DELMANTO, Júlio. Para além da “fuga da realidade”: outras motivações para consumo de psicoativos na contemporaneidade. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 2, 2013.

EISENBERG, Marla E. et al. Social Norms in the Development of Adolescent Substance Use: A Longitudinal Analysis of the International Youth Development Study. **Journal Of Youth And Adolescence**, [s.l.], v. 43, n. 9, p.1486-1497, 15 mar. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-014-0111-1>.

EWING, Brett A. et al. Longitudinal family effects on substance use among an at-risk adolescent sample. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 41, p.185-191, fev. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.017>.

FARIAS, Cássia de Araújo; CRESTANI, Patrícia. A influência das redes sociais no comportamento social dos adolescentes. **Revista Ciência e Sociedade**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.52-69, jan. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br>

/index.php/cienciaesociedade/article/view/2646/1628>. Acesso em: 25 dez. 2017.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63030163018/>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

FEITOSA, Manuella Carvalho et al. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. **SANARE**, v. 13, n. 2, p. 92-97, jun/dez 2014.

FERREIRA, Márcia de Assunção. Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016.

FERREIRA, Pedro Lopes; MARQUES, Francisco Batel. Avaliação psicométrica e adaptação cultural e lingüística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde; 1998.

FIELD, Andy. Descobrindo a estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Brito; SILVA JÚNIOR, José Alexandre da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p.160-185, jun. 2010.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto et al. Análise Fatorial Garantida Ou O Seu Dinheiro De Volta: Uma Introdução À Redução De Dados. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.185-211, 19 maio 2014. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/recp.v5i2.40368>.

FREITAS, Efigenia Aparecida Maciel de; LUIS, Margarita Antonia Villar. Percepção de estudantes sobre consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 28, n. 5, p.408-414, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500069>.

GIUSTI, Elisabete; BEFI-LOPES, Débora Maria. Translation and cross-cultural adaptation of instruments to the Brazilian Portuguese language. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**, [s.l.], v. 3, n. 20, p.207-210, jul. 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/9088/art_GIUSTI_Traducao_e_adaptacao_transcultural_de_instrumentos_estrangeiros_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 nov. 2017.

GUILLEMIN, Francis. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995.

GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIE, Claire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 12, n. 46, p.1417-1432, 1993.

GUERRA, Paulo Henrique; FARIAS JÚNIOR, José Cazuza de; FLORINDO, Alex Antonio. Sedentary behavior in Brazilian children and adolescents: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, p.50-59, 2016. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006307>. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/672/67247719050/>>. Acesso em: 21 nov. 17.

GREVENSTEIN, Dennis; NAGY, Ede; KROENINGER-JUNGABERLE, Henrik. Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: evidence of directional influences. **Substance use & misuse**, v. 50, n. 3, p. 376-386, 2015.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines (org). Instrumentos de Avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016.

HIGARASH, Ieda Harumi et al. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO AOS ADOLESCENTES: IDENTIFICANDO DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DE TRANSFORMAÇÃO. *Rev. Enferm. Uerj*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.375-380, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a06.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

HORTA, Rogério Lessa et al. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.31-45, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050004>.

IBGE. Práticas de esporte e atividade física. Rio de Janeiro: Ibge, 2017. 80 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100364.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

IBGE.. Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios: Síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 102P.

IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios: Síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 282 p.

INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. São Paulo:

UNICEF. Internet sem vacilo: Cidadania digital na adolescência. Distrito Federal: Unicef, 2016. 38 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/internet_sem_vacilo_relatorio_da_acao.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

UNICEF. O Uso Da Internet Por Adolescentes. Brasília: Unicef, 2013. 88 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_pesquisa_internet.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

JESSOR, Richard et al. Understanding Marijuana Use in a National Sample of Adolescents. *Advancing Responsible Adolescent Development*, [s.l.], p.239-257, 2017. **Springer International Publishing**. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-51349-2_12.

LEITE, Cícero Tavares et al. Prática de educação em saúde percebida por escolares. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 13-19, Jan/mar 2014.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed.: Editora Guanabara Koogan; 2001.

LOPEZ-QUINTERO, Catalina; NEUMARK, Yehuda. Effects of risk perception of marijuana use on marijuana use and intentions to use among adolescents in Bogotá, Colombia. **Drug And Alcohol Dependence**, [s.l.], v. 109, n. 13, p.65-72, jun. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.136-146, 2011.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.32-36, dez. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462000000600009>.

MARTINS, Priscilla de Oliveira et al. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v.16, n.3, 2013.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, São Paulo, v. 8, n. 20, p.1-12, jan-abr, 2006. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4114944/mod_resource/content/1/Sobre_Confiabilidade_e_Validade.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

MORAES, Leila Memória Paiva; BRAGA, Violante Augusta Batista. O adolescente e as drogas psicoativas: uma abordagem conceitual. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p.67-74, jul. 2003.

MUZA, Gilson Maestrini; COSTA, Marisa Pacini. O lugar da saúde mental da infância e adolescência na atenção primária à saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n. 3, p. 239-250, 2014.

NEVES, Keila do Carmo; TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira, FERREIRA, Márcia de Assunção. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 286-291, Abr/jun 2015.

NUNNALLY, Jum C. Introduction to psychological measurement. New York: McGraw-Hill; 1970.

NUNNALLY, Jum C.; BERNSTEIN, Ira H. Psychometric theory. 2. ed. New York: McGraw-Hill; 1995.

OLIVEIRA, Fernanda Marques; FARIA, Cleide Chagas da Cunha. A atuação de enfermeiros equipes de saúde da família na assistência à saúde dos adolescentes. **Revista Perquirere**, v. 12, n. 1, p. 124-136, jul 2015.

OLIVEIRA, Márcio S.B.S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 180-186, jun 2004

OLIVEIRA, Warles Rodrigues; FERREIRA, Rafael Augusto Oliveira. Alcoolismo e Transito: Uma abordagem escolar dos aspectos negativos desta confluência no 2º ciclo 3ª fase da Escola Estadual Joaquim Barbosa. **REENOMA**, v. 1, n.1, p. 1-10, mai 2016.

PASQUALI, Luiz. Instrumentação Psicológica: Fundamentações e Práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560 p.

PASQUALI, Luiz. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 5ª edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2013

PEDROSA, Samyla Citó et al. Educação Em Saúde Com Adolescentes Acerca Do Uso De Álcool E Outras Drogas. *R. Enferm. Cent. O. Min.*, [s.l.], v. 5, n. 1, p.1535-1541, jan. 2015.

PESSOA, Alex Sandro Gomes; COIMBRA, Renata Maria; VIOTTO FILHO, Irineu Aliprando. Trabalho e educação no contexto de adolescentes brasileiros: reflexões sobre retóricas de erradicação e políticas sociais. **Nuances: estudos sobre Educação**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.66-79, 22 set. 2015. Departamento de Educacao FCT/Unesp. <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v26i1.3819>. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v26i1.3819>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

PINHEIRO, Bruno de Oliveira; ANDRADE, André Luiz Monezi; MICHELI, Denise de. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida no uso de drogas em adolescentes. **Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em Português)**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.178-187, 15 set. 2016. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. ><http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i3p178-187>>.

RAYMUNDO, Valéria Pinheiro. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. **Letras de hoje**, v. 44, n. 3, p.86-93, jul/set 2009.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 41, p.665-673, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

REIS, Dener Carlos et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-9, mar/abr 2013.

ROCHA, Luis Fernando. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 34, n. 1, p. 46-65, jan/mar 2014.

ROCHA, Fábio Vinícius et al. Epidemiologia dos transtornos do desenvolvimento psicológico em adolescentes: uso de álcool e outras drogas. **Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 54-63, Jan/fev 2015.

SALUM, Gabriel de Barros; MONTEIRO, Luciana Alves Silveira. Educação em saúde para adolescentes na escola: um relato de experiência. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 246-251, Abr/jun 2015.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri; VILELA, Alba Benemerita Alves; SIMÕES, Aline Vieira. Representações sociais e prática do enfermeiro: limites, avanços e perspectivas. **Rev. Enferm UERJ**, v. 20, n. 4, p. 481- 487, out/dez 2012.

SANTOS, Ana Raquel Mendes dos et al. Associação entre prática religiosa e comportamentos de risco à saúde em adolescentes de Pernambuco, Brasil. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, Pelotas, v.

3, n. 20, p.284-296, maio 2015. Disponível em: <[HTTP://DX.DOI.ORG/10.12820/RBAFS.V.20N3P284](http://dx.doi.org/10.12820/RBAFS.V.20N3P284)>. Acesso em: 21 nov. 2017.

SANTOS, Vilmar Ezequiel; SOARES, Cássia Boldini. O consumo de substâncias Psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 4, n. 2, p. 38-54, 2013.

SANTOS, Neuza Barros. Resenha do livro representações sociais: investigações em psicologia social de Serge Moscovici. **Revista Ciências e Idéias**, v. 2, n. 1, 2010.

SCHIRO, Eva Diniz Bensaja Dei; KOLLER, Silvia Helena. Ser adolescente e ser pai/mãe: Gravidez adolescente em uma amostra brasileira. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 18, p.447-445, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/261/26128793005/>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

SILVA, Sílvio Éder; CAMARGO, Brígido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 5, p. 947-951, set/out 2011.

SILVA, Silvio Eder Dias da et al. As representações sociais de adolescente sobre as drogas e implicações para o cuidado de si. **Interfaces Científicas: Saúde e Ambiente**, Aracajú, v. 3, n. 1, p.9-18, out. 2014.

SILVA, Adnildo Barbosa da et al. A assistência do enfermeiro da atenção básica ao adolescente com dependência química. **R. Interd.**, [s.l.], v. 7, n. 4, p.61-71, out. 2014.

SILVA, Thassia Thame de Moura. Adaptação transcultural da escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes para o Brasil. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Educação na Saúde) – Departamento de enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco; Pernambuco.

SILVEIRA, Helaine Silva et al. Efeitos das drogas lícitas e ilícitas na percepção de adolescentes: uma abordagem de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n.6, p. 748-753, dez 2013.

STREINER DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 04ª Ed. New York: Oxford University Press; 2008.

TAVARES, Teresa; BONITO, Jorge; OLIVEIRA, Maria Manuela. O consumo de álcool pelos alunos do 9.º ano de escolaridade no distrito de Beja: fatores determinantes. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 4, n. 1, p.21-48, Não é um mês valido! 2013. Disponível em: <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8632/1/88-268-1-PB.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

TAVARES, Beatriz Franck; BÉRIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício Silva de. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.150-158, jan. 2001.

TAVARES, Beatriz Franck; BÉRIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício Silva de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v.

38, n. 6, p.787-796, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102004000600006>.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins et al. Drogas e Sociedade. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 4, n. 2, I-IV, 2013.

TRIGO, Sofia et al . Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas. **Arq Med**, Porto , v. 29, n. 2, p. 39-45, abr. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 set. 2017

UNICEF. 10 desafios do ensino médio no Brasil: para garantir o direito de aprender de adolescentes de 15 a 17 anos. Brasília: Distrito Federal, 2014. 132 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/10desafios_ensino_medio.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. New York: United Nations publication; 2015. [Acesso em 20 dez. 2016]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf;

VALADARES, Carolina. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil: Pesquisa Saúde Brasil mostra aumento das boas práticas de partos e mães adolescentes. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

VALENÇA, Cecília Nogueira et al. Abordagem da dependencia de substancias psicoativas na adolescencia: reflexao etica para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 562-567, 2013.

VAN DE VIJVER, Fons, LEUNG, Kwok. Methods and data analysis for cross-cultural research. Newbury Park: Sage; 1997.

VASTERS, Gabriela Pereira; PILLON, Sandra Cristina. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.1-8, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421955013/>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

WONGTONGKAM, Nualnong et al. The influence of protective and risk factors in individual, peer and school domains on Thai adolescents' alcohol and illicit drug use: A survey. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 39, n. 10, p.1447-1451, out. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.026>.

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

APÊNDICE A - Termo De Assentimento Livre E Esclarecido Aos Adolescentes



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Olá, convidamos você, após autorização dos seus pais ou dos responsáveis legais para participar como voluntário (a) da pesquisa que tem como título **VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS EM ADOLESCENTES**. É importante que você entenda por que este estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Então vamos ler esse termo até o fim? Qualquer dúvida é só me chamar.

Conversamos com seus pais ou responsáveis e eles concordaram com a sua participação. Agora estamos pedindo seu acordo. Você pode discutir sobre este formulário com quem você se sinta a vontade de conversar, e não é preciso decidir agora. Se você desejar não participar, tudo bem. Você também pode desistir de participar mesmo depois de ter assinado esse termo.

Eu sou enfermeira, estudo na Universidade Federal de Pernambuco e pesquiso sobre os problemas que envolvem o uso das drogas na adolescência. Meu objetivo é mostrar que um material feito em Portugal é útil no estudo desse tema aqui no Brasil também. Esse material é uma escala que serve para conhecer as atitudes, as crenças e os conhecimentos dos adolescentes sobre as drogas.

Ninguém vai saber que foi você que respondeu as nossas perguntas já que o seu nome não será exposto e você estará sujeito a riscos mínimos, como um provável cansaço ao responder as perguntas e possível constrangimento. Para minimizá-los, houve o cuidado de não construir um questionário longo e em não solicitar a identificação do adolescente. A pesquisadora terá o cuidado de realizar a pesquisa apenas em horários diferentes das atividades escolares com a finalidade de evitar possíveis transtornos e prejuízos pedagógicos. O que você

preencher ficará guardado por cinco anos sobre minha responsabilidade e após esse tempo, os dados serão destruídos.

Com essa pesquisa, quero trazer como principal benefício para você e para outros adolescentes, a oportunidade para refletir sobre o seu conceito e conhecimento sobre o álcool e as demais drogas. Abaixo deixo meus dados para que você possa me procurar quando tiver alguma dúvida:

Pesquisador responsável: **Adrielle Rodrigues dos Santos** - Telefone: (81) 9 8604-8299 / e-mail: adriellers@hotmail.com

Orientadora: Prof. Dra. Iracema Frazão

Endereço de contato com a pesquisadora: Avenida Doutor Gonzaga Maranhão, Nº 1061, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes, PE, CEP: 54335-090.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Adrielle Rodrigues dos Santos

Agora que você já conhece o estudo, se concordar em participar será necessário assinar na linha abaixo, lembrando que a qualquer momento você solicitar esclarecimento de suas dúvidas ou desistir de participar. Informamos que este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco e, em caso de dúvidas você ou seus responsáveis poderão entrar em contato com o Comitê no endereço: (Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, ou através do Telefone (81) 2126.8588 ou e-mail: cepccs@ufpe.br).

Eu _____ Entendi todas as partes deste termo, concordando em participar do estudo. Recebo uma cópia assinada deste documento, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Assinatura do adolescente

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais ou responsáveis
pelos menores de idade



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos da autorização do senhor (a) que é responsável pelo adolescente _____, para que o mesmo participe desta pesquisa que tem como título VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS EM ADOLESCENTES.

Eu sou enfermeira, estudo na UFPE e pesquiso sobre os problemas que envolvem o uso das drogas na adolescência. Meu objetivo é provar que um material feito em Portugal é útil no estudo desse tema aqui no Brasil também. Esse material é uma escala que serve para conhecer as atitudes, as crenças e os conhecimentos dos adolescentes sobre as drogas. O adolescente preencherá um questionário respondendo as questões da escala na versão adaptada para o Brasil.

Ninguém vai saber os nomes dos participantes. O contato com o adolescente iniciará após a sua autorização e mesmo assim, caso o adolescente não deseje participar, não o fará. Esta pesquisa será muito importante porque a escala na qual me proponho a validar servirá nas consultas realizadas com jovens.

O adolescente estará sujeito a riscos mínimos, como um provável cansaço ao responder as perguntas e possível constrangimento. Para minimizá-los, houve o cuidado de não construir um questionário longo e em não solicitar a identificação do adolescente. A pesquisadora realizará a pesquisa apenas em horários diferentes das atividades escolares com a finalidade de evitar possíveis transtornos e prejuízos pedagógicos. O que você preencher ficará guardado por cinco anos sobre minha responsabilidade e após esse tempo, os dados serão destruídos. Com essa pesquisa, quero trazer como principal benefício para você e para outros adolescentes, a oportunidade para refletir sobre o seu conceito e conhecimento sobre o álcool e as demais drogas.

Caso o Sr (a) não autorize a participação do adolescente, este não terá nenhum prejuízo na escola e caso concorde com a sua participação, o menor não será prejudicado em suas atividades escolares pois realizaremos a pesquisa fora do horário de desenvolvimento das atividades com os professores. Os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. Abaixo deixo meus dados para que você possa me procurar quando tiver alguma dúvida:

Pesquisador responsável: **Adrielle Rodrigues dos Santos**; Telefone: (81) 9 8604-8299 / e-mail: adriellers@hotmail.com; Endereço de contato com a pesquisadora: Avenida Doutor Gonzaga Maranhão, Nº 1061, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes, PE, CEP: 54335-090

Orientadora: Prof. Dra. Iracema Frazão

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Adrielle Rodrigues dos Santos

Agora que você já conhece o estudo, se concordar com a participação do menor sob sua responsabilidade, será necessário assinar na linha abaixo, lembrando que a qualquer momento você pode se recusar a participação do menor, ou retirar dúvidas. Informamos que este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco e, em caso de dúvidas o Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê no endereço: (Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, ou através do Telefone (81) 2126.8588 ou e-mail: cepccs@ufpe.br).

Eu _____, entendi todas as partes deste termo, concordando na participação do adolescente, o qual sou responsável. Recebo uma cópia assinada deste documento, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Assinatura do Responsável



Local para impressão digital caso não saiba escrever

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os maiores de 18 anos ou emancipados



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Olá, você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como título **VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS EM ADOLESCENTES**. É importante que você entenda por que este estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Então vamos ler esse termo até o fim? Qualquer dúvida é só me chamar.

Você pode discutir sobre este formulário com quem você se sinta a vontade de conversar, e não é preciso decidir agora. Se você desejar não participar, tudo bem. Você também pode desistir de participar mesmo depois de ter assinado esse termo.

Eu sou uma enfermeira, estudo na Universidade Federal de Pernambuco e pesquiso sobre os problemas que envolvem o uso das drogas na adolescência. Meu objetivo é provar que um material feito em Portugal é útil no estudo desse tema aqui no Brasil também. Esse material é uma escala que serve para conhecer as atitudes, as crenças e os conhecimentos dos adolescentes sobre as drogas.

Ninguém vai saber que foi você que respondeu as nossas perguntas já que o seu nome não será exposto e você estará sujeito a riscos mínimos, como um provável cansaço ao responder as perguntas e possível constrangimento. Para minimizá-los, houve o cuidado de não construir um questionário longo e em não solicitar a identificação do adolescente. A pesquisadora terá o cuidado de realizar a pesquisa apenas em horários diferentes das atividades escolares com a finalidade de evitar possíveis transtornos e prejuízos pedagógicos. O que você preencher ficará guardado por cinco anos sobre minha responsabilidade e após esse tempo, os dados serão destruídos.

Com essa pesquisa, quero trazer como principal benefício para você e para outros adolescentes, a oportunidade que você terá em refletir sobre o seu conceito e conhecimento sobre o álcool e as demais drogas. Abaixo deixo meus dados para que você possa me procurar quando tiver alguma dúvida:

Pesquisador responsável: **Adrielle Rodrigues dos Santos** - Telefone: (81) 9 8604-8299 / e-mail: adriellers@hotmail.com; Endereço da pesquisadora: Avenida Doutor Gonzaga Maranhão, Nº 1061, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes, PE, CEP: 54335-090, PE.

Orientadora: Prof. Dra. Iracema Frazão

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Adrielle Rodrigues dos Santos

Agora que você já conhece o estudo, caso aceite em participar, será necessário que assine a linha abaixo, lembrando que a qualquer momento você solicitar esclarecimento de suas dúvidas ou desistir de participar. Informamos que este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco e, em caso de dúvidas o Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê no endereço: (Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, ou através do Telefone (81) 2126.8588 ou e-mail: cepccs@ufpe.br).

Eu _____, entendi todas as partes deste termo, concordando na participação do adolescente, o qual sou responsável. Recebo uma cópia assinada deste documento, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Assinatura do Adolescente

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

APÊNDICE D - Questionário Socioeconômico para Coleta de Dados

NÚMERO DA ENTREVISTA	IDENT _____
DADOS SOCIOECONÔMICOS	
Sexo: 1- ☐ Feminino 2- ☐ Masculino	SEXO: _____
Idade (em anos): _____	IDADE: _____
Tempo em ANOS de estudo: _____	ANESTUDO: _____
Você tem filhos? 1- ☐ Não 2- ☐ Sim, 1 3- ☐ Sim, dois 4- ☐ Sim, três ou mais	FILHOS: _____
Você já reprovou alguma vez? ☐ Não, nunca ☐ Sim, uma vez ☐ Sim, duas vezes ☐ Sim, três vezes ou mais	REPROVA _____
Você já trabalha ou já trabalhou? Sim ☐ Não ☐	TRABALHO: _____
Qual é a sua participação na vida econômica da sua família? 1- ☐ Meus gastos são custeados por outras pessoas 2- ☐ Sou independente financeiramente 3- ☐ Ajudo na renda da minha família 4- ☐ Sou o total responsável pela renda da minha família	PARECON: _____
A casa onde você mora é? ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida/emprestada	MORADIA: _____
Com quem reside? (Pode marcar mais de uma alternativa): 1. ☐ Pai 2. ☐ Mãe 3. ☐ Avós 4. ☐ Amigo(s) 5. ☐ Esposo/companheiro 6. ☐ Filho(s) 7. ☐ Sozinho	QRESID: _____

Você possui algum plano de assistência médica (PLANO DE SAÚDE)? 1- () Sim 2- () Não	PLSAÚDE _____
Religião: 1- () Católica 2 - () Protestante/Evangélica 3 - () Espírita 4- () Outra: Qual: _____	RELIG: _____
Qual das atividades abaixo ocupa a MAIOR PARTE do seu tempo livre? 1 - () TV 2- () Religião 3- () Cinema 4- () Música 5 - () Bares e boates 6 - () Leitura 7- () Internet 8- () Esportes 9 - () Outra	TLIVRE: _____
Qual o meio que você mais utiliza para se manter informado (a)? 1- () Jornal impresso 2- () TV 3 - () Revistas 4 - () Internet 5 - () Outros 6- () Nenhum	INFORMA: _____

APÊNDICE E – Procedimentos Operacionais Padrão

**VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO
CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS EM ADOLESCENTES**

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)	
OBJETIVO Padronizar a organização, as operações e os auxiliares de pesquisa participantes na coleta de dados para assegurar a qualidade, os procedimentos e a consistência de dados.	
ÂMBITO Esse POP deverá ser seguido por todos os envolvidos na coleta de dados da pesquisa.	
REQUISITOS DE PESSOAL Todas as pessoas envolvidas na Coleta dos Dados deverão possuir o devido treinamento, a experiência ou a combinação de ambos, que permitam desempenhar as funções para as quais foram designadas.	
RESPONSABILIDADES A equipe de pesquisa será constituída por: - <u>Responsável Geral</u> : A pesquisadora principal. Seleciona os Auxiliares que farão parte da equipe, realiza treinamentos destes e responde junto às instituições pelos seus atos; Realiza ainda a supervisão para assegurar que sejam seguidos os POP, providencia os materiais a serem utilizados e desempenha a coleta de dados propriamente dita. - <u>Auxiliares</u> : Coletam os dados.	
PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS (PASSO A PASSO)	
ABORDAGEM INICIAL E RECRUTAMENTO	
APRESENTAÇÃO PESSOAL	Nome, instituição e formação; Colocar-se à disposição para eventuais dúvidas.
APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	Objetivo, origem, população alvo, ausência de perguntas constrangedoras, garantia de anonimato, local e horário para realização da pesquisa, questões éticas, entrega de TCLE aos maiores de 18 anos e do TCLE direcionado aos responsáveis para os menores de idade. Para esses casos informar que o pesquisador retornar à classe para o recolhimento do documento assinado.
RECOLHIMENTO DOS TERMOS DE COMPROMISSO ASSINADOS	Para os jovens com idade maior ou igual a 18 anos, recolher o TCLE assinado prontamente; Aos < de 18 anos, retornar às classes até que sejam recolhidos todos os TCLE que forem assinados pelos responsáveis e, após posse desse documento, oferecer o TALE. Estando com todos os documentos necessários em mãos, iniciar a coleta de dados.
COLETA DE DADOS	
INSTRUÇÕES	Reforçar a garantia do anonimato e colocar-se à disposição para eventuais dúvidas. Obedecer a seguinte ordem para a resposta dos instrumentos: • Escala: O adolescente deverá realizar a leitura do item e marcar com um “x” o quadrado referente à sua resposta na escala para aquele item. Explicar as variações da escala Likert que vai de “Discordo totalmente” a “concordo totalmente”. • Questionário: Orientar a responder apenas a coluna localizada à esquerda da folha. As questões poderão ser respondidas com mais de um “x” caso o adolescente ache necessário.

APÊNDICE F – Versão Brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de
Álcool e Drogas em Adolescentes (versão de maior confiabilidade $\alpha=0,83$)

	Concordo totalmente 	Concordo na maior parte 	Não concordo e nem discordo 	Discordo na maior parte 	Discordo totalmente 
1. O Crack é um tipo droga.					
2. A Cocaína é um tipo droga.					
3. O Álcool é um tipo de droga.					
4. O Cigarro (Tabaco) é um tipo droga.					
5. O Ecstasy (Êxtase) é um tipo de droga.					
6. O uso da Crack pode causar dependência.					
7. O uso de Cocaína pode causar dependência.					
8. O uso do Cigarro (tabaco) pode causar dependência.					
9. O uso do Ecstasy (Êxtase) pode causar dependência.					
10. O uso do Álcool pode causar dependência.					
11. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a consumir bebidas alcoólicas eu aceitaria.					
12. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a consumir bebidas alcoólicas eu poderia beber mais que o costume.					
13. Se no meu grupo de amigos quase todos consomem bebidas alcoólicas eu sinto-me "tentado" a beber mais, porque o ambiente é adequado.					

	Concordo totalmente 	Concordo na maior parte 	Não concordo e nem discordo 	Discordo na maior parte 	Discordo totalmente 
16. Se no meu grupo de amigos quase todos consomem bebidas alcoólicas eu acabarei por beber para não me sentir diferente.					
17. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me oferecessem um cigarro de maconha eu aceitaria					
18. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a usar Crack eu aceitaria.					
19. Se no meu grupo de amigos alguns fumam cigarro (tabaco), eu poderia fumar para não me sentir diferente.					
20. Se no meu grupo de amigos alguns deles consumirem drogas, eu sinto- me “tentado” a consumir mais, porque o ambiente é adequado.					
21. Se meu grupo de amigos alguns deles consumirem drogas, eu provavelmente acabo por consumir, para não me sentir diferente.					
22. Se em minha família quase todos consomem bebidas alcoólicas eu sinto-me “tentado” a consumir.					
23. Se em minha família quase todos fumam cigarro (tabaco), eu acabarei fumando porque o ambiente é adequado.					
24. Se em minha família alguns consumirem drogas eu sinto- me “tentado” a consumir.					

ANEXO A - Escala Original de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes

	Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
1. "O Haxixe é uma droga"					
2. "A Heroína é uma droga"					
3. "A Cocaína é uma droga"					
4. "O LSD (trips) é uma droga"					
5. "Os speeds são drogas"					
6. "O uso de Heroína pode causar dependência física"					
7. "O uso de Cocaína pode causar dependência física"					
8. "O uso de LSD (trips) pode causar dependência física"					
9. "O uso de speeds pode causar dependência física"					
10. "O uso de Álcool pode causar dependência física"					
11. "O uso de Haxixe pode causar dependência psíquica"					
12. "O uso de Heroína pode causar dependência psíquica"					
13. "O uso de Marijuana pode causar dependência psíquica"					
14. "O uso de Cocaína pode causar dependência psíquica"					
15. "O uso de LSD (trips) pode causar dependência psíquica"					
16. "O uso de speeds pode causar dependência psíquica"					
17. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a beber bebidas alcoólicas eu aceitaria"					
18. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a beber bebidas alcoólicas eu acabaria por beber mais que o costume"					
19. "Se no meu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas eu sinto-me «tentado» a beber mais vezes, porque o ambiente é propício"					
20. "Se no meu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas eu acabarei por beber para não me sentir"					
21. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me oferecessem um charro de haxixe eu aceitaria"					
22. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a fumar heroína eu aceitaria"					
23. "Se no meu grupo de amigos se consumir drogas eu sinto-me 'tentado' a consumir mais vezes, porque o ambiente é propício"					
24. "Se no meu grupo de amigos se consumir drogas eu provavelmente acabo por consumir para não me sentir diferente e para me sentir melhor integrado no grupo"					
25. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem porque se sentem aborrecidos ou tristes"					
26. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para relaxar ou acalmar os nervos"					
27. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para se sentirem mais integrados e identificados com o seu grupo"					
28. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para se sentirem mais adultos"					
29. "Os jovens que consomem drogas fazem-no porque se sentem aborrecidos ou tristes"					
30. "Os jovens que consomem drogas fazem-no para relaxar ou acalmar os nervos"					
31. "Os jovens que consomem drogas fazem-no para se sentirem mais integrados e identificados com o seu grupo"					
32. "Os jovens que consomem drogas fazem-no para fugir à realidade"					

ANEXO B - Versão Brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes

	Concordo totalmente 	Concordo na maior parte 	Não concordo nem Discordo 	Discordo na maior parte 	Discordo totalmente 
1. A maconha é um tipo de droga.					
2. O Crack é um tipo droga.					
3. A Cocaína é um tipo droga.					
4. O Álcool é um tipo de droga.					
5. O Cigarro (Tabaco) é um tipo droga.					
6. O Ecstasy (Êxtase) é um tipo de droga.					
7. O uso da Crack pode causar dependência.					
8. O uso de Cocaína pode causar dependência.					
9. O uso do Cigarro (tabaco) pode causar dependência					
10. O uso do Ecstasy (Êxtase) pode causar dependência.					
11. O uso do Álcool pode causar dependência.					
12. O uso da Maconha pode causar dependência.					
13. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a consumir bebidas alcoólicas eu aceitaria.					
14. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a consumir bebidas alcoólicas eu poderia beber mais que o costume.					
15. Se no meu grupo de amigos quase todos consomem bebidas alcoólicas eu sinto-me "tentado" a beber mais, porque o ambiente é adequado.					
16. Se no meu grupo de amigos quase todos consomem bebidas					

alcoólicas eu acabarei por beber para não me sentir diferente.					
17. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me oferecessem um cigarro de maconha eu aceitaria.					
18. Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a usar Crack eu aceitaria.					
19. Se no meu grupo de amigos alguns fumam cigarro (tabaco), eu poderia fumar para não me sentir diferente.					
20. Se no meu grupo de amigos alguns deles consumirem drogas, eu sinto-me “tentado” a consumir mais, porque o ambiente é adequado.					
21. Se meu grupo de amigos alguns deles consumirem drogas, eu provavelmente acabo por consumir, para não me sentir diferente.					
22. Se em minha família quase todos consomem bebidas alcoólicas eu sinto-me “tentado” a consumir.					
23. Se em minha família quase todos fumam cigarro (tabaco), eu acabarei fumando porque o ambiente é adequado.					
24. Se em minha família alguns consumirem drogas eu sinto-me “tentado” a consumir.					
25. Os adolescentes que fazem o uso de drogas procuram essas substâncias porque possuem uma família desestruturada.					
26. A família é o ambiente adequado para discutir sobre o consumo de drogas.					
27. A escola é o ambiente adequado para discutir sobre o consumo de drogas.					
28. Os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas bebem porque se sentem aborrecidos.					

29. Os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas bebem para relaxar.					
30. Os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas bebem para se sentir mais identificados com seu grupo.					
31. Os adolescentes que consomem drogas procuram essas substâncias para relaxar.					
32. Os adolescentes que consomem drogas procuram essas substâncias para se sentir mais identificados com seu grupo.					
33. Os adolescentes que consomem drogas procuram essas substâncias para fugir da realidade.					

ANEXO C - Autorização para Adaptação da Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes

De: **Thassia Moura** (thathymoura@hotmail.com)
 Enviada: Sábado, 31 de agosto de 2013 17:42:16
 Para: ileal@ispa.pt (ileal@ispa.pt)

Sou Enfermeira e participo de um programa de mestrado na Universidade Federal de Pernambuco, situada no Nordeste do Brasil. Tendo interesse em adaptar a Escala das representações Sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes para o contexto do Brasil. Solicito a autorização para a utilização deste instrumento. Agradecemos as possibilidades de manter contato com você para iniciar um processo de colaboração importante. Espero que eu possa ouvi-la o mais breve possível.

Atenciosamente,
 Thassia Moura

De: **Isabel M. Leal** (ileal@ispa.pt) Este remetente está na lista de contatos.
 Enviada: Sábado, 31 de agosto de 2013 23:28:01
 Para: thathymoura@hotmail.com

Thassia,
tem autorização para a utilização da escala.
Bom trabalho.
Isabel Leal

De: **Thassia Moura** (thathymoura@hotmail.com)
 Enviada: segunda-feira, 9 de setembro de 2013 16:05:
 Para: (ileal@ispa.pt)

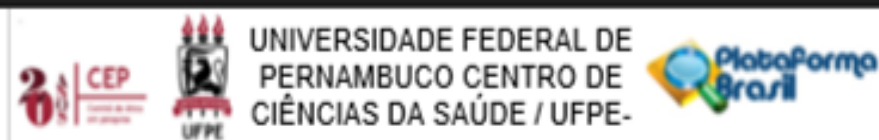
Agradeço a autorização para adaptação transcultural da **Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes** para a realidade brasileira. Destacamos a relevância desta primeira experiência no território brasileiro, onde os resultados obtidos serão disponibilizados durante todo andamento da pesquisa. Para tanto **solicitamos os escores** utilizados no seu estudo original, para análise dos nossos resultados.

Thassia Moura

De: **Isabel M. Leal** (ileal@ispa.pt) Você moveu esta mensagem para o local atual.
 Enviada: Quarta-feira, 11 de setembro de 2013 12:10:33
 Para: Thassia Moura (thathymoura@hotmail.com)
 Thassia,

Não tenho conhecimento de nenhum outro trabalho no Brasil, embora já me tenham pedido várias vezes autorização para usar o instrumento. Também não tenho mais nenhuns dados do que aqueles que estão publicados.
 Isabel Leal

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

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

Título da Pesquisa: Validação da versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Alcool e Drogas em Adolescentes

Pesquisador: Adrielle Rodrigues dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63547417.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.928.280

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado, sob a responsabilidade de Adrielle Rodrigues dos Santos, sob a orientação da Professora Dra. Iracema da Silva Frazão, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Estudo de validação, com abordagem quantitativa, a ser realizado com adolescentes na Escola de Referência em Ensino Médio Senador Paulo Pessoa Guerra e Escola Estadual Alberto Torres em Recife, Pernambuco. Será utilizada a versão brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Alcool e Drogas em Adolescentes. Serão analisadas as medidas de confiabilidade e validade da referida escala

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar as propriedades psicométricas (confiabilidade e a validade) da Versão Brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Alcool e Drogas em Adolescentes.

Objetivos Específicos

- Verificar a validade de construto da Versão Brasileira da Escala de Representações Sociais do Consumo de Alcool e Drogas em Adolescentes.
- Determinar a confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Representações Sociais de Alcool e

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

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-5585

E-mail: cepcca@ufpe.br